

Felzárkózunk, vagy lemaradunk?

Dr. Orosz Éva helyzetértékelése a magyar egészségügyről

Hogyan értelmezhetjük a Magyarországon végbemelő folyamatokat nemzetközi nézőpontból? Merre tart Európa, milyen eltérések és hasonlóságok figyelhetők meg a különböző országok reform-koncepcióiban? Miért lenne szükség szemléletváltásra a politikában?

Mínderre Dr. Orosz Éva közgazdász, egyetemi tanár válaszolt lapunknak adott interjújában. Az ELTE Társadalomtudományi Kar Egészségpolitika és Egészség-gazdaságtan szakcsoportjának vezetője, OECD szakértő kitért arra is, hogy a jelenlegi helyzetben milyen kihívások és kérdések körvonalazódnak a kutatók számára.

– Hogyan alakult az egészségi állapot a rendszerváltás óta Magyarországon?

Az utóbbi másfél- két évtizedben nőtt az elmaradásunk a „régii” uniós tagállamokhoz – a bővítés előtti tizenöthöz (EU-15) – képest az egészségi állapot alakulását és az egészségre fordított közkiadásokat tekintve is. Azaz a fejlett nyugat-európai országoktól a leszakadásunk a rendszerváltás után is tovább folytatódott. Vegyük például az egészségi állapot egyik legjellemzőbb mutatóját, a férfiak negyven éves korban várható élettartamát. 1990-ben 6,3 évvel, 2006-ban pedig 7,7 évvel volt rövidebb a magyar férfiak negyven éves korban várható élettartama az EU(15) országok átlagánál. Ugyanakkor más, hozzánk hasonló fejlettségű rendszerváltó országok – például Csehország – esetében éppen ellenkező tendenciát figyelhetünk meg: 4,9 évről 3,6 évre csökkent a lemaradásuk az EU(15)-től.

– Az ön egyik tanulmányában az olvasható, hogy a magyar férfiak 40 éves korban várható élettartama, az ezredfordulón rövidebb volt, mint amekkora 1930-ban volt. Ez megdöbbentő adat, az életszínvonalunk alakulását figyelembe véve szerintem semmiképpen sem indokolt...

Napjainkban is csak alig több mint egy évvel magasabb, mint 1930-ban volt. Az egészségi állapot nem feltétlenül javul a gazdasági növekedéssel párhuzamosan. A gazdasági fejlettség ugyanis nem egyedüli meghatározója az egészségi állapotnak. A fejlett európai országoktól való lemaradásunk alapvető társadalmi probléma, ami egyáltalán nem új keletű, hiszen „megörököltük” a korábbi rendszerből. Igaz, ebben az évtizedben a várható élettartam növekedett nálunk is, de kisebb mértékben, mint a fejlett országokban. Így hiába történt önmagában, abszolút értékben javulás, a lemaradásunk tovább növekedett.

Az egészségpolitika és a kutatók számára is nagy kérdés – amiben jelenleg nincs egységes álláspont – hogy

mennyire tud hozzájárulni az egészségügy a lakosság egészségi állapotának javulásához? Sokan azt hangoztatják, hogy csekély mértékben. Ez a vélemény megállta a helyét ötven-hatvan évvel ezelőtt, mára azonban – az orvosi technológia fejlődése következtében – a helyzet jelentősen megváltozott. A legújabb kutatások és nemzetközi jelentések azt hangsúlyozzák, hogy az egészségügy, ha nem is vált elsődleges tényezővé az egészség javításában, de szerepe lényegesen megnőtt. A WHO idén megrendezett európai értekezletére megjelent egyik tanulmány szerint az utóbbi évtizedekben a várható élettartam javulásnak körülbelül fele az egészségügyi ellátás fejlődésének volt köszönhető az európai régióban. Éppen ezért különösen fontos, hogy mennyit költünk az egészségügyre, és hogyan használjuk fel a forrásokat.

KÖLTSÉG, VAGY BERUHÁZÁS?

Az egészségügyi közkiadások alakulását vizsgálva megint csak szakadékokat látunk a hazai és a nemzetközi trendek között. Az egy főre jutó egészségügyi közkiadás a 90-es évek elején az EU(15) átlagának 52%-át érte el, 2006-ban pedig már csak 45%-át. (A 2007-es jelentős reálérték csökkenés miatt pedig jelenleg valószínűleg még nagyobb a különbség.) 1992-ben közel azonos volt az egy főre jutó közkiadás nálunk és Csehországban, 2006-ban pedig már csak a csehországinak a 80%-át értük el. A másik jellemző mutató: az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya. Az EU és az OECD tagállamokban a GDP-ből az egészségügyre fordított közkiadások részaránya a 90-es évek elejéhez képest növekedett: az OECD adatai szerint az EU(15) átlaga 1992 és 2006 között a GDP 5,9%-ról a GDP 7,0%-ra. Magyarországon fordított tendencia érvényesül: ma lényegesen kevesebbet költünk a GDP-ből az egészségügyre, mint a kilencvenes évek elején. Az Állami Számvevőszék adatai szerint 2007-ben a GDP 4,7%-át tették ki az egészségügyi közkiadások Magyarországon, míg az EU(15) átlaga 2005-ben a GDP 6,6%-a volt. Az ÁSZ 2010-re szóló becslése pedig a GDP 4,0%-a, ami a lemaradásunk növekedését vetíti előre. Hazai berkekben mégis hallunk olyan vélekedéseket, hogy túlságosan sokat költünk az egészségügyre – ezt azonban a nemzetközi összehasonlító adatok nem igazolják.

– Lehetséges, hogy az egészségügyi kiadásaink aránya a konvergencia program miatt annyira alacsony?

Az egészségügyi közkiadásaink GDP-hez viszonyított részaránya már a konvergencia program életbe lépése előtt

az uniós átlag alatt volt. Most pedig a sajátos helyzet-
tel állunk szemben, hogy a konvergencia program követke-
ményeként kénytelenek voltunk tovább csökkenteni az
egészségügyre fordított forrásokat. Nem mindegy azonban,
hogy ezt az intézkedést hogyan interpretálja a kormányzat.
Nem lenne kívánatos normális és kívánatos trendnek bemu-
tatni, annál inkább meg kellene fogalmazni, hogy a közki-
adások csökkentése átmeneti és rövid távú kényszerinté-
zkedés, ami az egészségügy szempontjából negatív, de az
ország gazdasági fejlődése miatt szükségszerű lépés. És
mindeközben ki kellene dolgozni az egészségügy finanszí-
rozására vonatkozó közép- és hosszú távú célkitűzéseket.
Hiszen a konvergencia program után is van élet!

A legújabb uniós dokumentumok azt hangsúlyozzák,
hogy a stabil, fenntartható gazdasági növekedés egyik alap-
vető tényezője a jó egészségi állapot és oktatási szint. Tehát
az egészségügyet és az oktatást nem költségnek, hanem
beruházásnak kell tekintetni. Ez az okfejtés nem csupán a tu-
dományos elemzésekben szerepel, hanem az ún. Tallini
Chartában is, amelyet a WHO Európai Regionális Irodája és
az észt kormány közös szervezésében ez év júniusában tar-
tott konferencián fogadtak el az egészségügyi miniszterek.
Ezt megelőzően, 2004-ben David Byrne, az Európai Bizott-
ság akkori egészségügyi és fogyasztóvédelmi biztosja így fo-
galmazott: „Az egészségügyi kiadásokat túl gyakran csak rö-
vid távú költségnek tekintik, nem pedig hosszú távú beruhá-
zásnak. Még csak elkezdődött annak a felismerése, hogy az
egészségügyi ráfordítások a gazdasági növekedés alapvető
hajtóerejét jelentik.” Mit olvashatunk ugyanakkor a magyar
konvergencia programban? „A Kormány célja az, hogy az
Egészségbiztosítási Alap kiadásai 2006 és 2009 között a
GDP arányában 0,9 százalékponttal csökkenjenek.”

– Ez a mondat nem sok jót ígér...

A nemzetközi szintéren megfigyelhető szemléletváltás
nálunk még nem indult el. Ez pedig alapvető probléma, mert
a politikai döntéseket az adott időszakban uralkodó nézetek
is befolyásolják. Márpedig paradigmaváltásra nem csak az
egészségügy és egészség, illetve az egészségügyi ráfordítá-
sok és a gazdaság viszonylatában lenne szükség, hanem a
reformok kidolgozásának és végrehajtásának módjában is.

Ha kitekintünk a világra, azt látjuk, hogy az Európai Unió
az intézményi és finanszírozási rendszerek reformjának vál-
tozatossága mellett a közös értékek erősítésére törekszik.
Tudunk olyan országról, ahol a központi kormányzat hatás-
körét növelték, és olyanról, ahol a decentralizációt preferál-
ják. Hollandiában például ösztönzik a biztosítók közötti ver-
senyt, míg Ausztriában elvetették ezt az irányt, és a koordi-
nált regionális tervezést részesítik előnyben. Nincs tehát
uralkodó paradigma, hiszen ugyanaz az eszköz országon-
ként egészen különböző hatást eredményezhet. Viszont a
kormányzatok sokkal realisabban és dogmáktól menteseb-
ben gondolkodnak arról az alapvető kérdésről, hogy mi le-
gyen az állam és a piac szerepe az egészségügyben, és út-
keresésük során a hatékonyság és a minőség javítása jelen-
ti a célt.

ÉRTÉKEK ÉS ALAPELVEK

Az Európai Unió 2006/C146/01 dokumentuma megneve-
zi az EU egészségpolitikájának alapvető értékeit: a mindenki-
re kiterjedő társadalmi védelmet, a jó minőségű szolgáltatá-
sokhoz való hozzáférést, valamint az esélyegyenlőséget és a
szolidaritást. A működési alapelvek közé sorolja a szolgálta-
tások minőségét, a betegek biztonságát, a bizonyítékokon
alapuló, etikus ellátást, a betegek aktív részvételét, valamint
a személyiség és a személyes információ védelmét. Ugyan-
akkor a piaci mechanizmusokat, a versenyt nem tekinti a do-
kumentum a minden tagállamtól elvárt működési alapelv-
nek. Ez nagyon fontos a magyarországi viták szempontjából.
Elég csak arra gondolni, hogy a mostanit megelőző egé-
ségügyi tárca egyenrangú célként fogalmazta meg a szolida-
ritást és a versenyt a társadalombiztosítás reformjában. Saj-
nálatos módon a magyar körülményeket figyelembe nem
vevő, radikális, piaci típusú reform most negatívan hat vissza
még azokra a pozitív folyamatokra is, amelyek arra irányultak
a kilencvenes évek elejétől kezdve, hogy az egészségügyi
szolgáltatásban szektor-semleges viszonyok alakuljanak ki.
Például az állami és a piaci szereplők együttműködését, s en-
nek révén a jobb hatékonyság és minőség elérését célzó tö-
rekvésekre, beleértve az önkormányzatok tulajdonában levő
intézmények gazdasági társasággá alakítását vagy magán-
vállalkozások általi működtetését.

**– Michael Moore nagy vihart kavaró Sicko című filmje
jut eszembe arról, amit az imént elmondott. Az amerikai
egészségügyi modell visszasságait bemutató dokumen-
tumfilm szerintem sokakat elgondolkodtatott itthon is...**

Igen, ez a film szertefoszlatta azt az elképzelést, miszerint
az USA-ban „csak” az a probléma, hogy 40 millió ember nincs
biztosítva. Bemutatta, hogy az a polgár is nehéz helyzetbe ke-
rülhet, akinek van biztosítása. Adott környezetben és szabá-
lyozók között a biztosítók a profitot növelhetik akár annak
árán is, hogy még a biztosítottak sem jutnak ellátáshoz. Ebből
is látszik: egyáltalán nem törvényszerű, hogy a biztosítók ver-
senye jó minőséget és hatékonyságot eredményez az ellátás-
ban. Nálunk pedig ez volt a korábbi reform alaptétele.

Összefoglalva tehát: az állam és a piac szerepére vonat-
kozó dogmatikus, ideologizált „fehér-fekete” elméletet egy
olyan látásmódnak kellene felváltania, amely differenciáltabb,
pragmatikusabb, megérti az egészségügy sajátosságait, a pi-
ac és az állam korlátait is. Ehhez a „reformcsinálás” módján
is változtatni kellene. A konvencionális felfogás a reformon
mindenre kiterjedő, rövid idő alatt, a kormányzati hatalom,
központi irányítás által vezérelt átalakítást ért. Ez a megköze-
lítés jellemezte a legutóbbi hazai reformkísérletet.

„LEARNING-by-doing”

A sokkal kevésbé „látványos” alternatíva azon a felfogá-
son alapul, hogy az egészségügyi rendszer viszonyainak
mélyreható átalakulásához hosszabb idő, folyamatos, inkre-

mentális, kísérletező reformok vezethetnek el. Ennek lényege, hogy tisztán látjuk a problémáinkat, világosan meghatározzuk a követendő értékeket és irányokat, de a megvalósításban a fő szerep nem a kormányzati „kézi-vezérlésen”, hanem a megfelelő ösztönzőket generáló kormányzati szabályozáson és az egészségügyi intézmények alkalmazkodóképességének megteremtésén van. Az eszközválasztásban meghagyjuk, természetesnek tekintjük a kísérletezés, a tévedés és a korrekció lehetőségét. Hiszen – ahogy a nemzetközi kitekintés kapcsán korábban utaltam rá – nincs egységes „recept”. Ami működik az ország egyik régiójában, nem biztos, hogy beválik a másikon. Tehát a helyi sajátosságok figyelembevételén alapuló, a tévedést megengedő, és a tapasztalatokból tanuló ún. „learning-by-doing” folyamat sokkal inkább célravezető lehet a hatékonyság és minőség javításához. Egy ilyen típusú átalakuláshoz azonban szükséges: az egészségügyi intézmények önállóságának növelése, a döntések számon kérhetősége és a rendszer transzparenciája. Mindemellett fontos lenne megérteni, hogy nincs csodaszer. Nem várhatunk lényeges javulást sem az ellátás minőségében, sem a hatékonyságában egyetlen eszköztől, egyik napról a másikra. Ki kellene végre iktatni a közbeszédből a csodavárást!

– Tehát a merev, bebetonozott nézeteket fel kellene váltania az alkalmazkodni tudásnak ahhoz, hogy hatékony hosszú távú egészség-stratégiánk legyen. Ön szerint van erre esély Magyarországon?

Akkor lenne esély, ha a döntéshozók, a gyakorlatban dolgozó és a kutató-elemző szakemberek között párbeszéd valósulna meg. A sokféle tudás, tapasztalat, érdek és beállítottság különböző válaszokat generálhat az alapvető kérdésekre. A javaslatok kidolgozásában, a döntéshozatali folyamatokban közös gondolkodásra van szükség a kutatóműhelyek, az elméleti és gyakorlati szakemberek és politikusok között. A hazai és nemzetközi tapasztalatok is azt mutatják, hogy a politika és a tudomány között „közvetítőkre” is szükség lenne, olyan szakemberekre, akik értik mindkét csoport nyelvét, ismerik a felek gondolkodásmódját és véleményük mértékadóknak számít. Ilyen „közvetítők” lehetnek akár gyakorló szakemberek, akár a minisztériumi apparátusban dolgozó szakértők, akik se nem politikai döntéshozók, se nem kutatók. A kutatókra is aktív szerep vár a politikai folyamat jobb megértésében, a gazdaság, egészségügy és egészségi állapot viszonyára vonatkozó kérdések megválaszolásában, illetve újrafogalmazásában, és az új nemzetközi tudományos eredmények hatékonyabb közvetítésében. A kutatók nagymértékben hozzájárulhatnak az eredményesebb reformok létrejöttéhez és a reális várakozások előidézéséhez.

– A reális várakozások alatt mit kell érteni?

A reformok megfelelő társadalmi támogatottságának megnyeréséhez a politikanak – a tudományos műhelyekkel, szakmai szervezetekkel együttműködve – először világosan meg kellene fogalmazni és utána el kellene érni, hogy a lakosság elfogadja, megértse: mi az, ami egy közepesen fej-

lett ország jelenlegi szűk gazdasági mozgásterében elvárható az egészségügytől. Mit tud nyújtani a közfinanszírozású rendszer akkor, ha hatékonyabban működik, és mit nem. Mi az a szolgáltatási kör, amihez egyenlő hozzáférést kell biztosítani a közfinanszírozású rendszer keretein belül, és mi az a terület, amire nincs gazdasági lehetőség. Ez nem könnyű, hiszen az elmúlt 15 évben komolyan erodálódott az emberek bizalma a politika és általában az intézmények iránt.

MERRE TART(S)UNK?

Az OECD 2008 márciusában közreadott egy a magyar reformfolyamatot elemző – a magyar kormány felkérésére készült – tanulmánykötetet. Ennek egészségügyi fejezete rámutat, hogy a magyar kormányzat számára a jelenlegi egyik legnagyobb kihívás, hogy az egészségügyi közkiadások GDP-részarányának – a konvergencia program által megkövetelt – csökkentése úgy valósuljon meg, hogy a lakosság egészségi állapotának javulása ne kerüljön veszélybe. Az egészségi állapot javítása ugyanis igényelné az egészségügyi közkiadások növelését, amire azonban jelenleg nincs lehetőség.

– Feloldható ez a paradoxon?

Az OECD számos olyan ajánlást fogalmaz meg, ami arra vonatkozik, hogy miként lehetne javítani a gazdasági és minőségügyi szabályozást az egészségügyben. Ezek mellett a legfontosabb javaslat egy hosszú távú stratégia kidolgozása az egészségügyben a fenntartható finanszírozás és az egészségi állapot javítása érdekében. Ebben beletartozik a közkiadásokra vonatkozó trendek előrevetítése, az alternatívák vizsgálata, a humán erőforrás, a bérek és a hálapénz problémája, és nem utolsósorban az egészségügy és más kormányzati politikák összehangolása. Tehát a javaslat szerint a tervnek tartalmaznia kell a technológiai, demográfiai, társadalmi-gazdasági trendek elemzése alapján kialakított koncepciót az állami költségvetés, a társadalombiztosítás, önkéntes biztosítás és közvetlen fizetés szerepére, stratégiát a humán erőforrás biztosítására, valamint az egészségügy és más kormányzati politikák közötti koordinációt.

Az OECD tanulmány rávilágít arra is, hogy Magyarországon a kilencvenes évek eleje óta minden választási évben megugrott az államháztartási hiány. Ennek hátterében a kormányzati osztogatások állnak, amelyekből az egészségügy nem, vagy csak minimális mértékben részesült. Az erőteljes választási költsékezési ciklusokat mindig a költségvetés szükségszerű megszorítása követte, ami viszont nagyon is érintette az egészségügyet. Kivéve a 2002-2003-as időszakot, amikor sor került az egészségügyi dolgozók bérrendezésére, ez a hullámszerű mozgás érzékelhető másfél évtizede, amit igen megsínylett a szektor. Éppen ezért az egészségügynek elemi érdeke, hogy ne lazuljon fel a költségvetés és valósuljon meg a konvergencia program, mert különben a körforgás nem áll meg, és két év múlva megint

ott fogunk tartani, hogy az egészségügyből vannak ki forrásokat. Ugyanakkor reálisan számba kellene venni az alternatívákat, hogy 2010 után mi fog történni az egészségügyben. Ehhez pedig új szemlélettel végig kellene gondolni a

közkiadások és magánkiadások szerepét, hogy milyen reális mozgástér van a közkiadások növelésére közép és hosszabb távon. Mindebben komoly szakmai munkára lenne szükség.

Boromisza Piroska

NÉVJEGY



Orosz Éva

Egyetemi tanár, az MTA doktora

- **Jelenlegi beosztás:** ELTE TáTK, Egészségpolitika és Egészség-gazdaságtan Szakcsoport vezetője; Egészségpolitika, tervezés és finanszírozás mesterképzési program vezetője; Szociálpolitikai Doktori Program vezetője;

az OECD Egészségügyi Osztályának részállású munkatársa

- **Szakmai pályafutás:** 1990-jelenleg ELTE TáTK; 2002-2006 az OECD Egészségügyi Osztályán főállású munkatárs (az ELTE-n fizetés nélküli szabadságon); 1989-1990 MTA Regionális Kutatások Központja; 1982-1984 MTA Földrajztudományi Kutatóintézet; 1979-1982 Országos Vezetőképző Központ; 1977-1979 Számítógéppelalkalmazási Kutató Intézet

- **Iskolai és szakmai végzettség:** 1977 okleveles közgazda Marx Károly Közgazdaságtudományi Egyetem, Budapest
- **Tudományos fokozat:** 2004 – MTA doktora. Értekezés: Félúton, vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái c. könyv; 2001 – Habilitáció; 1993 – Közgazdaságtudományok kandidátusa. Értekezés: Alapértékek – fejlesztési paradigmák – finanszírozási módszerek: Egészségügyi rendszerek a 80-as években; 1985 – Egyetemi doktori fokozat. Értekezés: Az egészségügyi infrastruktúra területi különbségeinek vizsgálata
- **Fő kutatási területek:** az egészségügyi rendszerek összehasonlító elemzése, a magyar egészségügy átalakulása, az egészségügy társadalmi és területi egyenlőtlenségei, az egészségügy gazdasági összefüggései, az egészségügyi kiadások számbavételének módszerei és nemzetközi összehasonlító elemzése

Idősek Világnapja – 2008. október 1.

A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum az idős betegek iránti szolidaritást vállalva kivételes jótékonyági estre készül az Idősek Világnapja alkalmából. **2008. október 1-én 19.00 órától kezdődően** – Prof. Dr. Zeher Margit és Prof. Dr. Bakó Gyula támogatásával – **az egyetem orvostanhallgatói és a klinika Lelkesek nevű betegkórusának idős tagjai adnak zenei estet** a III. sz. Belgyógyászati Klinika beteget számára.

A rendezvény szervezőinek célja, hogy felhívják a figyelmet a méltóságteljes és egészséget megőrizni kívánó idős kor fontosságára. „Az Idősek Világnapja alkalmából szervezett kezdeményezés megvalósítására az idősek iránti szolidaritásunk vezérelt”, hangsúlyozza Molnár László hatodéves orvostanhallgató, a rendezvény egyik főszervezője.

A jótékonyági est a III. számú Belgyógyászati Klinika és annak Geriátria Tanszéke, az Általános Orvostudományi Kar Bibliakör nevű ökomenikus, keresztény diákcsoportja és az egyetem Hallgatói Önkormányzata közös szervezésében valósul meg. Az idősek és betegek iránti szolidaritást erősíti, hogy a fiatal, leendő doktorok zenei műsorában a klinika Lelkesek nevű betegkórusának idős tagjai is részt vesznek.

Az Orvos- és Egészségtudományi Centrum hallgatói az Idősek Világnapja alkalmából tervezett rendezvényük mellett korábban már számos alkalommal, például Mikuláskor, Karácsonykor, Anyák napján és a Betegek Világnapja alkalmából tartottak hasonló estet.

TÉ