

Mihályi Péter: Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába

Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém, 2003

A közgazdaságtanon belül talán az egészségügy közgazdaságtana a legbonyolultabb. Bonyolultabb, mint a nyugdíj- vagy oktatás-gazdaságtan, hiszen az emberek egészségügyi fogyasztásának értéke és szerkezete sokkal jobban szóródik, mint nyugdíjuk vagy a tanulókkal töltött évek száma. És természetesen sokkal bonyolultabb, mint az úgynevezett versenyszféra gazdaságtana, ahol a piaci verseny többé-kevésbé megoldja a gondokat. Mihályi Péter egy olyan könyvet írt, amelyet egyaránt haszonnal forgathatnak az orvosnak és a közgazdásznak készülő egyetemisták és más érdeklődők.

Mihályi könyve három részből áll. Az *első* rész az általános egészségügy-gazdaságtan. Az 1. – bevezető – fejezetben az egészségügyi rendszer és a közgazdaságtan metszetével találkozik az Olvasó. A 2. fejezet az egészségügyi és az egészségbiztosítási piacok sajátosságait vázolja, amely elsősorban az orvostanhallgatóknak segít. A 3. fejezet a gyógyszeripar és az egészségügy kapcsolatát taglalja. A 4. fejezet az egészséget mint okot és okozatot vizsgálja. Az 5. fejezet a klasszikus, a modern és a posztmodern egészségügyet elemzi. A 6. fejezet az egészségügyi kiadások és a gazdaság kapcsolatát vizsgálja. A 7. fejezet az igazságosság egészségügyi érvényesülését tanulmányozza. A 8. fejezet a költséghatékonyság elvi és gyakorlati kérdéseivel foglalkozik.

A *második* rész a Nemzetközi kitekintés címet viseli. A közösségi döntésekről szóló 9. fejezet átmenet az elméleti és a nemzetközi rész között. A 10. fejezet a betegbiztosítás úttörő, bismarcki modelljéről szól. A 11. fejezet az 1917 után született szovjet modellt, az úgynevezett Szemaskó-modellt mutatja be. A 12. fejezet a második világháború után született, átfogó brit egészségbiztosítási modellt tárgyalja. A 13. fejezet a sok szempontból mintaszerű francia modellel foglalkozik. A 14. fejezet az amerikai egészségügy összetett rendszerét elemzi. A 15. fejezet a különféle előtakarékosági rendszereket ismerteti. A 16. fejezet a hagyományos egészségügyi biztosításokat vizsgálja. A 17. fejezet elméleti szempontból taglalja az egészségügyi privatizáció elveit.

A *harmadik* rész a magyar egészségügy kérdéseivel foglalkozik. A 18. fejezet a szocializmus (1945–1990) és az azt megelőző rendszer egészségügyi rendszerét mutatja be. A 19. fejezet a rendszerváltás utáni fejleményekkel foglalkozik. A 20. fejezet az Igazságosság a magyar egészségügyben címet viseli.

Mihályi sokoldalúan érzékelteti, hogy miben különbözik az egészségügyi fogyasztás a közönséges árufogyasztástól, néhány példa, röviden, címszavakban: az élet semmivel sem helyettesíthető, nagy a szükségletek szórása, a beteg kevesebbet tud, mint az orvos, a kínálat vezérli a keresletet, a fogyasztói szuverenitás korlátozása. Ugyanakkor rámutat, hogy bizonyos dimenziókban a különbség csak fokozati: például egy idegen városban ugyanúgy ki vagyunk szolgáltatva a helyi taxisnak, mint a kórházban az orvosoknak.

A szerző nyomatékosan hangsúlyozza, hogy miután az orvostudomány felszámolta a fertőző betegségeket, az egészségügyi ellátás csak korlátozott mértékben képes a lakosság egészségügyi állapotát befolyásolni. A környezetszennyezés, az egészségtelen életmód miatti egészségkárosodás ellen az egészségügy viszonylag keveset tud tenni.

Nagyon izgalmas kérdés, hogy mitől függ az egészségügyi kiadások nagysága a fejlett

országokban. Itt Kornai János és John McHale e lap hasábjain megjelent (2001. július–augusztus, 561. o. 3. táblázat) tanulmányát idézi a szerző, amelyből megtudjuk, hogy 1970 és 1994 között az egy főre jutó egészségügyi kiadások a következő magyarázó változóktól függtek (zárójelben a rugalmassági együttható): egy főre jutó GDP (1,5 százalék), időskori eltartási hányados (0,75 százalék), a kétkeresős modell elterjedtsége (0,4 százalék) szignifikánsak, a közkiadások aránya az egészségügyi kiadásokon belül (–0,1 százalék) nem szignifikáns. Ugyanezek a rugalmassági együtthatók a közepesen fejlett országokban rendre 1,0 százalék, 5,0 százalék, 0,1 százalék és 0,7 százalék, és csak az első és az utolsó mutató szignifikáns.

Külön felhívom a figyelmet a 7.1. táblázatra, amelynek címe: A 15–64 éves férfiak halálzásának alakulása foglalkozási osztályok szerint Angliában és Walesben, 1911–1981. Ebből nemcsak az derül ki, hogy a magasabb státusú egyének kisebb valószínűséggel halnak meg egy adott életkorban, de az is, hogy ez a különbség időben változik. Például a segéd munkások halandósága 1911 és 1931 között az országos átlag 142 százalékról 111 százalékra csökkent, azóta meredeken emelkedve 166 százalékra nőtt. [Hogyan befolyásolja a standardizált halálzás arányszámot az, hogy a segéd munkások aránya a teljes népességben változott (feltehetően csökkent)? – vetődik fel a kérdés.]

Nagyon tanulságos, amit a szerző a világ első kiterjedt és kötelező társadalombiztosítási rendszeréről, a Bismarck kancellár által kezdeményezett német rendszerről ír. Ellenében a bismarcki nyugdíjrendszerrel, a betegbiztosítás, a balesetbiztosítás és az ápolásbiztosítás szolidarisztikus, tehát a befizetések keresetarányosak, az ellátások szükségletarányosak. Ez a rendszer azonban nem terjedt ki a társadalom legszegényebb és leggazdagabb tagjaira, és a társadalom leggazdagabb 10 százaléka ma sincs arra kötelezve, hogy részt vegyen e rendszerben. Mihályi szerint ez nagymértékben hozzájárul a német rendszer stabilitásához. A poszt szocialista rendszerek létrehozói is vissza akartak térni a bismarcki rendszerhez, de megtartották a biztosítás állami keretét. Nem meglepő, hogy a létrejövő rendszer csak távolról hasonlít gazdagabb nyugati rokonaira.

Figyelemre méltó, amit a könyv az egészségügy privatizálhatóságáról mond. A frissebb közgazdaságtani eredményeket alkalmazva, minden piacon két dimenziót különböztet meg: a megtámadhatóságot (a belépés és a kilépés könnyűsége) és a ráfordítás s az eredmény mérhetőségét. Minél megtámadhatóbb a piac, valamint minél mérhetőbb a ráfordítás és az eredmény, annál érdemesebb privatizálni az illető piacot. Ezt alkalmazva az egészségügyre, adódik a következtetés: általában azokat az egészségügyi inputokat és szolgáltatásokat érdemes privatizálni, amelyek piaca megtámadható, és megbízhatóan mérhető: például a gyógyszer- és műszergyártást és -kereskedelmet. Semmiképpen sem célszerű privatizálni a közegészségügyet. Számos tevékenység privatizálható, de nem szükségszerű a privatizálásuk.

A magyar egészségügyről tett megállapításokról csak távirati stílusban szólok. A korszakhoz és a gazdasági fejlettséghez képest mind a szocializmus előtti, mind a szocialista időszakot viszonylag fejlett egészségügyi ellátás jellemezte. Természetesen az önálló mezőgazdasági kistermelők hatalmas aránya miatt a lakosság jelentős része 1960–1975 előtt nem volt biztosítva. A rendszerváltás óta a fejlődés többirányú volt. Egyrészt a járulékfizetők száma és járulékkuk reálértéke drámaian csökkent, másrészt a piacgazdaság kiteljesedésével korábban ismeretlen gyógyszerek és szolgáltatások jelentek meg. Az egymást követő kormányok eddig nem próbálkoztak az egészségügy átfogó rendbetételével, bár Mihályi azért komoly sikerekről is tudósít: „...1987 és 1992 között az ellátó intézmények finanszírozása teljesen új alapokra helyeződött. Mi több, ezek az új alapok világviszonylatban is a legkorszerűbbnek számítanak. A fekvőbeteg-ellátásban bevezetett amerikai HBCS [homogén betegcsoportok szerinti finanszírozás] rendszer kiállta az idők próbáját, s olyan egészségügyi »nagy hatalmak«, mint Németország vagy Franciaor-

szág hozzánk képest 10-12 éves késéssel vették át ezt a megoldást. Hasonlóképpen korszerűnek mondható az alapellátásban, a háziorvosok díjazására kidolgozott – lényegében az angol NHS-től [nemzeti egészségügyi rendszertől] átvett – fejkvótarendszer is. Egészen bizonyosan állítható, hogy e két finanszírozási újításnak is nagy szerepe volt abban, hogy a magyar egészségügy a kilencvenes éveket úgy volt képes átvészelni, hogy egyetlen egy kórház sem ment csődbe, s a háziorvosok jövedelme is egyenletesen emelkedett.” (293. o.)

Értékelés. Mihályi nagyon nehéz feladatot vállalt magára, amikor az egészségügy elméleti kérdései mellett a gyakorlat térben és időben különböző mechanizmusait is ismertette és értékelte. Megpróbálta a szerteágazó kérdéskört közel hozni az Olvasóhoz, és számos érdekes adattal, történettel színesítette könyvét. A könyv felépítése áttekinthető, a bonyolult kérdéseket sokoldalúan tárgyalja. Külön kiemelem, hogy a szerző nem hallgatja el az 1917–1990 közötti szocialista időszak egészségügyben elért eredményeit sem, és komoly figyelmet szentel a szovjet és a magyar egészségügy szocialista korszakának. Bár a piaci megoldások híve, nem hallgatja el e megoldások hátulütőit sem. Noha bevezető tankönyvet ír, mindenütt megadja a szükséges hivatkozásokat.

A szerző stílusa gördülékeny. Számos ábra, ablak és táblázat egészíti ki a szöveget. Az egyes fejezetek végén a tankönyveknél megszokott kulcsfogalmakkal és kérdésekkel találkozunk. A könyvet gazdag fogalomtár és irodalomjegyzék zárja. *A könyv jó.*

A dicséret mellett nem hallgathatom el a könyv hibáit sem. A szerző túlságosan sok kérdést próbált meg tárgyalni a rendelkezésére álló 350 oldalon. A bőség zavara leginkább a második és a harmadik részben mutatkozott meg. Nem hiszem, hogy egy bevezető tankönyvnek ennyi ország egészségügyi rendszerével kellene foglalkoznia. Majdnem biztos, hogy kihagyható lett volna az 1945 előtti 52 betegbiztosító felsorolása (18.2. táblázat, 263. o.) vagy a rendszerváltás utáni magyar egészségügy vezetőinek felsorolása, napi pontossággal, megjelölve uralmuk kezdetét és végét (19.5. táblázat, 303. o.). Sokkal nagyobb hibának érzem, hogy a szerző millió forintos pontossággal (6 értékes jegyre) adja meg a járulékbevételeket, holott gyors infláció esetén az éves adatok milliárdos pontossága is illuzórikus. Gyakorlati haszonnal is járt volna a kerekítés: nem kellett volna nehezen olvashatóvá miniatürizálnia a számokat (19.6. táblázat, 304. o.)

Bár híve vagyok az élénk tárgyalásnak, nem hiszem, hogy egy 350 oldalas könyvben egy egész oldalt (122. o.) kell szentelni annak, hogy Magyarországon, Ausztriában, Angliában, Franciaországban, Belgiumban és Svájcban hány beteget tettek el láb alól „túlbugzó” nővérek.

Nem lévén egészségügy-gazdasági szakértő, nem tudnék vitába szállni Mihályival az egészségügy alapkérdéseiben. Néhány kérdésben azonban jelzem különvéleményem. Ismert, hogy egyedül a fejlett országok közül Amerikában nincs kötelező egészségügyi biztosítás. Emiatt az amerikai egészségügyi rendszerben 40 millió embernek (a népesség 15 százalékának) nincs semmilyen egészségügyi biztosítása. Ezt a kérdést Mihályi is tárgyalja, de véleményem szerint túl nagy megértéssel. Igaza van a részletekben (például abban, hogy a legfenyegetettebb rétegeknek, a szegényeknek és a 65 éven felülieknek állami betegbiztosításuk van), de mégiscsak elmondható, hogy a „szabadság és az egyenlőség” dilemmájában itt is túl nagy értéket kap a szabadság, és túl keveset az egyenlőség.

Amit a nyugdíjrendszerről ír, az nem mindig tűnik pontosnak. Számomra a leginkább kifogásolható állítás a következő: „...1998-ban 100 forint munkaadói bérköltségből – átlagkeresettel számolva – 45 forintnyi alkalmazotti nettó jövedelem lett. Csoda-e, hogy aki teheti, az kibújik a közteherviselés alól?” (289. o.) Az igazi kérdés az, hogy mi lett volna a magyar társadalommal, különösen az idősekkel és a betegekkel, ha kisebb adókulcsokat vetnek ki a dolgozókra! A választ megtalálhatjuk Oroszországban: nyomor.

Nem értem, hogy miért baj, hogy a társadalombiztosításnak két ága van: a nyugdíj- és

az egészségügyi biztosítás, valamint, hogy történetesen az Országos Egészségbiztosítási Pénztár intézte a másik ág pénzügyeit. Az is elnagyolt vélemény, hogy „az átlagkeresetekhez képest a nyugdíjak vásárlóértéke az elmúlt 10 évben sokat csökkent, és sokan számítanak arra, hogy ez a jövőben is így lesz. Ez aztán arra ösztönzi az embereket, hogy a lehető legkevesebb járulékot fizessék, s közben a többség nem is gondol arra, hogy ezzel az egészségügynek is árt.” (226. o.) Először is, a nyugdíjak csak szabályozási hibák miatt és nem nagymértékben maradtak el az átlagkeresetektől, miközben az utóbbiak vásárlóértéke is 1996-ig nagymértékben csökkent, de azóta mindkettő nagymértékben nőtt. Másodsor, azt hiszi a szerző, hogyha szét lett volna választva a nyugdíj- és az egészségügyi járulék befizetése, akkor a feketemunkát vállalók legalább az utóbbit befizették volna? És ha igen, akkor hogyan él meg majd a minimális nyugdíjból?

Végül egy formai kérdés: a könyvnek nem volt korrektora, profi tördelője, ezért számos helyesírási és tördelési hiba maradt a könyvben. Úgy látszik, senki sem figyelmeztette a szerzőt arra, hogy van automatikus szöelválasztás, amely eltüntette volna a túlzott szóközöket, amelyek különösen a táblázatokban zavarók. A táblázatok és az ábrák tördelése jó néhány kívánni valót hagy maga után: sok az üresen maradt teljes vagy fél oldal, és a számok helyértéke sincs tiszteletben tartva. A nyíl helyett gyakran a barkácsolt <— szimbólumhármassal találkozunk. Ezek a formai hibák egy tankönyvbe nemcsak a megértést nehezítik, de rossz példát mutatnak a hallgatóknak. Remélhető, hogy az új kiadásban ezek már nem fordulnak majd elő.

Megismétlem a bevezetésben mondottakat: Mihályi könyve nemcsak a közgazdász- és az orvostanhallgatóknak, de a téma iránt érdeklődőknek is nagyon hasznos olvasmány. Ajánlom.

Simonovits András