

A KÖZÜLETI ÉS A MAGÁNSZEKTOR SZEREPE AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

Előadásom a közületi és a magánszektor szerepének, egymáshoz való viszonyának szerteágazó témaköréből csupán egyetlen kérdésre koncentrálok, nevezetesen, hogy milyen gazdasági és társadalmi hatások várhatók akkor, ha a magyar egészségügyben radikális változás következne be a finanszírozás szerkezetében a magánszektor javára.

Előjáróban szükségesnek tartom, hogy két kérdésre röviden kitérjek. Az egyik a nyugat-európai egészségügyi rendszereknek és az amerikai egészségügyi rendszernek a nyolcvanas években tapasztalható, egymástól markánsan eltérő fejlődési tendenciái. Ezzel összefügg a másik kérdés az egészségügyi piac fő sajátosságai.

A nemzetközi tapasztalatokat jól illusztrálja Anglia példája.

Az 1980-as évek elejétől Margaret Thatcher kormányának az egészségügyre vonatkozó retorikáját is uralta a privatizáció, a piac jelszava. A konkrét célok között az egyik legtöbbet hangoztatott az volt, hogy az egészségügyben a központi költségvetésből történő finanszírozásról át kell térni a biztosításon alapuló finanszírozásra. Ez nem volt vadonatúj elképzelés — az angol orvosok szövetsége már 1970-ben előállt hasonló javaslattal. Olyan rendszert képzeltek el, ahol a kötelező biztosítás a szolgáltatásoknak csak egy minimálisan szükséges körét nyújtotta volna, a többi szolgáltatás pedig magánbiztosítás keretében lett volna elérhető. Amikor azonban ténylegesen döntésre került a sor, 1989-ben Mrs. Thatcher úgy döntött, hogy nem változtat a finanszírozás korábbi rendszerén, fenntartja a költségvetési finanszírozást. Az ok egyértelműen a szakembereknek az az egybehangzó véleménye volt, hogy az egészségügyi kiadások korlátozására, féken tartására a költségvetési finanszírozás a legalkalmasabb. Legalább ilyen súllyal esett latba azonban az is, hogy az Állami Egészségügyi Szolgálat még mindig nagy népszerűségnek örvend, és a lakosság nagy többsége ellene van az egészségügyi ellátás privatizálásának. Sőt a kormányzat elvetette azt a javaslatot is, hogy a magánbiztosítás adókedvezményt élvezzen (pontosabban csak a 65 éven felüliek esetében vezettek be adókedvezményt). Az egészségügyi reformot ismertető brosúra hangsúlyozza: továbbra is mindenki (minden állandó lakos) ingyenesen jogosult az Állami Egészségügyi Szolgálat szolgáltatásaira. A kezdetben a finanszírozás átalakítását célzó reform hirtelen irányt váltott és a szolgáltatási oldalt vette célba.

Az angol történet több dolgot is illusztrál. Példázza azt a közhelyet, hogy az egészségügypolitikák esetében a retorika és a valóság között még a szokásosnál is nagyobb lehet a különbség — részben mert az egészségügy a társadalom egyik legkevésbé megértett szféráját jelenti. De mindenekelőtt azt jelzi, hogy a fejlett nyugati országokban a hetvenes évek közepén az egészségügy-politikában korszakváltás következett be, azóta pedig az útkeresés időszakát éljük.

A hetvenes évek közepéig tartó expanziós szakaszt az egészségügyi szektor kiadásainak látványos növekedése jellemezte, a közpénzek nagyrányú beáramlása az egészségügyi szférába. (Jelenleg a nyugat-európai országokban az egészségügyi kiadások 70–90%-a közpénzekből származik.) A hetvenes évek közepére-végére az USA kivételével gyakorlatilag univerzálissá vált a közfinanszírozás révén biztosított egészségügyi

ellátás (a közfinanszírozás az országok egy részében a kötelező biztosítást, számos esetben pedig költségvetésből való finanszírozást jelenti). Nyilvánvaló, hogy az egészségügyi kiadásoknak a gazdasági növekedést jelentősen — az országok többségében 60–80 százalékkal — meghaladó növekedési üteme nem lett volna örökké tartható. A *hirtelen fordulatot*, hogy ti. az egészségügyi kiadások korlátozásának a középpontba került (gyakran lesöpörve az egészségügy-politika napirendjéről minden más kérdést) külső okok, mindenekelőtt a gazdasági növekedésnek a hetvenes évek elején bekövetkezett megtorpanása magyarázza.

A nyolcvanas évek egyik legfőbb tanulsága, hogy a közfinanszírozáson alapuló nyugat-európai egészségügyi rendszerek alkalmasnak bizonyultak a kiadások növekedési ütemének lefékezésére, a nemzeti terméken belüli arányának stabilizálására. Ezzel szemben az USA magánfinanszírozáson alapuló egészségügyi rendszere erre nem volt képes, annak ellenére, hogy az amerikai egészségpolitikának a hetvenes évek közepe óta első számú célja volt a kiadások csökkentése. (Zárójelben megjegyzem az egészségügyi kiadásoknak az USA-ban is kb. a 40%-a állami költségvetésből származik.) Az egészségügyi kiadásoknak a GDP-hez viszonyított aránya az USA-ban a nyolcvanas évek folyamán is folyamatosan emelkedett, jelenleg már eléri a GDP 12 százalékát. (A fejlett országokat tekintve az egészségügyi kiadásoknak a GDP-hez viszonyított szintje az USA-ban a legmagasabb, a folyamatos növekedése pedig már a gazdaság versenyképességét veszélyezteti.) Tehát a nyugat-európai országokban a közfinanszírozás dominanciájának fenntartása mellett — többek között az említett angol példa esetében — alapvető gazdasági érvek is szóltak.

A nyugat-európai és az amerikai tendenciák eltérésének megértéséhez segítséget adhat az egészségügyi piac sajátosságainak a vázlatos áttekintése. A *piac szerepére* vonatkozóan két alapvető megközelítés létezik. Az egyik szerint az egészségügyi ellátás hasonló más javakhoz. A másik — Európában uralkodó irányzat — kiindulópontja szerint az egészségügyi szolgáltatások piaca alapvetően különbözik más javak piacától. A döntő ok az *egészségügyi szolgáltatás természetéből fakadó információ aszimmetriája* — a szolgáltató javára. Azaz a fogyasztó nem rendelkezik megfelelő információval a racionális döntés meghozatalához. Az *alapvető döntést az orvos hozza meg* — azáltal, hogy az orvos mint a páciens „képviselője” vásárlóként is megjelenik. Ezáltal a *keresleti oldal fő meghatározója az orvos*. Másrészt nyilvánvalóan az orvos mint szolgáltató, azaz a kínálati oldal szereplője is megjelenik. A *kereslet és a kínálat tehát* — az egészségügyi szolgáltatás jellegéből eredően — *nem független erők*, a kereslet és a kínálat nem egymástól független két oldala a piacnak. Következésképpen a szabad piac működésének elemi feltétele hiányzik. Ebből következően alapvető feladat a munkaerő és a szolgáltatások árának, mennyiségének és a minőségének a szabályozása. Ez a szabályozás természetesen történhet a magánszektorban és a közületi szektorban, azaz a szabályozást végző szereplő nemcsak az állam lehet.

Másképpen megfogalmazva, a fő kérdés, hogy az egészségügyi szférában van-e olyan szereplő, amelyik képes — a keresleti oldalon — ellenerőt gyakorolni a szolgáltatókkal szemben.

A nyolcvanas évek tapasztalatai azt mutatják, hogy a nyugat-európai egészségügyi rendszerekben a közfinanszírozó, a „kollektív vásárló” megfelelő erővel rendelkezik ahhoz, hogy a szolgáltatókkal való alkufolyamatban befolyásolni tudja a kiadások alakulását (nemcsak az árak, hanem a kínálat befolyásolásával is).

Az USA-ban tapasztalható folyamatok azt mutatják, hogy a magánbiztosítók alapvető érdekeltsége a „kedvező kockázat” kiválogatása: direkt vagy indirekt (magas ár) eszközzel a „rossz kockázat” elriasztása. A magánbiztosító nem avatkozik a szolgáltatás struktúrájának alakításába (rendszerint nem is áll a szolgáltatóval kapcsolatban, hanem csak a pácienssel).

A magánbiztosítók egymással versenyeznek a piaci részesedésért, tehát nem képviselnek közös ellenerőt a szolgáltatókkal szemben, a szolgáltatások árainak növekedését általában tovább hárították a biztosítást vásárlókra, a munkáltatókra. A probléma érzékeltetésére néhány adat: az USA-ban a munkáltatók egészségügyi kiadásainak az adózás utáni profitjukhoz viszonyított nagysága 1965-ben 14, 1987-ben pedig 94 százalék volt. (Az adatok értelmezéséhez tudni kell, hogy az egészségügyi kiadások a munkáltatók termelési költségét terhelik.) Továbbá az egészségügyi kiadások 22 százalékát a biztosítás adminisztratív költségei tették ki.

Ma Magyarországon az egészségügy minden szereplője — többnyire jogosan — elégedetlen a közfinanszírozás, a társadalombiztosítás jelenlegi állapotával. Sokan úgy vélik, hogy a megoldást a magánbiztosítás kiterjesztése jelenthetné. A közfinanszírozás és a magánfinanszírozás szerepére, kapcsolatára, arányaira vonatkozó alternatívák — gazdasági és társadalmi következményei — azonban nem kellően tisztázottak.

Félő, hogy lehetőségeink megfelelő tisztázása nélkül fog megtörténni — rövid távú döntések következményeként — a választás a következő két irány között:

a) Az egyik lehetőség egy *alapjában közfinanszírozásra* (kötelező biztosításra és részben költségvetési finanszírozásra) épülő, a szolgáltatásokat tekintve pedig az önkormányzati, valamint nonprofit szervezetek tulajdonán *alapuló egészségügyi rendszer*, amelyben csak *kiegészítő vagy marginális szerepet játszik a magánbiztosítás és a profitérdekeltségű intézmények*. (Ez jellemző Nyugat-Európa egészségügyi rendszereire.)

b) A másik lehetőség: *a közfinanszírozás szerepe egyre inkább csak a szolgáltatások egy minimális körének biztosítására és a szegények ellátására szorítkozik* (hasonlóképpen az USA-beli rendszerhez). Másrészt radikálisan megnő a magánfinanszírozás, a magánbiztosítás aránya.

Mindkét irány *plurális egészségügyi rendszert feltételez*, azaz a közösségi és magánintézmények, a közösségi és magánfinanszírozás együttesét. Alapvetően különbözik is azonban a két irány. Az egyik lényeges különbség, hogy az első esetben a magánbiztosítás kiegészítő szerepet játszik, a második esetben pedig alternatívája a kötelező biztosításnak.

Szükséges itt a kötelező és a magánbiztosítás fogalmának a pontosítása. A kötelező biztosításnál törvény írja elő, hogy az egyének (és munkáltatók vagy egyéb szervezetek) milyen módon és mértékben járulnak hozzá az egészségbiztosítás pénzalapjához és milyen szolgáltatásokra jogosultak. A kötelező biztosítás nem jelenti azt, hogy csak egy nagy centralizált állami intézmény működtetheti. Intézményrendszere lehet decentralizált, és működtethetik nonprofit magánintézmények.

Bevételi forrásként pedig — egyetértek azzal a javaslattal, amelyet többek között Kopácsi Sándor, Kemény István is megfogalmazott — jelentős szerepet kellene kapniuk a fogyasztási adóból származó bevételeknek — ez lehetővé tenné a járulékok csökkentését.

A magánbiztosítás jelentős szerepe mellett legtöbbször a szabad választás lehetőségét, az igényekhez való rugalmasabb alkalmazkodást és a nagyobb hatékonyságot

hozzák fel érvként, ellenérvként pedig az egészségügyi rendszer kettészakadását, illetve a széttagoeltság intézményesülését. Mind a két oldal érvelésében sok az igazság, alapvető kérdéseket azonban nem érintenek.

A következőkben azt szeretném vázolni, milyen hatásokat eredményezhetne, ha nagyobb eltolódás következne be a magánfinanszírozás javára, azaz a szolgáltatásoknak csak egy minimum szintjét fedezné a kötelező biztosítás.

A változás bizonyára számos átmeneti pozitívummal járna, például csökkenteni lehetne a biztosítási járulékot, ami a vállalkozókat, munkáltatókat rövid ideig kedvezően érintené. Javítaná az államháztartás helyzetét, mert csökkenne mind a kötelező egészségbiztosítás kiadásainak a nagysága, mind a hiánya. Kérdés, hogy ezekkel a rövid távú előnyökkel szemben a másik oldalon milyen hatások állnak.

Minden valószínűség szerint a magánbiztosítás vásárlásában a csoportos forma dominálna, ami elsősorban a munkahelyhez kötődne, azaz a munkáltató lenne a fő vásárlója. A magánbiztosítás térnyerése mindenekelőtt azt jelentené, hogy megszűnne a kötelező biztosításnak, azaz a kollektív vásárlónak a meghatározó pozíciója az egészségügyi munkaerőpiacon és a szolgáltatások piacán. Ennek következtében a szolgáltatók, orvosok folyamatosan emelni tudnák a szolgáltatások árait. A biztosítók a növekvő árakat a biztosítási díj emelésével át tudnák hárítani a biztosítást vásárlóra, azaz elsősorban a munkáltatókra. A biztosítási díj növekedése a vállalati jóléti kiadások, a munkaerő költségeinek a növekedését jelentené. *Így rövidesen jelentkezne az a probléma, hogy a gazdaság, a munkáltatók szempontjából túl magas az egészségbiztosításra kifizetett összeg — ebben az esetben a magánbiztosítás díja és nem a kötelező biztosítás járuléka.*

A változás egyik lényeges következményeként hiányozna az a szereplő (a kollektív vásárló), amely ellenerőt képes kifejteni a szolgáltatókkal szemben. Intézményesülnének azok az érdekek — a szolgáltatók és a magánbiztosítók érdekei —, továbbá mechanizmusok, amelyek a kiadások korlátozását megakadályozzák.

Magyarországon paradox módon a munkáltatók és egyes kormányzati körök — mindenekelőtt egyes pénzügyi körök — a fő szószólói az olyan rendszer kialakításának, amely hosszabb távon leginkább az ő érdekeiket sérti, hiszen olyan strukturális változásokat indíthat el, amely ellenőrizhetetlenné, korlátozhatatlanná teszi a kiadásokat. A magánbiztosítás kiterjesztésére irányuló javaslatok megfogalmazásakor (ismét) a rövid távú érdekek dominálnak, a hosszú távú strukturális hatásokat (mint általában, most is) figyelmen kívül hagyja a politika.

Mivel az orvosoktól részben a magánbiztosító, részben a kötelező biztosító vásárolna, a szolgáltatások ára a kötelező biztosítás által fizetett díjakra is hatással lenne. A gazdagabb rétegek, mivel a magánbiztosításban megfelelő ellátást kapnának, nem igazán támogatnák a kötelező biztosítás járulékainak vagy az adóbevételeknek a növekedését, így a kötelező biztosítás forrásai a növekvő árakhoz képest kisebb mértékben vagy egyáltalán nem bővülnének, ennek pedig egyenes következménye a szolgáltatások mennyiségének és/vagy minőségének a csökkenése. A kötelező biztosításra elsősorban az időskorúak, a legszegényebbek ellátása hárulna. Amellett, hogy a rétegek kiszorulnának a kötelező minimumon felüli ellátásból, magának az ellátásnak a színvonala is egyre jobban elszakadna a magánbiztosítás esetében elérhető szolgáltatásoktól.

A munkahely függvénye lenne tehát, hogy kinek milyen színvonalú a biztosítása (s hogy egyáltalán van-e). Nyilvánvaló, hogy a foglalkozások jelentős körében kerül-

nének az alkalmazottak igen rossz helyzetbe. Ennek a rendszernek a lényegéhez tartozik továbbá, hogy a munkáltató „előjoga”, hogy milyen biztosítást vásárol, azaz a juttatások körének meghatározása. Azok a rétegek maradnának biztosítás nélkül (vagy jutnának kedvezőtlenebb biztosítási feltételek közé), amelyeknek általában rosszabb az egészségi állapota, tehát a legnagyobb szüksége lenne az ellátásra.

A magánbiztosítás jelentős szerepének, a minimális szintű kötelező biztosításnak „logikus következménye” végeredményben súlyos egyenlőtlenségeket hordozó, több részre szakadt (fragmentálódott) egészségügyi rendszer lenne. Egy ilyen rendszer sok esetben — mindenekelőtt a krónikus betegek esetében — az élet más szféráiban is komoly nehézségeket okozna, például ellene hatna a munkahely-változtatásnak. Ugyanis a krónikus betegségben szenvedő egyénnel már rendszerint nem kötne biztosítást a magánbiztosító.

Hangsúlyozom, a probléma nem az, hogy kialakulnak-e az egyenlőtlenségek — ugyanis már fennállnak, mivel az államszocialista egészségügyben óriási társadalmi és területi egyenlőtlenségek alakultak ki. A kérdés valójában az, hogy tovább nőnek és *intézményesülnek-e* az egyenlőtlenségek, vagy olyan struktúrák kialakítására törekszünk, amelyek nem akadályozzák (hanem esetleg segítik) az egyenlőtlenségek mérséklését.

Ami az érem másik oldalát illeti, differenciált és tovább differenciálódó társadalmunkban alapvető fontosságú, hogy a *hivatalos* egészségügyben is kialakuljanak azok az intézmények, amelyek lehetővé teszik, hogy a gazdagabbak hozzájuthassanak olyan körülményekhez és szolgáltatásokhoz is, amelyeket a kötelező biztosítás nem képes nyújtani. A nyugat-európai országok tapasztalatai azt mutatják, hogy ezt a funkciót a széles körű kötelező biztosítás (vagy az állami egészségügyi szolgálatok) mellett működő — vagy ahhoz kapcsolódó — kiegészítő magánbiztosítás be tudja tölteni.

A másik scénárió, azaz a közfinanszírozás dominanciája sem kevésbé mentes feszültségektől. A különbség: más típusú feszültségekkel és más társadalmi konzekvenciákkal jár.

A magyar egészségügy jelenlegi kritikus helyzete három súlyos feszültség kiéleződésével jellemezhető:

- a) a lakosságnak a hatvanas évek közepe óta drámai módon romló egészségi állapotából eredő szükségletek és a szolgáltatások struktúrája közötti növekvő szakadék;
- b) a fogyasztói igények és a szolgáltatások/kapacitások közötti nagyfokú eltérés;
- c) az egészségügyi kiadások és a gazdaság jövedelemtermelő képessége közötti konfliktus.

A három konfliktus szorosan összefügg. A döntéshozók számára az egyik legsúlyosabb kihívást az jelenti, hogy ha ezen három konfliktus bármelyikét önmagában orvosolni akarja az egészségpolitika, akkor szükségszerűen növel egy másikat (vagy mindkét másikat). Együttes kezelésükre, csillapításukra pedig egyelőre nem látszik reális lehetőség.

Az előadásomban vázolt két hosszú távú irány közötti választás jelentős mértékben azon múlik, hogy a népesség gazdagabb rétegei mennyire hajlandóak szolidaritást vállalni a szegényebb, az átalakulás terhei elől kitérni kevésbé tudó rétegekkel. Mit gondol a politikai döntéseket hozó elit arról, hogy alapvető jog-e az egészség és az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutás; kell-e, és ha igen, milyen szociális jogokat kell garantálnia a társadalomnak. Ebből a szempontból az elmúlt két év tapasztalatai nem

túl sok reményre adnak okot. Szinte alig kapott figyelmet — és nem váltott ki jelentősebb tiltakozást — az, hogy a kötelező biztosításra való jogosultságot úgy határozták meg, hogy a társadalom egyes legelesettebb csoportjai kirekesztődhetnek a kötelező biztosításból. Kérdés, hogy a jelenlegi gazdasági és politikai körülmények között van-e választási lehetőség a vázolt két egészségügyi rendszer között, vagy szükségszerűen sodródunk a második irányba.

Az eddigiekben a finanszírozásról volt szó. *A köz- és a magánszektor szerepét vizsgálva alapvető fontosságú, hogy megkülönböztessük a finanszírozás és a szolgáltatás szféráját.* A közfinanszírozás dominanciája nem zárja ki, hogy a kínálati oldalon a magánintézmények legyenek túlsúlyban, vagy az önkormányzati és magánintézményeknek kombinációja. Valójában a legtöbb nyugat-európai országban az állam csak mint vásárló (finanszírozó) avatkozott be az egészségügyi szférába — a szolgáltatás szféráját jórészt változatlanul hagyta (az egyes országok történeti fejlődésétől függően a magánintézmények és/vagy az önkormányzatok játsszák a meghatározó szerepet). A közfinanszírozás és a magánszolgáltatás együttélésére tipikus példa Kanada, ahol a kötelező biztosítás mindenkire kiterjed, az intézmények döntő többsége pedig nonprofit magánintézmény.

A jelenlegi nyugat-európai reformtörekvések egyik fő jellemzője a „szociális” és a „piaci” szempontok kompromisszuma: a közfinanszírozás fenntartása mellett a szolgáltatók közötti verseny ösztönzése.

A magyar egészségügyben a közfinanszírozás dominanciájának a fenntartása mellett a szolgáltatók közötti verseny fokozása, a széles értelemben vett privatizáció növelheti a szolgáltatók költségérzékenységet, ezáltal a hatékonyságot, valamint a fogyasztói igényekhez való jobb alkalmazkodást. A széles értelemben vett privatizáció fogalmába beleértem a *jelenlegi önkormányzat tulajdonában lévő kórházak nonprofit magánkórházakká alakítását, szerződésbe adását, a csak működtetésükre vonatkozó menedzsment szerződéseket stb.* Jelentősen javíthatna a magyar egészségügy helyzetén egy átgondolt privatizáció. Ezért is különösen sajnálatos, hogy a háziiorvosi rendszer bevezetésére úgy került sor, hogy nem történt meg — a gazdasági és jogi feltételek megteremtésével — az orvosok önálló szabadfoglalkozásává válása.

A privatizációval kapcsolatban az egyik fő kérdőjel: ha az erőforrások növekedése nélkül megy végbe, nem a várttal ellentétes hatású lesz-e. A privatizáció következménye, hogy a munkaerőpiacon megszűnik az állam monopolvásárló pozíciója, ami növelheti az egészségügyi munkaerő költségeit. Továbbá a szolgáltatók közötti verseny elsősorban a technika alkalmazása révén történik, ami további költségnövelő tényező lehet. Ha a másik oldalon viszont a kiadások szigorú korlátozása érvényesül, akkor a következmény a szolgáltatások mennyiségének és/vagy minőségének a csökkenése lehet. Tehát bekövetkezhetnek a várttal éppen ellentétes hatások: a piaci ösztönzők — bizonyos körülmények között — a minőség csökkenéséhez vezethetnek.

Előadásomban néhány olyan összefüggésre igyekeztem rámutatni, amelyeket a köz és a magán szerepére vonatkozó ideológiai viták általában figyelmen kívül hagynak. Végezetül kiemelnék egy további alapvető kérdést: ki határozza meg, hogy milyen legyen, mi a kívánatos arány a köz és a magán között. Elvileg három lehetőség adott: spontán folyamatok, központi utasítások, az egészségügy fő szereplői közötti érdekegyeztetésen, szabályozott alku-mechanizmusokon alapuló döntéshozatal. Eddig az egészségügy átalakításában a kézívezérlés és a spontán folyamatok érvényesültek. Az

„eredményei” tükröződnek a háziorvosi rendszer és a biztosítási kártya körüli káoszban, ami azonban csak tünet: a koncepcionális zavart, a konszenzus hiányát jelzi.

A konszenzusra nemcsak gazdasági szempontok és az egészségügy átalakításának szakmai megalapozása miatt lenne égető szükség. A szegénység, a munkanélküliség növekedése, az egzisztenciális biztonság megrendülése óhatatlanul hatással van az érintett széles rétegek egészségi állapotára is. Kirekesztésük az egészségügyi ellátásból — vagy jelentős részéből — fizikai és mentális egészségük olyan mértékű romlását idézheti elő, ami lehetetlenné teszi a munkaerőpiacra, a munkába való visszakerülésüket. A konszenzus „tárgya” tehát az a kérdés is, hogy a változtatások nyomán kiépülő egészségügyi rendszer tovább fokozza-e a gazdasági átalakulás terheinek egyenlőtlen elosztását, vagy, ellenkezőleg, azoknak a társadalmi intézményeknek — nem túl széles körű — csoportjába kerül, amelyek igyekeznek megakadályozni az egyenlőtlenség növekedését.

