

## Az egészségügyi szolgáltatások optimalizációja a köz- és magánszféra szempontjából

Kovács Nóra<sup>1</sup> – Csapi Vivien<sup>2</sup>

*„De nekiünk, Szent atyám, nagy erőt ad, hogy nem tudjuk pontosan, mit akarunk. A szándékok teljes bizonytalanságából bámulatos manőverezési szabadság születik.”*

*(Jean Anouilh: Becket vagy Isten becsülete)*

*A magyar egészségügyi rendszer jelenleg talán egy felbolydult méhkaszhoz hasonlítható leginkább. Bármelyik területét is vizsgálja az ember, biztos, hogy a többi sem hagyhatja figyelmen kívül. Éppen ezért a tanulmány témájának megválasztását, annak rendkívüli aktualitása indokolta, hiszen az egészségügy reformja mind a mai napig rendkívül forró kérdés és konfliktusokat gerjeszt. Az nyilvánvaló, hogy a rendszer működése sokhelyütt nem megfelelő, sőt rossz és a változtatás elkerülhetetlen, akár reform kényszerről, akár reform lehetőségről is legyen szó. Napjainkban a közszektor számos országban nagy és kevésbé hatékony, ugyanis a javak és szolgáltatások egy részét kevésbé hatékony módon állítja elő, mint a nem-kormányzati szektor.*

*Tanulmányunkban, középpontba helyezve az egészségügyi szolgáltatások minden más szolgáltatástól megkülönböztető sajátosságait – a köz- és a magánszféra optimális feladatmegosztásának és újszerű szimbiózisának kialakítására helyezük a hangsúlyt. Munkánkban ezért először a köz és a magánszféra egymás mellett élését történelmi aspektusból vizsgáljuk, majd feltárjuk az egészségügyi szolgáltatásokra oly annyira jellemző vonásokat. A jelenleg újszerű elméleti megfontolások segítségével az egészségpolitika lehetséges eszközeit tekintjük át az egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozóan.*

*Kulcsszavak: egészségpolitika, egészségügyi reform, egészségügyi szolgáltatások*

### 1. Bevezetés

Napjainkban gyakori aggály, hogy hogyan képesek az egyes országok megbirkózni azzal a problémával, hogy az orvostudomány egyre bővülő és korszerűsödő repertóriumját beépítsék az egészségügyi ellátásukba. Főleg akkor, ha az egyes államok által

---

<sup>1</sup> Kovács Nóra, PhD-hallgató, Pécsi Tudományegyetem, Közgazdaságtudományi Kar Közgazdasági – és Regionális Tudományok Intézete (Pécs).

<sup>2</sup> Csapi Vivien, tanársegéd, Pécsi Tudományegyetem, Közgazdaságtudományi Kar Gazdálkodástudományi Intézet (Pécs).

biztosítható pénzforrások ezt nem teszik lehetővé. Így általános az a tendencia, hogy a szükségletek általános növekedése és a társadalmi elvárások széles körű fokozódása miatt minden országban *nyílik az olló* az igények és a rendelkezésre álló források között. Fokozottan igaz ez a megállapítás a volt szocialista országokra, köztük pedig Magyarországra is. A magyar egészségügyi rendszer jelenlegi problémái ugyanis nagymértékben a szocializmusból ránk hagyományozott és azóta is cipelt rossz intézményi és ellátási struktúrából, a működési anomáliáktól (hiány, pazarlás) terhes rendszerből eredeztethetőek (Gaál 2007). A mi esetünkben az ún. jóléti országok gondjai is fokozottabban jelentkeznek: apadó források, egyre növekvő költségek, átalakuló, traumatikusan megviselt társadalom, rendkívül rossz népegészségügyi helyzet<sup>3</sup>. A szellemi színvonallal nincs gond, nyitottá vált a szakmai világ, amely növeli a tudást, eközben viszont nő a feszültség az egészségügyi intézmények lehetősége és felszereltsége között. A *magyar egészségügy* eddigi erőfeszítései ellenére úgy tűnik, egyre kevésbé tud eleget tenni az egészségüggyel szemben világszerte, s így nálunk is megnőtt követelményeknek, amelyek egyrészt tehát az egészségügy potenciálisan megnövekedett és újszerű lehetőségein, másrészt a jó egészségi állapot felértékelődésén alapulnak (Losonczy 1998).

## 2. A köz- és a magánszféra viszonya történelmi aspektusból

Az állam és a magánszektor szerepét firtató ideológiai vita a gyógyításról és az egészségügyről szóló hamis érvek és ellenérvek egész sorát termelte ki. Az írott történelem kezdete óta az egészségügyi szektorban az inga hol a minimalizmus, hol a kiterjedt állami beavatkozást követelő nézetek felé lengett ki. Az ókorban az emberek házi szereket használtak, és a népgyógyászatban jártas gyógyítókat hívtak segítségül, amikor betegek voltak. Az ókori Egyiptomból fennmaradt papirusztekercsek azonban lenyűgöző bizonyítékát adják annak, hogy Imhotep – az orvos, a pap és az udvari hivatalnok archetípusa – már az időszámítás előtti második évezredben állami egészségügyi rendszert vezetett be, közpénzből fizetett gyógyítókkal. Az orvoslás tehát már ekkor is igen magas szintet ért el, a hangsúlyt nem a betegségek gyógyítására, hanem a bajok megelőzésére helyezve (mindehhez persze segítségül hívva a mágia hathatós segítségét is). Hammurapi (Kr.e. 1792-50) egy, a szolgáltatások természetén és a beteg fizetési képességén alapuló tételes elszámolású (*fee-for-service*) díjrendszer alapjait fektette le. Az egészségügy állami megszervezésének ez a korai kísérlete azonban nem bizonyult időtállóknak. A következő háromezer évben pedig az állami egészségügyi szerepvállalás alapvetően a személyi sérülésért járó kártérítés szabályozására és az önszabályozó orvos- céhek védelmére szorítkozott (Preker-Harding 2005).

<sup>3</sup> Mi, magyarok átlagosan hat évvel élünk rövidebb ideig, mint európai társaink (Zöld könyv 2006).

Szemben a korábbi korokkal, amikor az egészségügyben döntő volt a magán-szektor részvétele, a huszadik század folyamán a legtöbb országban a kormányzat lett az egészségpolitika centruma, gyakran magára vállalva mind a finanszírozást, mind a széleskörű ellátásnyújtást. Az állami beavatkozás indítványozói mind filozófiai, mind technikai érveket felsorakoztattak már álláspontjuk mellett. A legtöbb társadalomban a betegekről és a rokkantokról való gondoskodás mint humanitárius és filozófiai törekvés jelent meg (Preker–Harding 2005). Már ekkor felismerték azonban, hogy az egészségügyi szektor tulajdonságai jelentősen eltérnek az ún. „hagyományos iparágak” jellemzőitől és a magára hagyott piac nem biztosítja megfelelően az egészségügy hatékonyságát és méltányosságát<sup>4</sup>.

Az 1980-as és -90-es években az inga újra az ellenkező irányba lendült. Reagan és Thatcher kormányzása idején a világ azt tapasztalta, hogy egyre nagyobb az érdeklődés a közszolgáltatások (egészségügy, oktatás és társadalombiztosítás) terén is a piaci megközelítésű kísérletek iránt. Ez még a jóléti állam olyan bástyáira is igaz volt, mint Nagy Britannia, Új-Zéland és Ausztrália (World Bank 1996). Ahogyan korábban az állami beavatkozás kiteljesedését, a kormányzati beavatkozástól való elhidegülést és a magánmegoldások iránti lelkesedést is magyarázhatjuk mind ideológiai, mind technikai érvekkel. Elvárásként jelentkezett, hogy a nem hatékony és kiterjedt bürokráciákat meg kell reformálni, kisebb, könnyebben elszámoltatható kormányzatokat kell kialakítani (Barr 1994).

### 3. Napjaink egészségügyi rendszerei – globális trendek

Napjainkban az egészségpolitikusok dilemmáját ezért úgy foglalhatjuk össze, hogy az állam részvétele az egészségügyi szektorban nyilvánvalóan szükséges, de azt a közsférában megszervezett termelés kudarca egyértelműen korlátozza (Preker–Feachem 1996). Ma a kormányok mindenhol átértékelik, hogy mikor, hol, hogyan és mennyiben avatkozzanak be, hagyják-e, hogy a problémákat a piac, a betegek keresletének ereje próbálja megoldani. Egyre inkább konszenzus van abban, hogy a kérdés megválaszolása megköveteli, hogy az állami és a magánszektor szerepét a viszonylagos előnyös tulajdonságaikhoz jobban igazodva határozzuk meg. A legtöbb országban ez azt jelenti, hogy az állami és magánszerepek meglehetősen *komplex keverékén* belül kell megfelelő egyensúlyt találnunk (Preker–Harding 2005).

Európa hagyományosan sok állami funkcióval meghatározott egészségügyi ellátásában is erősödik a magánszféra szerepvállalása, ámbar a magán szolgáltatók szerepe különböző. A magánszerep – az európai szolidaritási, méltányossági értékek, az ellátás univerzális biztosításának elve miatt – korlátozottan jelenik meg az egészségügy közvetlen finanszírozásában. Ezzel szemben az egészségügyi szolgáltatásokban – szabályozott formában – számos szinten szerepel a közfinanszírozásba befogadott

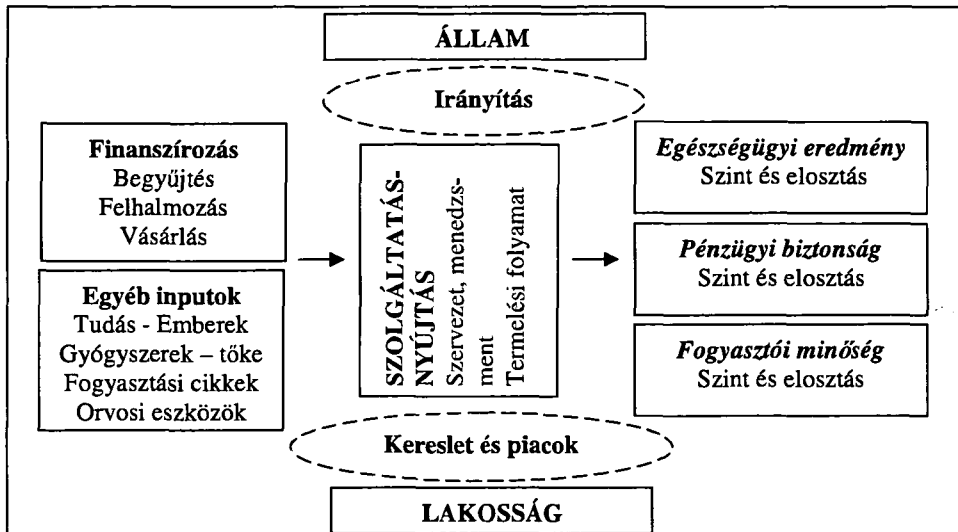
<sup>4</sup> A fellépő piaci kudarcok kifejtését lásd később.

magánszolgáltató is. Vannak területek, ahol a magántulajdon erőteljesebben van jelen, így például a fogászatban, a pszichoterápiában, a fizioterápiában, az idősek krónikus ellátásában. Ezek mellett általában az alap-, a járóbeteg-szakellátás és a gyógyszerellátás területén működnek a magánszolgáltatók. A magánkórházi ágyak összes ágyszámon belüli aránya az EU-ban az 1980-as 15-ről 2006-ra 21 százalékra emelkedett. A magántulajdonú szolgáltatók mellett több más példa is tükrözi a magántőke megjelenését: ilyen az állami egészségügyi szolgáltatók menedzsmentjének magánszereplőre bízása. A másik a magánszereplő bevonása a kórház működéséhez szükséges háttérszolgáltatásokba, amilyen a mosoda, az étkeztetés, a biztonsági szolgálat stb. Jellemző még az adminisztratív szolgáltatások kiszervezése külső, idegen cégnek adott megbízással, vagy saját cég létrehozásával. A harmadik eset a magánforrások beruházásokban való részvétele (Pap 2008).

A nemzetközi tapasztalat azt mutatja, hogy az egészségre leselkedő legnagyobb veszélyek ma már jól ismertek, a megfizethető gyógyszerek, sebészeti eljárások és más beavatkozások széleskörűen hozzáférhetők még az alacsony jövedelmű országokban is. Ugyanakkor az egészségügyi rendszerek *három kulcsfunkciója* – a *finanszírozás, a felhasznált inputok előállítása és a szolgáltatások nyújtása* – közül egyik vagy másik gyakran gyenge, és ez megakadályozza, hogy a potenciálisan hatékony egészségpolitika elérje a szegényeket is. Az alapfunkciók közül a finanszírozási alapfunkció a bevételek begyűjtését, felhalmozását és kezelését valamint felhasználását foglalja magában. Az inputok előállítása az emberi erőforrások, a tudás, a gyógyszerek, az orvosi eszközök, egyéb fogyasztási cikkek és a tőke termelését, importját, exportját és elosztását jelenti. A szolgáltatás-nyújtás a közszektor és a (haszonérendekelt és non-profit) magánszektor által nyújtott általános egészségügyi és személyes klinikai szolgáltatásokat foglalja magában. A három alapfunkció működését a *kormányzati irányítás és a lakosság piaci kereslete* befolyásolja. Ez az öt tényező együttesen határozza meg, hogy milyen lesz az egészségügyi eredmény, a rendszer pénzügyileg biztos lábakon áll-e és érzékeny lesz-e a fogyasztói elvárásokra (1. ábra).

Az egészségügyi rendszerek egy része azért nem működik jól, mert egyenetlen az alfunkciók fejlettsége, egy másik részük pedig azért nem, mert a köz- és a magánszektor nem illeszkedik megfelelően egymáshoz, gyenge köztük a koordináció (Preker–Harding 2005). Véleményem szerint az inputok előállítása és az egészségügyi szolgáltatások terén a magánszféra jelenleginél nagyobb részvételére lenne lehetőség, viszont csak erős kormányzati elkötelezettség és irányítás mellett lehet az igazságos és fenntartható finanszírozást biztosítani.

1. ábra Alapfunkciók és a teljesítmény mérése



Forrás: WHO (2008)

#### 4. Az egészségügyi szektor sajátosságai

Ahhoz, hogy a magán- és közszféra optimálisabb együttműködésének módját és lehetőségét vizsgálhassuk, szükséges áttekinteni az egészségügyi szektor – ezen belül az egészségügyi szolgáltatások – sokszor elfeledett, ám rendkívül egyedi, azt a hagyományos iparágaktól radikálisan megkülönböztető jellemzőit.

##### 4.1. Az egészség értékéről

*Egészség: az életműködés zavartalansága, a szervezet, illetve a szervek betegség nélküli állapota. (Magyar Értelmező Kéziszótár).* Mint láthatjuk az egészség fogalma rendkívül szűk kategória. Az egészség olyan állapot, melynek elérését, megőrzését a legtöbb ember igen sokra értékeli. Mai, modern, rohanó világunkban azonban ez a közhely sokszor alárendelődik más céloknak, mint pl. anyagi jólét, hedonista életmód, szórakozás. A „fő az egészség preferenciája” különösen akkor kerül előtérbe, ha a baj már megtörtént: ha az ember maga vagy szeretett hozzátartozója megbetegedett, amikor kínzó testi fájdalmat érez, és ez, addig megszokott életminőségét jelentősen visszaveti, amikor a betegség hátráltatja munkája elvégzésében, vagy amikor a haláltól való félelem nyomasztja (Kornai–Eggleston 2004). Az egészség különleges „jószág”, mással nem helyettesíthető árucikk. A piacon minden áru vagy szolgáltatás annyit ér a felhasználónak, amennyit kész megfizetni érte. Nehéz lenne azonban megválaszolni, hogy mennyi pénz nyújt kárpótlást a betegség okozta

testi-lelki szenvedésért? Mennyit ér az élet meghosszabbítása néhány évvel? Mi a pénzbeli értéke annak, ha javul a beteg ember életének minősége? Az egészségnek, a fizikai szenvedés csökkentésének és az életben maradásnak különleges, semmihez sem hasonlítható értéke van.

#### 4.2. Az egyenlő hozzáférés normája

Az emberek nagy része vallja azt az erkölcsi elvet, hogy minden embertársának joga van bizonyos alapvető egészségügyi ellátásra, az alapvető egészségügyi szükségletek kielégítését mindenki számára lehetővé kell tenni. Az „alapvető szükségletek” meghatározása azonban nehéz etikai, közgazdasági és politikai problémákat vet fel.<sup>5</sup> Éppen az elsőként említett sajátosság, az egészség, a szenvedés elhárításának, az élet megőrzésének különleges értéke miatt hajlandó az emberek nagy része elfogadni ezeket az elveket, az egyenlő hozzáférés normáját. (Ez az egészségügyi szektor egyik nagyon fontos etikai alapelveivel van kapcsolatban: és ez a *szolidaritás*.)

#### 4.3. A bizonytalanság és a biztosítás iránti kereslet

Az egészségügyi szolgáltatások iránti *keresletet nem a fizetőképesség* határozza meg. Természetesen az ellátások bizonyos köre előre látható, ám többségüket nem lehet előre látni. Az egyén maga is teljesen bizonytalan abban, hogy mikor, milyen mértékű ellátásra lesz majd szüksége. Az emberek többsége, felismervén a jövőbeli egészségi állapotukkal kapcsolatos bizonytalanságot, kész önkéntes betegbiztosítást kötni. 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 (Kornai 1998).

#### 4.4. Az aszimmetrikus információ

Minden piacon jelentkezik, ahol a tranzakció egyik résztvevője többet tud a tranzakció tárgyáról, mint a másik. Az egészségügyi szektorban ezek az aszimmetriák igen elterjedtek és rendkívül fontos szerepet játszanak. Az egészségügyi biztosítás piacán gyakran a keresleti oldal, azaz a biztosítást megvásárolni kívánó fogyasztó az, aki több információval rendelkezik a tranzakcióról, mint a kínálati oldal, a biztosító. A kínálati oldal (az orvos) általában sokkal többet tud a tranzakció tárgyáról, a betegség megfelelő gyógyításáról, annak igazi hasznáról és összes költségeiről, mint a keresleti oldal (a beteg és a biztosító). Napjaink egészségügyére az a jellemző, hogy a betegek egyre többet és többet tudnak saját betegségükről, az őket sújtó betegség természetéről. Ha a betegnek módja van arra, hogy saját sorsát irányítsa és a kezelés

<sup>5</sup> Adam Smith szerint „szükséges javakon nem csak azokat a javakat értjük, amelyekre az élet fenntartásához okvetlenül szükség van, hanem mindazokat, amelyekről az ország szokásai azt tartják: nélkülük minden ember élete méltatlan lenne” (Kornai–Eggleston 2004).

költségei részben őt terhelik, akkor ez erős érdekeltséget teremt arra, hogy információt gyűjtsön, és ezt az aszimmetriát csökkentse. Általánosságban is igaz, hogy a modern társadalmak jövedelmük egyre nagyobb részét költik szolgáltatásokra, s az átlagosnál gyorsabban nő a szabadon választható, ún. *bizalmi jószágok* iránti kereslet. Ebbe a kategóriába tartozik az orvosi gyógyító munka is. Így az sem véletlen, hogy az orvosi honoráriumok és a hálapénz gyakorisága és nagysága azokon a szakterületeken a legmagasabb, ahol a betegnek van ideje és lehetősége a választásra, illetve az intimitás, a beavatkozás kockázata vagy a vele járó fájdalomérzet miatt fontos az orvos iránti bizalom (Mihályi 2003).

#### 4.5. *A minőség szerepe*

Az egészségügyi szolgáltatások minőségének vizsgálata során több tényezőt különíthetünk el: (1) egyrészt az egészségügyi ellátás orvos-szakmai minőségét, a terápia helyességét, (2) másrészt az ellátás komfort körülményeit, a hotelszolgáltatást, az orvos-beteg viszony udvariassági elemeit, a beteg idejének tiszteletét, (3) harmadrészt pedig az ellátásnak azt a minőségi szintjét, amelyben egy ország népessége összességében részesül (Mihályi 2003).

#### 4.6. *Monopolhelyzet*

Hirsch (1976) szerint a modern társadalmak által kínált szolgáltatások egy része szükségszerűen újra meg újra monopolhelyzeteket teremt, s így kialakul a kiválasztott kevesek és a ki-nem választott többség érdekellentéte. Az egészségügyi szektor kínálati oldalán gyakran alakulnak ki ilyen szerveződések, melyek részben a méretgazdaságosságnak tulajdoníthatók. Egy példa: a világ vagy az ország legjobb sebésze egy hónap vagy egy év alatt viszonylag csak kisszámú műtétet tud elvégezni és nem lehet biztosítani azt sem, hogy a legújabb gyógyító eljárásokhoz mindenki hozzáférjen (Mihályi 2003). Szabályozás hiányában az egészségügyi szektor melegágya a verseny mesterséges korlátozásának.

#### 4.7. *A beteg kiszolgáltatottsága*

Az egészségügyi szektorban az eddigi sajátosságok alapján szó sem lehet tökéletes versenyről, ill. a szolgáltatás nyújtójának és felhasználójának egyenrangúságáról. Ez részben a már említett aszimmetrikus információ következménye. A betegek kiszolgáltatottságát az orvos-beteg viszonyt szabályozó törvényekkel lehet csökkenteni.

#### 4.8. *Magas tranzakciós költségek*

Az információs aszimmetria növeli azokat a megbízási költségeket, amelyek akkor jelentkezők, amikor az ellentétes érdekekkel rendelkező megbízók és ügynökök közötti szerződéseket kell megfogalmazni, ellenőrizni és működtetni.

#### 4.9. A korrupció lehetősége

Az információs aszimmetria miatt fellépő „alapvető tudatlanságnál” is rosszabbak azok az *információs problémák*, amelyeket a társadalomnak számadással tartozó politikusok, bürokraták, egészségügyi szolgáltatók és egyéb szervezetek tudatosan generálnak. Az egészségügyi rendszerek komplex természetű miatt tág tér nyílik a betegek és a közvélemény félrevezetésére és megkárosítására.

### 5. Az egészségpolitika lehetséges eszközei a tényező-és termékpiacokon

Az előző fejtegetésből is kiderül, hogy a legtöbb, egészségügyi területen megjelenő jószág és szolgáltatás esetében fellép valamilyen piaci tökéletlenség. Ezt azonban az eddigiekhez képest egy másik aspektusból is vizsgálhatjuk, mégpedig a piac megtámadhatósága és a javak/szolgáltatások mérhetősége szempontjából. Egy piacra akkor mondhatjuk, hogy *tökéletesen megtámadható*, ha a vállalatok szabadon léphetnek be rá, szabadon hagyhatják el anélkül, hogy a befektetésüket elveszítenék, és a technológia mindenki számára egyformán hozzáférhető (Baumol et al 1982). A nem megtámadható javak esetében az elsüllyedt költségek, a piaci erőfölény, a földrajzi előny és a speciális beruházások miatt a belépési költségek magasak, a piacspezifikus beruházások egyben elsüllyedt költséget is jelentenek. Az egészségügyben többnyire ez utóbbi esettel állunk szemben: ha a piacon bentlévők tevékenységük folytán jelentős szakértelemre és lojális „ügyfélkörre” tesznek szert, akkor ezzel erős korlátot állítanak a potenciális belépők elé, vagyis a piac kevésbé megtámadható. A *mérhetőség* azt jelenti, hogy mennyire precízen tudjuk mérni a felhasznált erőforrásokat, a folyamatokat, a teljesítményt, valamint a javak és szolgáltatások eredményességét. A jelentős információs aszimmetriával jellemezhető egészségügyi szolgáltatások teljesítményét és eredményét meglehetősen nehéz mérni (Preker–Harding 2005).

Röviden osztályozzuk az egészségügyi szektor tényező – és termékpiacát a fentiek szerint csoportosítva. A *termelési tényezők piacán* a fogyasztási cikkek gyártása, a gyógyszerek és egészségügyi felszerelések kiskereskedelmi forgalmazása esetén a piac többnyire könnyen megtámadható és a teljesítményt is jól lehet mérni (1. táblázat). Jobbra haladva a belépési korlátok növekedésével csökken a piac megtámadhatósága a különleges felszerelések beruházási igénye és a növekvő technológiai specializáció miatt. Ide tartozik például a gyógyszerek, műszerek nagykereskedelme. A gyógyszerek és a csúcstechnológias egészségügyi felszerelések, a rendkívül költségigényes kutatás-fejlesztési tevékenység esetében a belépési korlátok még tovább emelkednek és a mérhetőség is problematikusává válik.

A termékpiacok esetében a különböző egészségügyi szolgáltatásokat is csoportosíthatjuk az előbbiekhöz hasonló módon. Míg a tényező tényezőpiacokon a fő probléma, hogy a piaci koncentráció miatt nehezen támadhatók meg, addig az orvosi beavatkozások és egészségügyi termékek esetében a legtöbb gondot a teljesítmény



és az eredményesség mérésének nehézsége okozza, ahogy azt a 2. táblázat is mutatja (Preker–Harding 2005).

1. táblázat A tényezőpiacok jellemzői

|                               | Könnyű<br>megtámadhatóság  | Közepes<br>megtámadhatóság   | Nehéz<br>megtámadhatóság  |
|-------------------------------|--|--|---|
| <b>Jó<br/>mérhetőség</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Egészségügyi fogyasz-<br/>tási cikkek gyártása,</li> <li>- Gyógyszerek és orvosi<br/>eszközök kiskereske-<br/>delme,</li> <li>- Képzetlen munkaerő</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Műszerek gyártá-<br/>sa,</li> <li>- Gyógyszerek és<br/>orvosi eszközök<br/>nagykereskedel-<br/>me</li> <li>- Kis tőkeigény ki-<br/>elégítése</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gyógyszerek,<br/>csúcstechnológi-<br/>ák előállítás,</li> <li>- Nagy tőkeigényű<br/>beruházások</li> </ul> |
| <b>Közepes<br/>mérhetőség</b> |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alapszintű kép-<br/>zés,</li> <li>- Szakképzett mun-<br/>kaerő</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kutatás-<br/>fejlesztés,</li> <li>- Felsőoktatás, ma-<br/>gasan képzett<br/>munkaerő</li> </ul>            |
| <b>Rossz<br/>mérhetőség</b>   |  | -  | -   |

Forrás: (Preker–Harding 2005)

2. táblázat A termékpiacok jellemzői

|                               | Könnyű<br>megtámadhatóság   | Közepes<br>megtámadhatóság   | Nehéz<br>megtámadhatóság  |
|-------------------------------|---|--|---|
| <b>Jó<br/>mérhetőség</b>      | -   | -  | -   |
| <b>Közepes<br/>mérhetőség</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nem klinikai tevé-<br/>kenységek (moso-<br/>da, konyha),</li> <li>- Rutinjellegű diag-<br/>nosztika</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klinikai beavatkozá-<br/>sok,</li> <li>- Csúcstechnológiájú<br/>diagnosztika</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kutatás, tudás,</li> <li>- Felsőoktatás</li> </ul>                                   |
| <b>Rossz<br/>mérhetőség</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambuláns kezelés,<br/>orvosi ellátás</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Közegészségügyi in-<br/>tézkedések,</li> <li>- Fekvőbeteg ellátás</li> </ul>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Egészségpolitikai<br/>programok,</li> <li>- Monitoring és ér-<br/>tékelés</li> </ul> |

Forrás: Preker–Harding 2005

A kormányok sokféle egészségpolitikai eszköz közül választhatnak, ha kezelni kívánják ezeket a problémákat. Néhány ezek közül – a leggyengébb formától a legerősebb felé haladva: információszolgáltatási kötelezettség előírása, szabályozás,

szolgáltatások szerződésbe adása, szubvencionálás, közvetlen finanszírozás, állami előállítás. Az alábbiakban az egyes egészségpolitikai eszközöket a „vásárolni vagy magunk előállítani” probléma fényében vizsgáljuk meg (Preker–Harding 2005).

1. *A tényezőpiaci inputok egy részénél* – így az egészségügyi fogyasztási cikkek gyártásánál, a szakképzetlen munkaerőnél, valamint a gyógyszerek, orvosi eszközök és fogyasztási cikkek kiskereskedelménél – csak ritkán kell szembenéznünk a piaci tökéletlenség súlyos formáival: a piac megtámadhatóságának nehézségével és mérési problémákkal (2. ábra bal felső része). Itt elég csak minimális kormányzati beavatkozással élünk, például információszolgáltatást előírunk és minőségi vagy biztonsági előírásokat megállapítanunk és a versenyzői piacok hatékonyan állítják majd elő ezeket az inputokat. Az állami keretek között megszervezett termelés ilyen esetekben rontja a minőséget, nem ösztönöz innovációra és technológiai hatékonyságra.

A másik végletet a nagyon speciális munkaerő képzése, valamint a ritka klinikai esetek diagnosztizálására és kezelésére vonatkozó tudás előállítása jelenti (2. ábra jobb alsó része): itt jelentős piaci kudarcokkal kell számolni. Csekély ugyanis az esély a piac megtámadására, és a mérés is szinte lehetetlen. Ilyenkor a szigorú szabályozás és a közvetlen kormányzati előállítás keveréke tudja biztosítani az inputok megfelelő kínálatát.

A többi termelési tényező nagy részét vásárlás útján lehet beszerezni, bár a piacok gyakran rosszul jelzik az inputok szükséges mennyiségét (főleg vagy hiány alakulhat ki), összetételét és elosztását. Ez különösen igaz a hosszú képzést igénylő emberi erőforrásra, a hosszadalmas fejlesztésen alapuló gyógyszerek és orvosi műszerek gyártására. Emiatt komoly szabályozási és szerződési szakértelmet kíván az olyan inputok vásárlása, amelyeknél mind a piac megtámadása, mind a mérés nehéz (2. ábra középső része). A nagy gyártók különböző piacvédelmi politikák (szabadalmak és engedélyeztetések), gyártói szabványok, nagy elsüllyedt költségek, összejátszás és magasfokú specializáció (K+F) révén is megpróbálhatják megerősíteni a piacukat védő korlátokat, erősen csökkentve ezzel a piac megtámadásának esélyét. Ezeknél az inputoknál már olyan erősebb policy-eszközökre is szükség lehet, mint amilyen a monoposzonista vásárlóerő és a hosszú távú szerződések rendszere. A javak ilyen bonyolult összetétele ellenére a kormányzat szabályozás és szerződések révén sok nehezen megtámadható és mérési problémákkal jellemezhető piacon is elérheti méltányosságát, hatékonysági és minőségi céljait (Herzlinger 1997).

2. *A termelési tényezőkhöz hasonlóan, az orvosi beavatkozások és más egészségügyi végtermékek esetében* is élhetünk a „kiszűrés” (vásárlás) eszközével; nincsen szükség arra, hogy az állam saját maga állítsa elő őket. Azt a gyakorlati döntést, hogy milyen beavatkozásokat hagyjunk az

állami intézmények kezében, és mikor jó megoldás a kiszervezés, több tényező befolyásolja. Először is néhány termék esetében (például a klinikai beavatkozásoknál) sokkal kevésbé határozható meg a szolgáltatás tárgya, mint az inputoknál. Ez megnehezíti a megkötött szerződések menedzselését és a szolgáltatók opportunizmusának korlátozását. Másodszor, a tényezőpiacok jellemzésekor említett okok miatt a piac megtámadásának esélye gyakran csekély. Végül, a komplex egészségügyi problémák kezelése sokszor szükségessé teszi a stratégiai koordinációt, a különböző orvosi beavatkozások és egyéb egészségügyi termékek összekapcsolását. A nem klinikai tevékenységek például nem igényelnek különleges stratégiai koordinációt. Ezek közé tartozik az őrzés-védelem, a konyha, a mosoda működtetése és a menedzsmnt. Általában „leválaszthatjuk” ezeket a többi szolgáltatásról, és viszonylag szabványszerű szerződések révén „kiszervezhetjük” őket ilyen tevékenységet folytató vállalkozásoknak. A klinikai és népegészségügyi beavatkozásoknál ezzel szemben gyakran jelentkezik igény a koordinációra és arra, hogy a viszonyokat az ellátott egyének, a lakosság, illetve a szolgáltatást nyújtó szervezet speciális jellemzőihez igazítsák. A tapasztalatok azt mutatják, hogy e tevékenységek „leválasztása” gyakran vezet olyan problémákhoz, mint a költség-áthárítás, a kezelés megszakítása és a minőségromlás (Manning 1998).

2. ábra A korlátozott megtámadhatóság és mérhetőség kezelésére alkalmas egészségpolitikai eszközök

|                    | Könnyű megtámadhatóság    | Közepes megtámadhatóság  | Nehéz megtámadhatóság              |
|--------------------|---------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| Jó mérhetőség      | Információk nyilvánossága |                          |                                    |
| Közepes mérhetőség |                           | Szabályozás és szerződés |                                    |
| Rossz mérhetőség   |                           |                          | Állami finanszírozás és előállítás |

Forrás: (Preker–Harding, 2005)

## 6. Következtetések

Az egészségügyi ellátórendszerek a világon mindenütt egyre erőteljesebben szembe-sülnek azzal a nyomással, amit a társadalmi, demográfiai változások, az egészség-ügyi technológiák rohamos fejlődése jelent: az egészségügyre fordítható erőforrások nehezen tudnak lépést tartani a megnövekedett elvárásokkal, az újabb és újabb, rendkívül drága technológiák finanszírozási igényével (Boncz et al 2005). A költségek felügyelet alatt tartása az 1970-es évek óta feladat Európában. A jóléti államok

zömében alapvető kihívássá vált az egészségügyi kiadások, GDP növekedési ütemét meghaladó szárnyalásának visszafogása (Orosz 2008). Ez a költségkontroll kikényszeríti az ellátás racionalizálását, melynek egyik eszköze lehet a privatizáció. A privatizációt „elősegíti” az állami rendszerek elégtelen működése is. Manapság ugyanis sok országban a nagy és kevésbé hatékony közszektor olyan termékeket és szolgáltatásokat állít elő, amelyeket nem kormányzati szolgáltatóktól is meg lehetne vásárolni. Éppen ezért az egészségügyi szolgáltatásokban a magánszféra szerepvállalásának további erősödése várható, minden területen. Minden bizonnyal bővül az állami és magánszféra együttműködése, a szolgáltatások nyújtására vonatkozó hosszú távú szerződésekkel, a kockázat és a profit megosztásával. Fontos kérdés azonban, hogy a magánszféra „benyomulása” hogyan hat az egészségügy olyan kulcsfontosságú paramétereire, amelynek például a költségek, a fenntarthatóság, a hatékonyság, az elérhetőség, a szolidaritás, az ellátás minősége, az egészségi állapot vagy a választás szabadsága. Képes-e jobban teljesíteni egy nagyobb magánrészesedéssel bíró rendszer a meghatározóan államinál? Erre ma még nincsenek adataink, a választ a jövő kutatásai, valamint gyakorlati tapasztalatai adhatják meg.

Kétségtelen tény azonban, hogy a fejlett országokban az egészségügyi szféra a gazdaság innovatív húzóágazata, magáénak tudva a GDP egyre jelentősebb hányadát.<sup>6</sup> Az egészségügyi szolgáltatások piacának bővülése a szükséglet oldaláról korlát nélküli (növekedésüknek csak a források szabnak határt), tehát egy folyamatosan bővülő piacról van szó, amelynek kiszolgáló háttérpára már ma is a világ gazdaságának meghatározó ágazatait foglalja magában (Kincses 2000). A magyar egészségüggyel kapcsolatos nézetek között elterjedt az a felfogás, miszerint az ország fejlődése felé vezető úton az egészségügyben felmerülő problémák megoldása csak szükséges rossz, a kiadásokat túl gyakran csak rövid távú költségnek tekintik, nem pedig hosszú távú beruházásnak (Orosz 2008). Amennyiben viszont az egészségügyet nem fejlesztjük, „pénznyelő automatának” tekintjük, akkor kimaradunk a világ legdinamikusabban fejlődő iparágából. Ezzel a felfogással több szempontból is szakítani kell: *szemléletváltásra van szükség* az egészség értékiszemléletének változásában, a humán erőforrás és az egészségügyi rendszer szerepének ártértékelésében. Ma már világos, hogy a jelenlegi forrásokból és a jelenlegi szolgáltatások nyújtása mellett az ellátórendszer hosszútávon nem működtethető. Ezáltal nyilvánvaló az is, hogy magyar egészségügy szerepkeresésének folyamatában jelentős mennyiségű investíció szükséges. Ez a szükséges beruházás azonban a szereplők egyikétől sem várható el kizárólagosan. Ahhoz, hogy a magyar egészségügy hiánytermelő válságágazatból a gazdaság húzóerejévé váljon, újra kell értelmezni a köz és a magán viszonyát az egészségügyben. Ehhez egyrészt meg kell szüntetni a merev különállást a közfinanszírozású és a magánfinanszírozású intézmények között, másrészt meg kell engedni, hogy a magántőke a közintézményekben is befektethessen, vegyes hasznosítás mellett (Kincses 2001). Mindezt természetesen a szolidaritás alapelvének sérülése nél-

<sup>6</sup> Az OECD adatai alapján az EU15 átlaga 2005-ben a GDP 6,6%-a volt, míg Magyarországon 2007-ben az egészségügyi közkiadások a GDP 4,7%-át tették ki (Orosz 2008).

kül. Ez nem megoldhatatlan feladat, hiszen ma már a „*public private mixt*” technika létezik a világban: egyrészt ez a vegyes finanszírozás hozhatja meg a szükséges investíciót és működési költségtöbbletet, másrészt a magánszféra megerősödése versenyhelyzetbe hozza a közintézményeket, és ettől az ellátás általános színvonalának javulása várható. A magánszféra szükségszerű megerősödése nem mentesíti az államot a felelősség alól. Egyrészt, mint tulajdonosnak gondoskodnia kell az intézményeiről, másrészt a piaci viszonyok súlyának növekedése felértékeli az állam piacszabályozó és ellenőrző szerepét. Az államnak ezen kívül fontos szerepe van a piacélénkítésben és piacbővítésben is (Kincses 2001). Összefoglalva: az állam és a piac szerepére vonatkozó dogmatikus, ideologizált „fekete-fehér” elméletet egy olyan látásmódnak kellene felváltania, amely differenciáltabb, pragmatikusabb, megérti az egészségügy sajátosságait, a piac és az állam korlátait is (Orosz 2008). Hiszen Magyarország földrajzi fekvése és a magyar egészségügy szakmai potenciálja alapján alkalmas lehet arra, hogy a térség egészségügyi központja legyen, magas szintű ellátást nyújtva mind a hazai, mind a külföldi betegeknek egyaránt, ezáltal „karbantartva” a hazai – a külföldi tőke által magasra értékelt –humán erőforrást és erősítve a társadalmi infrastruktúrát.

#### *Felhasznált irodalom*

- Barr, N. 1994: *Labor Markets and Social Policy in Central and Eastern Europe*. World Bank/Oxford University Press, Oxford.
- Baumol, W. J. – Panzar, J. C.–Willing, R. D. 1982: *Contestable Markets and the Theory of Industrial Structure*. Harcourt Brace Jovanovich, New York.
- Boncz I. – Brandtmüller Á. – Dózsa Cs. – Gulacsi L. – Jenei Gy. – Nagy. B. – Pékli M. 2006: *Prioritásképzés az egészségügyben – a közgazdaságtan hozzájárulása*. Köz-gazdaság 2006/1., <http://www.kozgazdasag.hu/images/stories/1per1/9-boncz.pdf>, letöltve: 2009.02.07.
- Herzlinger, R. 1997: *Market Driven Health Care: Who Wins, Who Loses in the Transformation of America's Largest Service Industry*. Reading, Mass.: Perseus Books, New York.
- Hirsch, F. 1976: *Social Limits to Growth*. Harvard University Press, Boston.
- Gaál P. 2007: *Egészségügyi reform: problémák, okok és megoldási lehetőségek*. Nemzeti Érdek, 1, 69-75. o.
- Kincses Gy. 2000: *Az egészségügy új szemlélete*. Veresegyház-előadás Letölthető: <http://www.kincsesgyula.hu/dokumentumok/Az%20egeszsegugy%20uj%20szemlelete.pdf>. Letöltés ideje: 2009. 03. 10.
- Kincses Gy. 2001: *A „köz” és a „magán” új együttélése az egészségügyben*. Praxis Server Egészségügyi Tanácsadó Kft., Budapest.
- Kornai J. – Eggleston K. 2004: *Egyéni választás és szolidaritás*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.

- Kornai J. 1998: *Az egészségügy reformjáról*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.
- Losonczi Á. 1998: *Utak és korlátok az egészségügyben*. Magyar Tudományos Akadémia, Budapest.
- Manning, N. 1998: *Unbundling the State: Autonomous Agencies and Service Delivery*, Draft World Bank Discussion Paper, Washington.
- Mihályi P. 2003: *Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába*. Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém.
- Orosz É. 2008: *Globális és hazai egészségügyi kihívások és egészségpolitikai törekvések a 21. század elején*, Az ENSZ Akadémián, 2008. október 22-én elhangzott előadás.
- Orosz É. 2008: *Felzárkózunk, vagy lemaradunk? Informatika és menedzsment az egészségügyben*, VII. évf. Egészséggazdaságtani különszám.
- Preker A.S. – Feachem R.G.A. 1996: *Market Mechanisms and the Health Sector in Central and Eastern Europe*. World Bank Technical Paper Series No. 293, Washington.
- Preker, A. S. – Harding A. 2005: *Állami és magánszerepek gazdaságtana az egészségügyben – az intézményi közgazdaságtan és szervezetelmélet szemszögéből*. Kormányzás, Közpénzügyek, Szabályozás, 1, 4-32. o.
- Pap Zs. 2008: *A magánszféra óvatos jelenléte az egészségügyben*. *Gazdasági Tükörcsép Magazin*, 2008/12 lapszám, [http://www.gtm.hu/cikk.php?cikk\\_id=1182](http://www.gtm.hu/cikk.php?cikk_id=1182), letöltve: 2009. 02.07.
- World Bank 1996: *Investing in People and Growth, 1996 World Development Report From Plan to Market*, ch. 8 New York: Oxford University Press, Oxford.