

## Az egészségügyi szolgáltatások gazdasági kérdéseinek oktatása és kutatása

Égető Emese<sup>1</sup>

*Az egészségügyi ellátás problémái nem kizárólag az átmeneti korszak termékei, így megoldásuk sem várható az átmenet feladatainak teljesítésétől. A problémák ott kezdődnek, hogy az alapelvek is reformra szorulnak, és azokban sincs mindenben egyetértés. A finanszírozási és az ellátó rendszer reformja mellett rendezésre szorulnak a közületi szektor és a piaci szféra érintkezéséből adódó problémák is.*

*Kulcsszavak: univerzalitás, hozzáférés, finanszírozás, forrásbővítés*

### 1. Bevezetés

Az egészségügyi szektort az „átmenet” tizenvalahány évének radikális gazdasági átalakulási folyamatai többnyire csak kívülről érintették. A gazdaság más területeinek változásai főként a közvetlenül érintkező felületeken (pl. gyógyszerpiac) éreztette a hatását, az államháztartás „reformálgatása” pedig természetesen befolyásolta ezt a területet is, de a szoros értelemben vett egészségügyi szolgáltatások terén nem sok minden történt. A három alapvető terület:

- az alapellátás,
- a járóbeteg ellátás,
- a fekvőbeteg ellátás

közül elsősorban az alapellátás tekintetében történt lényeges változás. Azok a változások pedig, amelyek a másik két területet érintették – mindenekelőtt a finanszírozás területén – előrelépést jelentettek ugyan, de megoldást nem. Sőt, nem egy esetben újabb ellentmondást szültek.

Az adott körülmények között érthető, hogy az egészségügyben dolgozók érdeklődése – csakúgy, mint más szakterületeké is – megnőtt a menedzsment és közgazdasági ismeretek iránt. Manapság már elmondhatjuk, hogy az orvosok, gyógyszerészek, ápolásigazgatók és általában az egészségügyi alkalmazottak *költségtudatossága* a korábbiakhoz képest jelentősen megnőtt.

---

<sup>1</sup> Dr. Égető Emese, egyetemi docens, SZTE Gazdaságtudományi Kar Pénzügytani Tanszék (Szeged)

Korábban a közgazdászok is keveset foglalkoztak az egészségügy gazdasági problémáival. A non profit szektor kérdései általában nem voltak reflektorfényben. A közgazdászokat a képzés során a vállalkozói szférával való foglalkozásra kondicionálják, s a kutatások homlokterében is elsősorban a versenyszféra állt. Azt persze mindenki tudta, hogy a nagy újraelosztó rendszerek reformja elkerülhetetlen, de ez általában foglalkoztatta a kutatókat (és a gazdaságpolitikusokat), az egészségügy gazdasági kérdései kiemelt problémaként nem jelentkeztek. Az utóbbi időben azonban úgy tűnik, változik a helyzet. Az egészségügy sokasodó válságjelenségei odavezettek, hogy az ágazat fejlesztésével kapcsolatos viták átsaptak a szakmai határon, és napjainkban a nagybetűs „Élet” kényszeríti ki, hogy a szektor kirobbanni készülő válságának megoldásához a közgazdasági elmélet is hozzájáruljon.

1998-ban jelent meg Kornai János könyve (Kornai 1998), amely kifejezetten az egészségügy átalakításának koncepcionális vázlatoként fogható fel, és amely azóta is hivatkozási alap, pro és kontra. Azóta persze sokasodtak a témával kapcsolatos tanulmányok, könyvek, folyóiratcikkek, sőt, a napilapok hasábjain is zajlik az osztársadalmi vita. Ami egyben azt is jelzi, hogy a szükséges átalakítások elhúzódását nemcsak a politikai szándék határozatlansága vagy hiánya okozza, hanem hiányzik az elvi egyetértés az ágazatot érintő alapvető kérdésekben is.

## 2. Az egészségügy „betegségei”

Az egészségügy bajai nem kizárólag a szocialista múlt öröksége. Világméretű problémáról van szó, amely érinti a legfejlettebb országokat is. Mindenütt finanszírozási problémákkal küzdenek: „*a mindenkinek mindent*” nyújtani elve kezd tarthatatlanná válni. A szociális biztonság rendszerei a XX. század második felében kénytelenek voltak tudomásul venni, hogy fokozatosan közelednek az ellehetetlenülés felé. E helyzet kialakulását több egymás hatását erősítő jelenség okozta. Ezek közül általánosan jellemzőnek tekinthetjük a következőket:

- a demográfiai változások és a
- technikai fejlődés hatása, továbbá
- a verseny szféra és a non profit szektor kapcsolatának problémái.

A demográfiai változások hatása a fejlett országokban nem annyira a népesség számának növekedésében jelentkezik (ez elsősorban a fejlődő országok jellemzője), hanem a születéskor várható átlagos élettartam jelentős emelkedésében. A várható élettartam növekedése a születési arányszám csökkenése nélkül is azt eredményezi, hogy a népesség korösszetételén belül megnő az idősök száma és aránya. Ha ehhez azt is hozzávesszük, hogy az egészségügynek legtöbb munkát adó és így legköltségesebb népcsoport az idősök korosztálya, akkor láthatjuk, hogy az egészségügy fejlődésének sikere – az életkor meghosszabbítása – egyben növelte az egészségügy feladatait és gondjait.

A tudományos – technikai fejlődés nem hagyta érintetlenül az ún. „egészségipart” sem. Az egészségügy háttérparának robbanásszerű fejlődése nemcsak a gyógyítást (a terápiát) közvetlenül szolgáló gyógyszeripar teremtette lehetőségek bővülését (és költségek növekedését) jelentette, hanem legalább annyira a diagnosztikát szolgáló gépek, berendezések (EKG, EEG, CT stb.) kínálatát és természetesen használatát is. Napjainkra az egészségügy, mint üzletág egyes fejlett országokban a hadiiparral vetekszik (USA).

A fenti okok miatt bekövetkező költségrobbanás tehát egyáltalán nem rendszerspecifikus jelenség. Sőt, az ebből származó problémák sem azok. Még a legfejlettebb országokat is váratlanul érte az a trauma, amely a jóléti állam alapintézményeit veszélyezteti. Az egészségügy, mint „közjóság” szervezése és finanszírozása – különböző mértékben – de mindenütt az állam felelőssége is, ezért mindenütt szembe kellett nézni az ellehetetlenülés rémével. Mindenütt finanszírozási problémákkal küzdenek: a „mindenkinek mindent” nyújtani elve a gyakorlatban igencsak mindenütt tarthatatlanná vált.

Megoldásként, vagy legalábbis a probléma oldása céljából külföldön is felmerült a forrásbővítés szükségessége, de ez sem rövid, sem hosszú távon nem bizonyult alkalmazható módszernek. Járható útként a költséghatékonyság növelése került előtérbe, amit új, teljesítményelvű finanszírozási technikák révén kívántak elérni. Mindehhez természetesen az ellátásszervezés új modelljeinek kialakításával is kísérleteztek.

A fentiek előrebocsátása két ok miatt is szükséges:

- az egészségügyi ellátás problémái nem (nemcsak) az átmeneti korszak termékei, és így megoldásuk sem várható az átmenet feladatainak teljesítésétől;
- a fejlett országok gyakorlatának átvétele nem biztos, hogy hazai viszonylatban megoldást eredményez. Már csak azért sem, mert odahaza sem bizonyultak hibátlannak.

A hazai viták egy része éppen e két mozzanattal kapcsolatos. Kornai János koncepcióját többek között éppen azért bírálja több szerző is (Mihályi 2000, Németh 1999), mert szerintük Kornai „számára a létező egészségbiztosítási rendszer maga a továbbélő szocializmus, s nem olyan intézményként tekint rá, mely a szocialista korszakban – kevesek egyikeként – a fejlett világbeliekkel *azonos minőség* volt” (Németh 1999).

Ezzel a kérdéssel azért is kell foglalkoznunk, mert rávilágít a problémakör bonyolultságára, továbbá arra, hogy még az *etikai posztulátumok* kérdésében sincs egyetértés.

### 3. Kit hagyjunk meghalni?

A reform fundamentumául szolgáló etikai posztulátumok a következők Kornai (1998) szerint:

- az egyén szuverenitása
- a szolidaritás elve.

A két elv alkalmazása természetesen nem történhet „vagy-vagy” alapon, azaz a szolidaritás elve nem váltható fel a szuverenitással. Kornai nem is úgy gondolja. Úgy véli túl széles azoknak az erőforrásoknak a köre, amelyekről nem az egyén, hanem a kormány, a bürokrácia rendelkezik. Ezért olyan átalakulásra van szükség, amely megnöveli az egyén és szűkebbre vonja az állam döntési jogkörét a jóléti szolgáltatások szférájában. Ugyanakkor segíteni kell a szenvedőket, bajbajutottakat, hátrányos helyzetűeket, de *célzott* állami támogatásokkal és *nem az univerzalitás* elve alapján.

Mindez első megközelítésre nagyon is elfogadhatóan hangzik, mégis vitát váltott ki. Nem annyira az elvek, sokkal inkább az a kiinduló feltevés generálta a vitát, miszerint túl széles az egészségügyi rendszerfenntartására fordított azon erőforrások köre, amelyről nem az egyén, hanem a kormány dönt. Egy ilyen tétel azonban rögtön a „mihez képest?” kérdését is szükségessé teszi. Nemzetközi összehasonlításban pedig egyáltalán nem tekinthető túl magasnak a GDP-nek az a hányada, amit a közfinanszírozás az egészségügyre költ (1. táblázat). A vitázók, ha a konkrét mértékben nem is, de abban megegyeztek, hogy ez az arány hazánkban a kilencvenes évek folyamán csökkenő tendenciát mutat.

Az elvek azonban más problémát is felvetnek. A szolidaritás elvén eddig nemcsak azt értettük, hogy az elesetteket támogatni kell, hanem *az egyenlő hozzáférés elve* is beletartozott. Kérdés, hogy a jelen körülmények között ezzel az elvvel mi lesz? A külföldi példák ebben a kérdésben nem igazítanak el egyértelműen éppen azért, mert a fejlett országok is ugyanezekkel a gondokkal birkóznak. A leggazdagabb országok gyakorlata sem csak azért másolhatatlan, mert több pénz kellene hozzá, hanem azért sem, mert drágasága ellenére igen kevesek számára jár (USA), illetve a hozzáférhetőséget a hosszú váró-listák korlátozzák (UK).

De ha nem „járhat” mindenkinek minden – ami persze gyakorlatilag ma is így van – akkor hogyan lehet eldönteni, és ki döntse el, hogy ki mit kaphat? Egy biztos: a kérdést elvi alapon és társadalmilag kell megválaszolni, nem szabad ráterhelni az orvostársadalomra.

A fentiek alapján látható, hogy nem kizárólag finanszírozási problémáról van szó – de persze arról is. A társadalombiztosítás rendszerének átalakítása szükségszerű, ha szembe akarunk nézni a tényekkel. A megoldás kézenfekvő módja, hogy egy minimális mindenki számára általánosan kötelező biztosítást kiegészít egy önkéntes biztosítás. A rászorultak helyett, akik a minimumot sem képesek teljesíteni a társadalom, illetve az állam vállalja a hozzájárulást. Az ördög persze, mint mindig ez

esetben is a részletekben van. Többféle megoldás merült fel: például a több biztosító rendszer, ami úgy tűnik ma már lekerült a napirendről, de máig vitatott probléma, hogy az általánosan kötelező biztosítást az állami újraelosztás finanszírozza-e, (ezen belül adóból vagy járulékból) vagy biztosítási alapon történjen, illetve a járulékfizetési kötelezettség tételes vagy jövedelemarányos legyen-e?

1. táblázat Egészségügyi kiadások Magyarországon a GDP százalékában (1980-2002, százalék)

Szerzők	Kopits és szerzőtársai (1990)	Petőfi (1998)	Mihályi (2000)	Orosz–Burns (2000)	Németh (2000)
1980	4,0	-	-	-	-
1981	4,2	-	-	-	-
1982	4,3	-	-	-	-
1983	4,4	-	-	-	-
1984	4,4	-	-	-	-
1985	4,7	-	-	-	-
1986	5,0	-	-	-	-
1987	4,9	-	-	-	-
1988	5,3	-	-	-	-
1989	5,4	4,8	-	-	-
1990	-	5,4	-	-	6,1
1991	-	6,2	-	7,3	6,6
1992	-	6,4	11,1	7,8	7,2
1993	-	6,6	11,0	7,8	6,8
1994	-	6,8	11,0	8,3	7,3
1995	-	6,2	9,6	7,5	7,0
1996	-	5,9	9,4	7,2	6,6
1997	-	5,5	8,3	6,9	6,5
1998	-	-	8,0	6,8	-
1999	-	-	8,0	-	-
2000	-	-	7,7	-	-
2001	-	-	7,2	-	-
2002	-	-	7,0	-	-

A finanszírozás problémái természetesen nem merülnek ki a fentiekben, de az elvek tisztázása mindenképpen előfeltétele egy működőképes rendszer kialakításának. A működőképes rendszer kialakítása azonban az elvek tisztázása terén is szélesen értelmezendő. Általában tisztázni kell az állam szerepét az egészségügyi ágazat piaci körülmények közötti működésében, beleértve az üzleti szférával való kapcsolatrendszer szabályozásában vállalt szerepét is (gyógyszeripar).

#### 4. A legégetőbb problémák

A közületi szektor és a piaci szféra találkozásából adódó problémák is többre-  
tűek. Ezek közül ki kell emelni a következőket:

- a közalkalmazotti státus
- az amortizáció és
- az áfa kérdését.

Az egészségügyi dolgozók közalkalmazotti státusa eleve következik az ágazat közületi jellegéből – s természetesen jövedelmi helyzetük is. Önmagában véve a közalkalmazotti helyzet természetesen nemcsak korlátozottabb lehetőségekkel, hanem előnyökkel is jár. A helyzet felemássága abból adódik, hogy a gazdaság egészének piacgazdaságra való áttérése az egészségügyben is gazdálkodási reformokat kényszerített ki. Ha nem is átütő jellegűek, de a német pontrendszer bevezetése a járóbeteg ellátásban és az amerikai pontrendszer (DRG) alkalmazása a fekvőbeteg ellátásban (HBCS) megváltoztatta a finanszírozási rendszert. Ez a változás a teljesítményfinanszírozás elemeit vitte be a rendszerbe, ami alapvetően hozzájárult a költséghatékonyság javulásához.

A közalkalmazotti státushoz kapcsolódó bérezési rendszer és a teljesítményfinanszírozás együttes működése azonban feloldhatatlan ellentmondásokat teremtett. Ezért került napirendre az orvosok közalkalmazotti státustól való „megszabadítása”, ami nélkül az egészségügy piaci alapokra helyezése nem lehetséges.

A közületi szektor általános jellemzője az amortizáció képződésének hiánya. Ez gyakorlatilag azt jelenti, hogy ebben a szektorban nem képződik pótlási alap, tehát az állóeszközök cseréje mindig új források megszerzését teszi szükségessé. Az egészségügyben is a tulajdonos feladata, hogy gondoskodjon a nemcsak a fejlesztési, hanem a pótlási szükségletek kielégítéséről. (Ami főként az önkormányzatok esetében nem is mindig könnyű.) Az intézmények – főként a kórházak – üzemszerű gazdálkodását nagymértékben akadályozza, s több esetben (Csongrád megyében is) vezetett az érvényes szabályozás kereteinek szétfeszítéséhez.

Az egészségügyi szféra képviselői ugyancsak méltánytalannak tartják az ÁFA szabályozást is. Ha egyszer piaci alapokra kívánjuk helyezni az egészségügy működését és megköveteljük tőle a hatékony üzemszerű gazdálkodást, akkor diszkriminációnak hat, hogy az ÁFA-t, szemben a vállalati szférával nem igényelhetik vissza.

A felsorolt problémák megoldása előfeltétele az egészségügy reformjának, s ha a „miként” kérdésében akadnak is még viták, a „mit” kérdés vonatkozásában egyetértés bontakozik ki. Ezzel azonban még nem zárhatók le az egészségügy problémái.

## 5. A reform két ága: a finanszírozási és az ellátó rendszer átalakítása

A hatékony egészségügy megteremtésének feltétele a finanszírozás korszerűsítése: a forrásteremtés megoldása és a forrásfelhasználás rendszerének tökéletesítése.

A forrásbővítés lehetőségei tekintetében a lehetőségek meglehetősen korlátozottak. Alapvetően két mód van:

- a járulékalap növelése és
- a járulékkulcs növelése.

A járulékalap növelése elvileg több módon is lehetséges. Egyik lehetőség a járulékfizetési kötelezettség kiterjesztése a bérjövödelmeken túl egyéb jövedelmekre is. A tőkejövödelmek, a nyugdíj és néhány más jövedelem jelenleg nem járulékköteles. Azon kívül a járulékalap növelhető lenne a bérjövödelmek növelésével, a fekete munka felszámolásával, illetve a kéyszervállalkozások alkalmazotti viszonyra való visszaalakításával, vagy a vállalkozók erkölcsének javításával (minimálbér) is. A minimálbér jelentős mértékű növelésének egyik célja éppen ez volt.

A járulékkulcsok növelése is elképzelhető, de nem biztos, hogy kivitelezhető. A járulékkulcsokat már most is túl magasnak tartják elsősorban a munkaadók, így biztos, hogy rendkívül népszerűtlen intézkedés lenne, és nem biztos, hogy érdemleges bevétel-növekedést eredményezne a társadalombiztosítás számára.

A felhasználás hatékonyságának növekedése feltételezi a pontrendszerek tökéletesítését, folyamatos karbantartását és főleg a „zárt kasszák” működésének felülvizsgálatát.

Az ellátó rendszer átalakítása az, amitől az egészségügy színvonalának növekedését, a szolgáltatás minőségének, egyáltalán az egész rendszer hatékonyságának (nem pénzügyi) javulását várják. Ennek a területnek központi témája – vitatémája – a privatizáció. Vannak, akik az egészségügy minden problémáját a privatizációval vélik megoldani, ugyanakkor abban sincs egyetértés, hogy milyen privatizáció valósítható meg egyáltalán az egészségügyben. Többnyire a funkcionális privatizációt tartják járható útnak. (Ez lényegében az üzemeltetői jog privatizálását jelenti). Ugyanakkor sokan a tőkebevonást is elengedhetetlennek tartják. Ez utóbbi egy non profit szektor esetében nyilván nem lehet általános, a „kimazsolázás” ellen viszont mások tiltakoznak. Megint mások viszont úgy vélik, hogy az egészségügynek nem annyira tőkebevonásra, mint inkább megfelelő pótlólagos jövedelmekre van szüksége.

Ez a nagyvonalú áttekintés talán illusztrálja, hogy a „Mit?” „Hogyan?” „Kinek?” kérdései az egészségügyben kellő alanyagot és feladatot szolgáltatnak oktatásnak, kutatásnak, na és persze a politikának egyaránt most és valószínűleg – még egy darabig.

*Felhasznált irodalom*

- Kornai J. 1998: *Az egészségügy reformjáról*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.
- Mihályi P. 2000: *Magyar egészségügy: diagnózis és terápia*. Springer, Budapest.
- Németh Gy. 1999: Kornai János az egészségügy reformjáról. *Egészségügyi gazdasági szemle*, 37, 3, 193-208. o.
- Németh Gy. 2000: Mihályi Péter diagnózisa és terápiaja – A magyar egészségügy finanszírozási forrásai. *Egészségügyi gazdasági szemle*, 38, 4, 405-420. o.
- Orosz É. – Burns, A. 2000: The Health Care System in Hungary. *Economics Department Working Papers No. 241*, OECD, Paris.
- Petőfi L. 1998: Gondolatok az egészségügy reformjáról. *Bankszemle*, 42, 9-10, 1-14. o.