

BETEG ÜGY

BONDÁR ÉVA

Kornai János – Karen Eggleston:

Egyéni választás és szolidaritás

Az egészségügy intézményi mechanizmusának reformja Kelet-Európában

Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2004.

243 oldal, 4000 Ft

Kornai János 1983-ben publikált esszéjében „az emberi szervezet egészségéért küzdő orvostudomány és a nemzetek egészségéért, gazdasági rendszerek jó működéséért fáradózó közgazdaságtudomány között fennálló hasonlatosságok elemzésével” foglalkozott.¹ Megragadta az orvoslás, az egészségügy „különösége, drámaisága”, az, hogy ebben a szektorban a döntések szenvedést enyhíthetnek, életet menthetnek vagy attól valakit megfoszthatnak. Később is több írásban vizsgálta, hogy milyen állapotban van az egészségügy,² használható-e a rendelkezésre álló javak relatív szűkösségét feltételező közgazdaság-tudomány eszköztára és szemlélete a szektorban zajló folyamatok elemzésekor vagy reformok tervezésekor.³

Karen Egglestonnal közösen újairta és kibővítette könyvét az egészségügyről. A szerzők a napi csatározások helyett a dolgok lényegét, siránkozás helyett az orvos higgadt tekintetét ígérik. A tudományos leírás és elemzés mellett és helyett állást foglalnak, ajánlásokat tesznek a szocializmus utáni Kelet-Európában kívánatos mélyreható egészségügyi reformra. Először a kiindulópontokat, a kívánatos rendszer alapelveit, az ágazat sajátosságait, a nemzetközi tapasztalatokat és a térség örökölt helyzetét ismertetik, majd a javasolt reformot körvonalazzák.

A szerzők szerint az egészségügyi reformot az egész jóléti szférára vonatkozó etikai elvek újragondolásával és lefektetésével célszerű kezdeni. Az elvek (alapvető értékek, a reformált jóléti szektor intézményeinek kívánatos tulajdonságai és allokációs arányai) nem axiómák, s mivel ellentmondhatnak egymásnak, a leírt megfontolások nem takarítják meg a döntéseket megelőző felelősségteljes mérlegelést.

Noha az egészség megőrzése „alapvetően egyéni felelősség”, Kornai és Eggleston mégis fontos és támogatandó etikai elvnek tartja, hogy a szenvedők, a bajban levők segítséget kapjanak. A szerintük üdvözlendő nagyobb választási szabadságot az indokolja, hogy kiderült: a szocializmus tévhite volt, hogy az ál-

lam gondoskodhat polgáraitól és egészségükről. Kívánatos, hogy szűnjön meg az állam monopóliuma, és érvényesüljön a verseny. A javasolt változások nyomán túlsúlyba kerülnek a hatékonyságra ösztönző tulajdonformák, az állam szerepe a törvényes keretek előírására korlátozódik. Az állampolgár számára átláthatók lesznek a szolgáltatások és közterhek közötti összefüggések. A változtatások időt adnak az intézmények evolúciójára, a társadalom adaptációjára. Harmonikusak lesznek az arányok a gazdasági növekedés és a jóléti szféra fejlesztési forrásai között, az állami költségvetés folyamatosan finanszírozhatja, amit vállalt.

Az egészségügyi szektor fő sajátosságai között első helyen az életben maradni akarás különleges értékét említik. Ez magyarázza a piaci és a kormányzati kudarcot e szektorban. Ezért nem hajlandó elfogadni az emberek többsége az egyenlőség korlátozását az „alapvető szükségletekhez” (45. old.) sorolható egészségügyi szolgáltatások körében.

A szektor további fontos sajátossága a nagyfokú bizonytalanság, hiszen az egyén egészségügyiellátás-szükségletét nem lehet előre látni. Emiatt lépett a fogyasztó/beteg és a szolgáltatást nyújtó köze a biztosító/finanszírozó, vagyis kialakultak az úgynevezett háromszereplős rendszerek. Gyakran megjelenik egy negyedik szereplő is a fogyasztók és a biztosítók között közvetítő *sponzor*. A szereplők e hálójára viszont növeli annak az esélyét, hogy a keresleti és a kínálati ár elszakad egymástól.

Az egészségügyben jellemzően eltér az igénybevevőknek és a szolgáltatást nyújtóknak a szolgáltatással kapcsolatos tudása: „a szolgáltató a szakértelmére támaszkodva, az ott érvényesülő érdekeltségtől függően, túlköltekezésre vagy az ellenkezőjére, egyes ráfordítások megtagadásra ösztönözhet [...] A beteg nem rendelkezik olyan szakmai tudással, amely alapján megkérdőjelezhetné a szolgáltató által tett ajánlatot.” (49. old.) Ezt az információs aszimmetriát csökkentheti a beteg jogainak kiterjesztése, az orvostársadalom által felállított és elismert viselkedési kódex és a beteg nagyobb választási szabadsága: „minél inkább érinteni fogja őket [a beteget] anyagilag is a gyógyí-

1 ■ A nemzetek egészsége. *Valóság*, 26 (1983), 1. 1–12. old.

2 ■ Bognár Géza, Gál Róbert, Kornai János: Hálapézn a magyar egészségügyben. *Közgazdasági Szemle*, 47 (2000), 4. 293–320. old. (2000)

3 ■ Kornai János: *Az egészségügy reformjáról*. KJK, Bp., 1998.

tás költsége, annál erősebb az ösztönzésük arra, hogy információt igényeljenek kezelőiktől.” (Uo.)

Az egészségügy sajátos vonása az is, hogy a biztosítók egy heterogén kockázati összetételű csoportnak próbálnak biztosítást nyújtani. A reform után az egyének választhatnak majd az egyes biztosítók és egészségügyi szolgáltatók között. A szerzők itt megkülönböztetik a „káros” szelekciót (amikor a biztosító nem ismeri a hozzá jelentkezők kockázatát, s emiatt tönkre is mehet) a kockázati szelekciótól (amikor a biztosító képes „lefölözni” – az átlagnál nagyobb arányban ügyfeleivé tenni – az alacsony kockázatú fogyasztókat).

A felsorolt jellemzők és morális problémák miatt a szerzők kivételes területnek tartják ugyan az egészségügyet, de végül arra a következtetésre jutnak, hogy azért itt is érvényesülnek az alapvető közgazdasági szabályosságok, például a jól ismert hármas kapcsolat az ár, a kereslet és a kínálat között.

A szolgáltatás és a finanszírozás osztályozása során mutatják be az egészségügy gazdasági mechanizmusának szereplőit. A keresleti oldalon az egészségügyi finanszírozásnak és a fogyasztói képviselőnek a szervezetei állnak, a kínálati oldalon a szolgáltatók. Sok évszázadon át a beteg volt a fogyasztó, és az orvos az eladó. Ma a fogyasztók (a potenciális betegek) már biztosítást kötnek. Az egyenlő hozzáférés elve (nehogy a magára hagyott piacon sokan maradjanak biztosítás nélkül) megköveteli a betegek és a szolgáltatók mellett a negyedik szereplő, a közvetítő szponzor megjelenését. A szponzor lehet állami szerv, de lehet a munkáltató is. Adatokat gyűjt, jó nevű biztosítókat keres, ellenőrzi a szolgáltatás minőségét. Hozzájárulhat a kiadások finanszírozásához, de lehet szabályozó funkciója is, például a működési engedélyek kiadása.

A kínálati oldalon állnak az orvosok, ápolók. Itt a szerzők a szolgáltatást nyújtók intézményi-szervezeti kereteit és tulajdoni formáit veszik számba. Az „állami vagy magán” megkülönböztetés itt indokolatlan leegyszerűsítés, hiszen az úgynevezett tiszta formák (állami/önkormányzati, nonprofit, nem állami, profitért dolgozó magán) számos kombinációja működik vagy hozható létre. A biztosítás intézményeinek szervezeti és tulajdoni viszonyaiban is hasonló a változatoság. A keresleti oldalon a végső felhasználó a beteg, ám a szolgáltatásért többen fizethetnek: az állam, a kötelező biztosítás (egyetlen monopolszervezet vagy decentralizált rendszer), az önkéntes biztosítás, és lehet a közvetlen egyéni fizetés. Itt is számos kombináció hozható létre.

Az egészségügyi rendszerek további fontos jellemzője a szponzorok, a biztosítók és a szolgáltatók integrációjának foka. E három szereplő teljes integráltságától (egy szervezetbe tartozásától) a szponzor és a szolgáltató háromféle lehetséges szeparálódásig terjed a skála.

A fizetési rendszer fogalmába a szerzők beleértik a fogyasztók által kötött biztosításokat (tehát az egészségügyre fordítható források összegyűjtését), továbbá



Első látásra azt mondanám, hogy egy nyíl ment át a fején, de biztos, ami biztos, mégiscsak jobb, ha alaposan kivizsgálom.

azokat a módokat, ahogyan a szolgáltatók a szolgáltatásaikért térítéshez jutnak. E rendszerek határozzák meg a szereplőkre ható ösztönzőket, melyeket úgy kell beállítani, hogy a betegek se túl kevés, se túl sok, ám még éppen jó minőségű ellátásban részesüljenek.

A fizetési rendszer keresleti oldalán azért kellene ösztönzők, mert az „ingyenesnek” tűnő szolgáltatók esetén a fogyasztó hajlamos túlfogyasztásra. A költségek egy részének a fogyasztóra terhelése javítja az igénybevétel hatékonyságát, de valamennyi kockázatot visszahárít a fogyasztóra, aki a biztosítással éppen a kockázatot igyekszik elkerülni. E két hatás között átváltás van. A vonatkozó szakirodalomra hivatkozva említik a szerzők, hogy 10 százalékos áremelkedés hatására az egészségügyi szolgáltatások iránti kereslet volumene 2 százalékkal esik vissza. A komolyabb, sürgős kórházi beavatkozást igénylő ellátások igénybevétele viszont érzéketlen az árra.

Minden rendszerben hatnak ösztönzők a kínálati oldalra is. Itt is van kockázat-, azaz költségmegosztás és finanszírozó és a szolgáltató között. „A valóságban a fizető nincs tudatában az ellátás valódi árának, csak azt tudja, hogy az adott szolgáltatásért a szolgáltató mennyit kér.” (68. old.) Ez lehet „költségtérítés” vagy „árjegyzék” szerinti fizetés. A jegyzék árait diktálhatja a piac, meghatározhatja (tárgyalásos vagy adminisztratív módon) az állam, illetve a társadalombiztosítás. A szolgáltatásonkénti térítés a szerzők szerint magában hordja a „kínálat indukálta kereslet” veszélyét. „Mivel a szolgáltatók szinte mindig jobban informáltak, és jelentős befolyással bírnak betegeikre a gyógymód megválasztásában, a betegek általában ragaszkodnak a szolgáltatók javaslataihoz, pedig ezeket gyakran a szolgáltatók anyagi érdekeltisége motiválja.” (69. old.)

Ha valamely szolgáltatásnál a térítés profitot tartalmaz, a kínálati oldal szereplői gyakran pótlólagos keresletet generálnak. Ezért sok országban kombinálják ezt a térítési módot más eszközökkel. Esetenként felső korlátot állítanak, illetve adott pénzösszeg helyett egymáshoz viszonyított pontértékeket rendelnek a szolgáltatásokhoz (ilyen a német rendszer), és a fizetendő összeget az átváltási tényező mozgásával tartják a költségvetés keretei között. A szolgáltatás mennyiségét szabályozni lehet meghatározott mértékű

költségmegosztással is. Ilyen az esetalapú (átalány) térítés, amelynél a szolgáltatók a páciens betegségének megfelelő fix díjat kapnak.

A kínálati oldali költségmegosztás ösztönzésében a fejkvótaalapú fizetési rendszer a másik véglet: adott időszakra minden fogyasztó után egy meghatározott összeget kap a szolgáltató. Ezzel akkor jár jól, ha a beteg egyáltalán nem vesz igénybe ellátást, vagyis a fejkvótarendszer az alulszolgáltatásban, a költségés ellátásra szoruló diszkriminálásában teszi érdekeltté a szolgáltatókat. E kedvezőtlen hatás enyhítésére gyakran kockázatkiigazítási technikákat alkalmaznak. A szerzők szerint „ha azt akarjuk, hogy a szolgáltató minőségi szolgáltatást nyújtson drága kezelést igénylő betegeknek, akkor meg kell fizetnünk a kezelés várható költségeit” (73. old.). A kockázatkiigazításkor a betegeknek az ellátási költségigényét befolyásoló (mérhető és ellenőrizhető) jellemzőit veszik figyelembe. Az átmeneti gazdaságokban még előfordul a „fix összegű” (a végzett szolgáltatásoktól független) finanszírozási forma, amely az ösztönzés szempontjából semleges. Tovább bonyolítja a rendszerek értékelését és összehasonlítását, hogy eltérő a hatása annak is, ha a személyzet fix vagy teljesítménytől függő fizetést kap. A fix fizetés a beteg továbbutalásának kedvez. Az intézmény viselkedésére a költségvetési korlát puhasága vagy keménysége és a konkrét fizetési konstrukció legalább olyan lényegesen hat, mint a tulajdonos kiléte.

A keresleti és a kínálati oldal áttekintése után a szerzők megállapítják, hogy nem létezik tökéletes fizetési rendszer. Minden egészségügyi rendszer egymással versengő célok között törekszik az egyensúly megteremtésére.

A nemzetközi összehasonlítás érdekében Kornai és Eggleston bemutatja különböző kiemelt jellegzetességek (főleg a forrásképzésben és az intézmény-fenntartásban játszott magán- és közületi szerep, a decentralizálás és a verseny lehetősége) szempontjából számos ország egészségügyi rendszerét: az angol (állami), a kanadai (közpénzből finanszírozás – magán-szolgáltatás), a német (kötelező biztosítási finanszírozás és pluralisztikus szolgáltatás kombinációja) mellett a rendkívül heterogén egyesült államokbeli és az egészségügyi takarékszámokra épülő szingapúri modellt. Az utóbbiban az egyének kötelesek előtakarékoskodni szolgáltatásvásárlásaikra.

Az összehasonlítás során érzékelhetővé váló sokszínűséget valószínűleg az egyes országok történeti fejlődésének sajátos menete magyarázza. Nincs egyetlen közvetlenül átvethető minta, „a pragmatikus reformereknek figyelembe kell venniük a meggyökereedett hagyományokat és elvárásokat”, az útfüggőség diktátumát (84. old.).

A volt szocialista országokban a rendszerváltás után az egészségügyi rendszerek *kiinduló állapota* a paternalizmus, a félig monetizált, bürokratikus központosítás, a hiánygazdaság volt. A beteg kiszolgáltatottságát növelte, hogy passzív „haszonélvezője-el-

szervenvedője” volt a paternalisztikusan szinte rákényszerített gyógyításnak. Az elmozdulás ettől az állapottól országonként más-más módon zajlik. A korlátozás nélküli univerzális *jogosultságot* sehol sem tartották fenn, ám rendre kiderült, hogy radikálisan nem korlátozható, mivel a többség számára súlyos jogfosztás lenne. A pénz szerepének megnövekedésével a volt szocialista országok – ha következetlenül is – áttértek a szovjet modellről az *elszámolás* angol modelljére. Eközben a finanszírozás és a szolgáltatás korábban integrált intézményei kezdtek elkülönülni, szétválni – ami elmozdulás a német modell felé. Az elmozdulás az állami finanszírozástól a kötelező társadalombiztosítás finanszírozása felé úgy történik, hogy a szolgáltatás kiadásait eközben nem fedezi teljesen a finanszírozás, s az intézmények működését az „előírás” tartja életben. A szerzők hangsúlyozzák, hogy magánintézmény így nem is működne, hanem kikényszerítene egy racionális árrendszert. A kötelező járulékfizetésen alapuló társadalombiztosítást továbbra is pazarlásra készítő puha költségvetési korlát jellemzi. A deficitese egészségügyi intézményeket az állam kiegészíti; más ágazatokban ehhez „lobbizás” vagy „nyomásgyakorlás” kell.

A fontos fejlemények közé tartozik, hogy a volt szocialista országokban megjelent az adókedvezménnyel támogatott önkéntes biztosítás, és valamennyivel a betegek is hozzá kell járulnia a szolgáltatás térítéséhez. Mégis fennmaradt a köztulajdonú szervezetek dominanciája, ami adminisztratív beavatkozásokkal jár – Magyarországon ilyen volt például a kórházi ágyak számának központosított előírt csökkentése. Mindeközben az állam a köztulajdonú szervezetektől nem követeli meg a pénzügyi fegyelmet, ami utat enged a pazarlásnak. A legális magántevékenység (orvosok, vállalkozások, gyógyszertárak) térnyerése mellett a „hálapénz” formájában a mai napig jelentős szerepet játszik a szektor szürkegazdasága. Ez a „szocialista, poszt-szocialista – és kínai – szokás” a szerzők szerint az orvosok alacsony hivatalos fizetése miatt maradt fenn, továbbá azért, mert a lakosság azt hiszi, hogy elvárják tőle a paraszolvenciát (129. old.).

A szerzők a könyv második részében rajzolják meg a javasolt reform körvonalait. A keresleti oldalon az ajánlás vezérgondolata a szokásosan nyújtott szolgáltatások szétbontása egyfelől a túlnyomórészt közforrásból finanszírozott, különös egyenlőséget megvalósító alapvető ellátások körére, és másfelől az önkéntesen vásárolható kiegészítő szolgáltatási körre. Ez hangolja össze a szolidaritási elvet, az ország gazdasági fejlettségét és a finanszírozás fenntarthatóságát. Demokratikus politikai eljárásban kell döntenet arról, mennyit fordítson az adott ország egészségügyi alapellátásra. A folyamat átlátható, ha a forrás címkézett, tudatosan befizetett adóból vagy járulékból keletkező, másra nem használható pénz.

Ezután térnek rá az egészségügyi finanszírozási rendszerbeli újraelosztás útjainak kijelölésére. A redistribúció dimenziói: átcsoportosítás az egészsé-

gesektől a betegekhez, a munkaképes korúaktól az idősekhez (ennek kezelésére külön rendszert javasolnak), a tehetősebbektől a szegényebbeknek (jövedelmi szolidaritás). Szerintük nálunk a redistribúció túlfeszített, és nagy a „potyautasok” aránya. A rendszer alapelvei csak a munkavállalók legális jövedelmére alkalmazhatók, a láthatatlan jövedelmekre nem. Javaslatuk szerint a forrás gondokat nem járulékemeléssel, hanem a befizetők számának bővítésével és a befizetés alapjának több jövedelentípusra történő kiterjesztésével célszerű megoldani. Téréségünk jelenlegi fejlettségi szintjén nem engedhetnek ki az egészségügyi rendszerek társadalmi csoportokat a befizetői körből. Viszont egy magas küszöb felett a járulékek regresszív vagy akár zéró is lehetne. A keresleti oldal „megfegyverzésére” az igénybevevő (gondos merlegeléssel kidolgozott) közvetlen hozzájárulását javasolják az alapvető szolgáltatásoknál is.

Az alap- és kiegészítő ellátás szétválasztásának kulcskérdése, hogy ki és hogyan állapítsa meg, mi tartozik az alapvető szolgáltatások közé. A szétválasztás technikája sokféle lehet (pozitív vagy negatív lista, az új eljárások befogadásának szelektálása, klinikai irányelvek stb.). A szerzők ellenzik az orvosi szempontú szétválasztást, átfogó és legitím folyamatot igényelnek a döntéshez (noha nem hiszik, hogy a kritériumok valaha is tökéletesek és egyértelműek lesznek). Vannak sikeres nemzetközi példák (Oregon és Izrael), több rendszerben (svéd, holland) állandó bizottságok foglalkoznak a témával.

Egy *döntési algoritmussal* juthatunk el a kívánatos egészségügyi rendszerhez. A döntési fa valamennyi alternatívájában az alapvető ellátás közfinanszírozott egyetemesség. Az első döntés az „integrált finanszírozás és ellátás”, valamint a szolgáltatói-finanszírozói szerepkör szétválasztását érinti. Ha a szolgáltató és a finanszírozó elkülönülését választjuk, a második döntés az egyfizetős vagy többfizetős rendszer között választ. A többfizetős rendszert választva érkezünk el a harmadik alternatívához: állami monopólium maradjon-e az alapvető ellátás, vagy magánbiztosító is belemehessen az alapvető ellátás biztosításába. „Ebben az esetben a szponzor szerep különvlik a biztosító szereptől.” Egy „országos szintű szponzor – egyfajta központi alap” közvetíti a biztosítók között úgy, hogy „az egészségügy finanszírozására szánt közpénzeket a fogyasztók választásának megfelelően osztja szét a biztosítók között” (159. old.). Ugyanis az adó/járulékk-forrást az alapvető ellátási csomagra odaadják a hozzájuk bejelentkezettek arányában a versengő magánbiztosítóknak, amelyek természetesen számíthatják magasabb áron is az alapvető csomagot. Ez azonban a továbbiakban a biztosító és biztosított magánügye. A negyedik alternatíva arra vonatkozik, hogyan jusson el a szponzortól a pénz a versengő magánbiztosítókhöz (utalvány vagy díjtámogatás formájában).

A szerzők óvnak attól, hogy ezekben az ügyekben bárki mások helyett döntsön, inkább szavazhassanak lábballal az érintettek. A verseny előnyeit a Harvard



Várólista

Jó hírem van,
az ön operációjára
holnap kerül sor.

Egyetem tapasztalata szemlélteti: ott az alkalmazottak több biztosító között választhatnak, és az egyetem a választott biztosítóknak fizeti be a dolgozók után az egységes hozzájárulást.

A kiegészítő szolgáltatások közé a beteg által kezdeményezett gyakori általános kivizsgálás, a kondíciót javító szolgáltatás (torna, masszázs), akut betegség esetén az alapvető ellátásban nyújtottnál kényelmesebb elhelyezés (például különszoba), nevesebb orvos választása kerülne. Az alapvető ellátásnál megjelenő jövedelmi redistribúció mellett a szerzők itt egy második, fogyasztási típusú adónemet indítványoznak. Aki kész egy szűk kapacitás igénybevételéért pénzt adni, az fizessen érte olyan magas díjat (felárat), hogy abból mások hozzájárulását „keresztfinanszírozni” lehessen. Az ilyen típusú szolgáltatásokat zsebből vagy kiegészítő (magán) biztosításból lehet finanszírozni.

Fiskális illúzió, hogy az alapvető szolgáltatások egy részét a munkáltatók fizetik munkavállalóik után, mert az a bruttó bérköltség része. Az egyértelműség érdekében a járulékfizetési kötelezettség munkavállaló-munkáltató felosztását bérbruttósítással meg kellene szüntetni. A munkáltatói hozzájárulás a kiegészítő szolgáltatáshoz a bért kiegészítő juttatások része. A biztosítók a nagy munkaadók megnyeréséért fognak versenyezni, nem az egyénekért – így a munkaadók a biztosítási piac erjesztői lehetnek.

A kínálati oldalon a szolgáltatói rendszer tulajdonviszonyait, szervezetét és szerződéseit illetően szakítani kell az előítéletekkel. A kormányzat bátorítsa a szolgáltatók körében a magán ellátási formák térhódítását. A köztulajdonú szektorban a félpiacon elemek erősítésére van szükség: a medzszmentet javítani kell, a szabályozást pedig rugalmasabbá tenni. A kereslet és a kínálat kölcsönhatásában az *ésszerű árak* kialakítása a kulcs. A szocialista gazdaság öröksége, hogy nem megfelelő ár honorálja az egészségügyi tevékenységet. Nem „kváziár”, hanem valódi piaci árra van szükség. Alapvető feladat a pénzügyi fegyelem erősítése, és a kemény költségvetési korlát alkalmazása. Az ösztönzőket illetően: „Ne legyen illúzió: nincsen tökéletes megoldás” (193. old.).

A veszteséges intézmények automatikus kimentése jogtalan. Az örökölt finanszírozási szisztéma (globális költségvetés) újra és újra jóváhagyta a korábbi ala-

csony hatékonyságú input-output kombinációt. Az ezt felváltó, teljesítményhez kötött, nyílt végű finanszírozási módok nagy költségnövekedéshez vezettek (Csehország). Az esetalapú (magyar) finanszírozás a teljesítmény elszámolásának manipulálását eredményezte. A magyar finanszírozásban gond a járó- és fekvőbeteg-díjtételek összehangolatlansága is. A „relatív árakat” is finomítani kell. Célszerű volna „nemcsak a nagy szervezet egészére, hanem kisebb részekre lebontani azokat a felső költségvetési korlátokat, amelyek betartása mellett a szerzett pontok arányában szétdobják a fizetséget” (197. old.). Figyelmeztetnek, hogy a fejkvótaalapú finanszírozás a kapuőr szereppel kitüntetett háziorvosokat éppen a betegek könnyebb továbbutalására, a kapu tárva-nyitva hagyására ösztönözheti. Ez ellen többféle eszköz van: a háziorvos kapjon útmutatót, milyen esetben írjon elő vizsgálatokat, vagy kapjon (mint az angol rendszerben) a hozzá feliratkozott betegek további kezeléseire egy keretösszeget, amelyből – a szabályok betartásával – eldöntheti, hogy melyik betegének milyen további ellátását fedezi. Ettől már csak egy lépés a Magyarországon elterjedt, az amerikai HMO-hoz hasonló, „Irányított Betegellátási Modell”, amely integrálja a biztosítást és a szolgáltatást. Ez „papírforma szerint képes lenne eredményesen leküzdeni mindkét káros tendenciát, a költségek elszaladását és a minőség rontását. [...] Ugyanakkor ösztönözhet arra is, hogy csökkentsék a minőséget ott, ahol azt nehezen veszik 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.” (200. old.)

A kockázati szelekció (a költséges beteg elhárítása) hatékony ellenszerének tartják a szerzők a fix összegű *ex ante* fizetést és a beteg által igénybe vett szolgáltatásért járó *ex post* fizetést kombináló vegyes térítési rendszert. A magas kockázat terheit legyen kötelező megosztani. A biztosítók fizessenek be meghatározott összeget egy közös alapba a magas kockázatú betegek kiadásainak fedezésére.

Az alapvető ellátásban a beteg fellebbezhessen, a kiegészítő biztosítással pedig jusson nagyobb választási joghoz, de a kereslet gáttalan elszaladását fékezni kell. Az igazán nagy probléma annak a meghatározása, mit ne adjon a szektor. Ennek módjára a két tiszta eset a politikai diktatúra és a korlátozás nélküli piaci mechanizmus – a fejlett politikai demokrácia mindkettőt elveti. „Noha vannak, akik azt hiszik, hogy minden problémának van tökéletes megoldása – a demokratikus kapitalista gazdaságban az egészségügyi allokációban nincsen és nem is lehet.” (203. old.)

Az orvosi szakma véleménye döntően befolyásolja a reform esélyeit. Ebből a szempontból különösen fontos, hogy a közalkalmazott orvosok alacsony és szűk sávban mozgó bértételei mellett nincs nagy kifutási lehetőség, viszont a magánor-

vosi és a hálapénzes jövedelemnek nagyon nagy a szórása. A könyv javaslatai az orvosok szempontjából kedvezőek: legálisan magasabb és differenciált jövedelmet érnének el, és ezzel a hálapénzadás gyakorlata is visszaszorulna (nem tiltani kell, hanem kiváltani és legális jövedelemmé alakítani). A szerzők nem az egészségügy erőforrásainak csökkentését, hanem növekedési mechanizmusának átalakítását javasolják. Rosszul végrehajtott reform esetén áll csak fenn a rendszer kettészakadásának veszélye közületire és magánra. A szektorsemlegesség elvét kell érvényesíteni: az alapvető ellátást közpénzből kell finanszírozni, akárki nyújtja is.

Az egészségügy fejlődéséről hozott döntés etikai, jogi, gazdasági konzekvenciáit tekintve két részre oszlik: 1. mindenki számára közpénzből kell garantálni az alapvető ellátás hozzáférhetőségét, 2. mindenki legálisan vehessen kiegészítő szolgáltatást szabályozott piaci feltételek mellett. Az összes szereplő választási szabadsága növekedjen. Ehhez a szerzők finanszírozási oldalon az egészségügyi adót, a szolgáltatási oldalon a sokszínűséget javasolják. A közpénzből finanszírozott rész rohamos növekedése nem várható ugyan, de a háztartások növekvő nettó bevétel esetén növekvő hányadot tudnak majd egészségügyi szolgáltatásokra fordítani.

Fontos észrevétel, hogy a kapitalista fejlődés különböző szakaszaiban hosszan csökkent a közkiadási arány, az utóbbi időben viszont nő. A posztoszocialista országokban éppen ellentétes a helyzet. Az intézményi akadályok és előítéletek lebontása nagy magánforrásokat tud felszabadítani a szektor számára. Az ökonometriai elemzések azt mutatják, hogy a politikai erőknél nagy szerepük van abban, mekkora az állami kiadások részesedése az összkiadáson belül.

A könyv záró megjegyzései érintik a gazdasági mechanizmusokon kívüli tényezők – kormányzati felügyelet, igazságszolgáltatás, média, civil- és betegszervezetek – szerepét a beteg pozíciójának védelmében. A reform elfogadtatását megnehezíti, hogy a kedvező hatások csak később várhatók, s hogy a magántulajdon és a piac felé való elmozdulásnak valóban vannak veszélyei. Mindemellett sok a megalapozatlan előítélet, ideológiai töltetű idegenkedés a reformtól. A közvélemény-kutatások szerint a lakosság véleménye nagyon megoszlik, nem lehet konszenzusra számítani. Kényes politikai döntésről van szó. A posztoszocialista időszaknak a gazdaság piaci pályákra történő átváltását célzó irreverzibilis törekvéseitől eltérően az egészségügyi szegmenst illetően a kísérletezést célszerű preferálni.

A könyv végére érve a szerzők bevallják, sok kérdésben bizonytalanok, és hogy értékrendjükből nem vezethető le egyértelmű „intézkedés”. Bátran megtett javaslatukat nem akarják mindenáron eladni: „Hátha tévedtünk?” A gondolkodási folyamathoz akartak hozzájárulni (226. old.).

Kornai János és szerzőtársának elvitathatatlan érdeme – a leegyszerűsítő közbeszédrel szemben – a prob-

lémák sokrétűségének megvilágítása. Noha féltő, hogy a privatizálás ellen tüntetők nem fogják átrágni magukat e részletgazdag könyvön, amely adekvát terminológiával és korrektil adja vissza egy szűk szakmai kör ismeretanyagát. Az is irreális elvárás, hogy az egészségügy hatalmi döntései által érintett olvasó ezt a tudást valaha is birtokolja. A könyv elején felvetett kérdések megválaszolásához a részletek feldolgozott, absztraktabb összefüggésekbe beillesztett verziójára volna szükségük. Az egészségügy–egészségbiztosítás működési mechanizmusainak a bonyolultságát jelzi, hogy még a tudós szerzőknek sem sikerül eljutni a könyv végén oda, hogy beemeljék a részleteket a könyv elején felvázolt absztrakt összefüggésrendszerbe.

A javaslataikkal kapcsolatos elbizonytalanító záromondatok nem elégségesek a könyv belső ellentmondásainak, egyes összefüggések átgondolatlanságának kompenzálására.

Első megjegyzésem néhány hangsúlybeli eltérésre vonatkozik. Ha e terület sajátosságai a szerzők által leírt módon alakultak volna, akkor – nem lévén racionális magyarázata – valószínűleg nem jött volna létre a társadalombiztosítási rendszernek nevezett „furcsa” képződmény (mint ahogy a szerzők sem jutnak el egészségbiztosítás és társadalombiztosítás megkülönböztetéséhez). Márpedig létrejött. A társadalom-orvostan, az egészségügyi szociológia könyvtárnyi irodalma kezeli tudományos bizonyításnak alávethető társadalmi tényként, hogy az egyén egy – társadalmilag differenciáltan – szűk és az életkor emelkedésével egyre szűkülő mozgástérben tud tenni a saját egészségéért.⁴ Egészsége ezért egyszerre egyéni és társadalmi „termék”, egyszerre egyéni és társadalmi „érték” – felelőssége és haszna is közös. (A „hálapénz” szokása is azt mutatja, hogy térségünkben sem hiszik azt az emberek, hogy kizárólag az állam gondoskodik róluk.) A társadalmi környezetnek is érdeke fűződik az egyén egészségének, életének a megőrzéséhez, ezért a betegek támogatása nem (nem csupán) egyéni etikai választás kérdése, hanem jelentős *externális* hatásokkal jár, amelyek kezelése már nem

4 ■ Jelentős része az epidemiológiai szakkatalógusban található meg, de vannak tágabb közönséghez szóló munkák is, például: M. Chopra, J. Sundin, S. Willner (eds.): *Health and Social Change, Past and Present Evidence* (special issue of *Hygiea Internationalis*). Milbank Memorial Fund, 2004; R. G. Evans: *Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care*. Butterworth, 1984; R. G. Evans, M. L. Barer, T. R. Marmor: *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*. Aldine de Gruyter, New York, 1994.

5 ■ Köztük a szerzők által is idézett Kenneth J. Arrow: *Uncertainty and welfare economics of medical care*. *American Economic Review*, 63 (1963), 941–73. old.

6 ■ Vö. többek közt: V. R. Fuchs: *Who Shall Live? Health Economics and Social Choice*. Basic Books, New York, 1974; C. J. L. Murray, A. D. Lopez: *Global Comparative Assessment in Health Sector: Disease Burden. The Global Burden of Disease*. Harvard University Press, Boston, 1996; Marc Roberts: *Bevezetés az egészségügy reformjának és fenntartható forráselosztásának fogalmaiba és elemzési eszközeibe*. Világbank, „Flagship” oktatási program. SOTE EMK, 1997; Marc Roberts, William Hsiao, Peter Berman, Michal Reich: *Getting Health Reform Right*. Oxford University Press, New York, 2004.



Lássuk csak,
nyissa nagyra a száját

Honoré Daumier,
1864, litográfia

az egyén feladata.

A szakirodalom számos alpműve kezeli a Kornai–Eggleston szerzőpárnál markánsabban a rendszer sztochasztikus jellegéből következő, egyéni szinten érzékelhető nagyfokú bizonytalanság mellett a makacsul érvényesülő *törvénytöréseket* a népesség szintjén.⁵ Ha nagyobb jelentőséget tulajdonítanak e törvénytöréseknek, akkor a szerzők is bizonyára jelezték volna, hogy a biztosítókra „káros” szelekció a biztosítási intézmény terjeszkedésének egy kritikus létszám alatti időszakában áll fenn; a társadalomra káros „kockázati” szelekció pedig a nagy egyenlőtlenségektől szabdalt társadalmakban és időszakokban jelenik meg, mert a széttagolt biztosítások ekkor tudnak a lefőlözéssel játszani.

Súlyosabbnak tekintendő a beteg és az orvos közötti *tudáskülönbség* is, ami nem szűnik meg attól, hogy az anyagilag érdekelt beteg mind több információt igényel orvosától.⁶ A ma is fennálló intézményrendszer azért alakult ki, mert az ellátásoknak akkor a túlnyomó többségét kitevő, hirtelen szükségessé váló, életmentő ellátásokról kiderült, hogy a beteg nem szuverén vásárlójuk. Csak a panaszait tudja megfogalmazni, de hogyan belépési korlát a piac szereplői és mennyire van szüksége (tehát a keresletet), azt az orvos határozza meg helyette és az ő nevében.

Az ártól csak akkor várhatjuk a kereslet és kínálat összehangolását, ha a keresleti és a kínálati oldal képviselői szabadon követhetik saját érdeküket, ha az árvaltozásra rugalmasan, mennyiségi változtatással reagálnak, és feltétel, hogy egyik oldalon se legyen belépési korlát a piac szereplői számára. Az élethalálkérdések dominanciájával jellemzett egészségügyi feladatkörben ezek a feltételek nem teljesülnek. A vevő (tudás hiányában) nem képes képviselni a saját érdekét, s mivel a különleges értékű, egyetlen életéről van szó, ameddig teheti, nem reagál az árra. Tehát baj van az árrugalmassággal. Kornai és Eggleston is azt írja, hogy súlyosabb betegségek esetén a kereslet teljesen rugalmatlan.

Az eladó sem követheti szuverén módon saját (jövendőlegesre egyszerűsített) érdekét, mivel a beteg megbízásából és helyette dönt az adásvétel tárgyáról, a szolgáltatásról. Ezt az orvosi etika tiltja, és ez az alapja a „céhszerű” viselkedésnek és a szakmai minőség-ellenőrzés rendszereinek. A piacra lépés korlátai (diploma, szakvizsga, működési engedélyek) épp az információs aszimmetria miatt nagyon kemé-

nyek. Ezért szokás mondani, hogy a hagyományos egészségügyi alaphelyzetben *nem érvényesül az ár-kereslet-kínálat összefüggés*. Ha érvényesülne is, további piaci gondokkal kellene megküzdeni: a szerzők által is bemutatott „szelekció” háttérét az a társadalmi tény képezi, hogy a kedvezőtlenebb társadalmi helyzetűek több betegségi kockázattal néznek szembe, tehát épp azok tudják kevésbé megfizetni az ellátást, akik jobban rászorulnak. Ezen externális hatás miatt a piaci ár által kialakított volument egyetlen társadalom sem szokta elfogadhatónak tartani. De egyetlen társadalom sem olyan gazdag, hogy mindent, ami orvosilag lehetséges, finanszírozni tudjon. Az ármechanizmus biztosította egyensúly lecsérésére alakult ki a világban a könyvben bemutatott, nagyon sok kategóriába gyömöszölhető elemből álló, színes finanszírozási kavalkád. Az egyszerű árak hiánya tehát nemcsak a szocializmus öröksége, hanem az egészségügyi rendszerek általános problémája. Ki mondja meg, milyen volumen nyújtásának a költségét fedezze az egyszerű ár?

A könyvben bemutatott számos finanszírozási konstrukció elemei szigorúan illeszkednek egymáshoz, az ellátás helyileg kialakult szakmai munkamegosztásához stb. A szerzők által nyújtott leltár nem érzékelteti az elemek összekapcsolódásait, egymásra épülését. Csak általános intelemként fogalmazódik meg, hogy sok mindenre legyünk tekintettel. Ez félreérthető üzenet, sokan hihetik azt, hogy bármelyik ötlet kipróbálható, hogy az elemek szabadon csereberélhetők.

A piaci kudarc leírói gyakran érintik azt a tételt, hogy ezen a piacon a kínálat nagyobb mértékben képes generálni a keresletet, mint más ágazatban. Kornai és Eggleston valami hasonlóra egy eldugott helyen mint „vitatott állításra” hivatkozik, nevezetesen hogy többlettudása birtokában az orvos anyagi érdekétől függően a szükségesnél több vagy kevesebb szolgáltatást ajánlhat. A két állítás nagyon távol áll egymástól. A szakirodalom itt konstrukciós hibáról beszél, és nem az orvostársadalmat vádolja. Az, hogy e keresletgenerálás bekövetkezhet, egyáltalán nem vitatott. A rendszerben érvényesülő ösztönzők bemutatásakor és javaslataik megfogalmazásakor a szerzők is e lehetőséghez kapcsolódnak, még ha az esélyét általánosságban nem tisztázzák is.

Tisztázatlan marad az is, mi a „szükség”. A hagyományos kereslet fogalommal szemben a szükséglet egy körülírható, mérhető, a beteg megítélésétől független kategória: az, amit az adott helyen és időben alkalmazott orvostudomány az adott, objektív módon leírt állapotra nyújtani tud, ami ott és akkor orvosilag lehetséges. Ha az orvostársadalom az objektív szükséglet mércéjét használva a betegek által megfizethető volumennél több szolgáltatást akar nyújtani, akkor még nagyon sokáig a „szükséges” kategórián belül marad, és csak a dolgát teszi. És ki mondhatja meg, hogy melyik beteg is

kell megfegyelmezni (ami a könyvön végigvonuló törekvés), ha azt szeretné, hogy az ő objektív szükségletét is még szükségesnek ismerjék el?

A sajátosságok alulértékeléséből adódó másik tévedéslánc a biztosítási és a társadalombiztosítási rendszerek megkülönböztetésének elmulasztása. Pedig alapfeladatuk egészen más: az egyik csak kockázatot kezel, a másik az ilyen vonatkozású társadalmi redistribúciót is végrehajtja egy rendszerben – a hatékonyságuk közvetlenül nem mérhető össze. A szerzők javaslatai a döntési fát kivéve – kimondatlanul – a társadalombiztosítási rendszeren belül maradnának.

A döntési fa idegen testként ékelődik be az eltérő fogalomhasználatú fejezetek közé. A szerzők elfelejtik a „ütfüggőség diktátumát,” s így – a társadalmi értékválasztás, a konszenzusigény felvetése nélkül, szinte „technikai” kérdésként kezelve – újra felvetődnek a korábban lezártnak gondolt alapkérdések. A korábbi fejezetek címkézett adókról-járulékokról, szigorúan elszámoltatható költségvetésről szóló világból átlépünk „egy országos szintű szponzor – egyfajta központi alap” világába, ahol a szponzor a közpénzek elosztásával közvetít a biztosítók között. Magán-szerződések tömege lép a közjogi konstrukció helyére. Az induláskor létrejön az a szervezeti keret, amely a – szerzők által sehol sem említett – országosan egyetemes kockázatközösséget széttördeli. A magán-szerződés birtokában könnyű visszavonulni a társadalmi szinten közös kockázatviselésből: a magánbiztosítónak mindegy, hogy az egyén után érkező összeg mekkora része érkezik a szponzoron keresztül. Ami a mai rendszerben csúnya hibának minősül, az szabályossá válik. Ha a jövedelmi viszonyok magasabb szinten egyenlítődnek ki, és nő a munkaerőpiacon legálisan megkapaszkodni tudó népesség aránya, akkor persze csökken a redistribúció mértéke, finanszírozhatóvá válnak a lefedetlen költségelemek, a biztosítók összemérik erejüket, miközben az egészségügyi ráfordítások mindenki megelégedésére nőnek. Ha a jövedelmi olló tovább nyílik, akkor a közpénzből történő hozzájárulás védőernyője elvékonyodik, és a biztosítótra háruló rész erőteljesebben nő. Azaz a rendszer jellege különösebb drámai bejelentés vagy politikai döntés nélkül is megváltozhat – megőrizve persze némi szponzori „szolidaritási elemet”.

A szerzők úgy mutatják be a társadalombiztosítási rendszer, a népesség egésze szintjén értelmezett kockázatközösség elegáns lebontását, hogy nem a benne zajló folyamat társadalmi természetéről beszélnek, hanem részletkérdések dokumentálásával terhelik az olvasót. Csak sejthető, hogy tisztában lehetnek javaslataik jelentőségével, hiszen ezen a ponton szólítanak fel: nehogy bárki magára vállalja a döntést, szavazhassanak lábbal az érintettek.

A sok óvatos mérlegelés ellenére ez egy keményen provokatív írás. A szerzők által megütött hang és felcsillantott tájékozottság nem egyetértésre készítet, hanem – kiszabadítva a témát a hitviták fogságából –

érdemi vitára. Beszéljünk a felvetett kérdésekről
érdemben! □