

Az eltorzított magyar ár- és bérszínvonal hatása az egészségügyben érintett szereplők viselkedésére és helyzetértékelésére

Dr. Mihályi Péter, Pannon Egyetem

Az egyes országok GDP-jének felhasználását elemezve pontos összehasonlítások végezhetőek arra nézve, hogy egy-egy országban a megtermelt új érték mekkora hányadát fordítják gyógyításra, illetve az egészségi állapot szempontjából káros élvezeti cikkek (pl. alkohol, dohányzás, narkotikumok) megvásárlására. Ezeket az összehasonlításokat csak úgy szabad elvégezni, hogy kiküszöböljük a nemzeti árrendszerek különbségeit. Ennek a módszertana évtizedek óta ismert, ám napjainkban már annak a feltételei is adottak, hogy ezeket a számításokat viszonylag gyorsan és olcsón el is lehessen végezni. A 2011-es adatokon készült számítások azt mutatják, hogy – sok más országhoz hasonlóan – Magyarország egyidejűleg költ viszonylag sokat a népesség gyógyítására is, miközben a lakosság is sokat költ saját egészsége rongálására. Autós hasonlattal: egyszerre nyomjuk a gázt is, meg a fékpedált is.

Analysing the utilization side of the GDP of different countries, meaningful comparisons can be made on expenditures devoted to medical care on the one hand, and the expenditures used for damaging the population's health status (e.g. alcohol, tobacco and narcotics). Such comparisons can be made only after the elimination of the differences in relative price levels among the countries. This paper is based on the results of the International Comparison Project, sponsored by the World Bank, the OECD and the EU. Our finding is that Hungary's net health expenditures, taking into account both the useful (+ 10.7%) and harmful (-4.0%) consumption expenses, are merely 6.7% of GDP. It looks like as if the Hungarian households behaved like a senseless driver pushing simultaneously the break and the accelerator pedal.

BEVEZETÉS

A nagytömegű statisztikai adatok összegyűjtésének és elemzésének költségei – hála a számítástechnika szakadatlan fejlődésének – lehetővé teszik a valóság korábban soha nem remélt mélységű és részletességű elemzését, a világ szinte összes országának egyidejű összehasonlítását.

Hat évvel ezelőtt már e folyóirat hasábjain és másutt is beszámoltam [1,2] azokról a számításaimról, amelyek a nagy nemzetközi szervezetek (ENSZ, OECD, Világbank stb.) együttműködése nyomán egy olyan közös árrendszer

alapján készültek, amelyek kiküszöbölik az egyes nemzeti árrendszerek közötti, igen lényeges különbségeket. Ez az ún. ICP-projekt (International Comparison Project), amely 1968-ban indult és mára szervesen beépült a nemzetközi statisztikákba.

Az alapprobléma jól ismert a magyar egészségügy szereplői által: a magyar bérszínvonal sokkal alacsonyabb, mint a fejlettebb országokban, ezért úgy tűnik, hogy nálunk minden orvosi beavatkozás olcsóbb (pl. műtét, 1 napi kórházi ápolás). Így a mortalitási, morbiditási adatok értékelése szempontjából nincs értelme a dollárban vagy euróban kifejezett aggregált adatok (pl. 1 főre jutó egészségügyi kiadások) közvetlen összehasonlításának.

A modern egészségügyi gazdaságtani tankönyvek nyitó oldalain rendszerint ott találjuk azt a kiinduló megállapítást, hogy az egészségügyi rendszerek a világon mindenütt két feladatot látnak el: gyógyítják a betegeket és megelőhetést biztosítanak az ágazatban közvetlenül és közvetett módon szerepet vállaló dolgozók, illetve vállalkozások számára. Ugyanennek a gondolatnak egy másik, gyakran idézett megfogalmazása az, hogy „minden egészségügyben elköltött dollár, valaki számára jövedelem az egészségügyben”. Ebből a szemszögből, – mondjuk az ágazat munkavállalói szempontjából, – viszont nagyon is fontos, hogy mennyi pénzt költ egy ország egészségügyre. De még ebből a szemszögből is probléma, hogy amikor az ágazat dolgozói Magyarországon elköltik a bérüket, akkor egészen más árakkal állnak szemben, mint az osztrák vagy az amerikai orvosok.

A SZÁMÍTÁS MÓDSZERTANA

A számítás azon a – makroökonómiát tanult közgazdászok számára jól ismert – statisztikai konvención alapszik, hogy egy ország GDP-jét három különböző módon lehet mérni, és ezek definíció szerint ugyanazt az eredményt adják. Egyfelől, a GDP az adott évben, áruk és szolgáltatások formájában előállított, új értéket jelent. Másfelől, a GDP az adott évben előállított többlet-jövedelemmel is egyenlő, amit az ország lakosai bér és profit formájában osztanak el egymás között. Végül a harmadik, az ICP vizsgálat szempontjából releváns megközelítés azt mondja, hogy az adott évben megtermelt GDP-t az ország lakosai fogyasztás és beruházás formájában teljes mértékben felhasználják, elfogyasztják. Ez a fogyasztás, értelemszerűen milliányi féle áruban és szolgáltatásban jelenik meg, amelyeket azután – az elemzés célja szempontjából releváns szempontok szerint – összegezni, aggregálni lehet. Ha számba akarjuk

venni bármely ország egészségügyi fogyasztását, akkor az az

$$Y = Q * P$$

vektoriális szorzattal fejezhető ki, ahol Q a természetes formában (azaz természetes mértékegységben) mért teljesítményeket, P az egyes termékek és szolgáltatások árvektorát jelenti (1. ábra).

	Y	P ₁	P ₂	P ₃	P _n	[árvektor]
Orvosi munkaidő (óra)	q ₁					
Ápolás munkaidő (óra)	q ₂					
Műtét rezi óradíj (óra)	q ₃					
...	...					
Gyógyszer (db)	q _n					
	[mennyiség vektor]					
Ágazati teljesítmény =	$Y = q_1 * p_1 + q_2 * p_2 + q_3 * p_3 + \dots + q_n * p_n$					

1. ábra
Az egészségügyi kiadások számbavétele: mennyiség x ár

Nyilvánvaló, hogy a betegek gyógyulása szempontjából csak az igénybe vett kezelések és gyógyszerek naturáliákban mért mennyisége számít (pl. orvos-beteg találkozások száma és időtartama). Az, hogy az orvosi munkaidő milyen órabérrel van elszámolva, vagy, hogy mennyibe kerül a bevett gyógyszer tablettánként – teljességgel érdektelen. Az ágazat dolgozóit, illetve az ágazatban működő üzleti vállalkozásokat (pl. az orvosokat vagy a gyógyszergyárakat) viszont az árak nagyon is érdeklik. Minél magasabbak a bérek, illetve az árak, számukra – adott költségek mellett – annál magasabb jövedelem vagy profit keletkezik.

Amikor az egészségügyi ráfordításokat nemzetközi összehasonlításban vizsgáljuk, akkor a probléma mindig az árvektor kapcsán jelentkezik, mivel a különböző országokban az árak igencsak eltérőek, miközben a természetes mértékegységben mért ráfordítások a gyógyítás standardizációjának köszönhetően nagyjából azonosak (pl. egy vakbélműtét időtartama és az operáció során felhasznált műszerek, kötszerek mennyisége). Itt és a továbbiakban nem térünk ki arra az egyébként jól ismert problémára, hogy a természetes mértékben mért mennyiségek sem jelentenek azonos-ságot két, egymástól fejlettségben nagyon különböző országban. Nyilvánvaló, hogy az átlagbeteg gyógyulása szempontjából egy átlagos magyar orvos 15 percnyi munkája hasznosabb, mint egy átlagos afrikai orvos 15 percnyi munkája. 1 db gyermekbénulás elleni ampulla is más hatással bír, ha betartják a hűtési szabályokat, mintha gondatlanságból erre nem ügyelnek. (Ha egyszer az ampulla felmelegedett, teljesen elveszti hatásosságát.)

A 2009-ben publikált tanulmányaim óta a nemzetközi szervezetek sokat fejlesztették az összehasonlítási módszereket, egyre több országot és egyre több egészségügyi árut és szolgáltatást vontak be az elemzésbe. A jelen tanulmány a 2011-es évről szól, 150 ország 1000 egészségügyi termékét számba vevő számításainak felhasználá-

sával készült. Az ICP projekt tehát azt végzi el, hogy a résztvevő országok mindegyikében újrászámolja az elfogyasztott GDP 32 rész-aggregátumát – melyek között az egyik az egészségügyi ágazat –, de oly módon, mintha a világ minden országa teljesen azonos árakat alkalmazna. Itt hívjuk fel a figyelmet arra a kevéssé ismert tényre, hogy a hagyományos összehasonlítások során, az ún. vásárlóerő-paritások adataival a feltételezéssel készülnek, mintha az adott országban valamennyi egészségügyi termék és szolgáltatás ára egyforma módon térne el az összehasonlítás alapjául szolgáló országtól (pl. az USA vagy az OECD) átlagától. Ez nyilvánvalóan durva leegyszerűsítés.

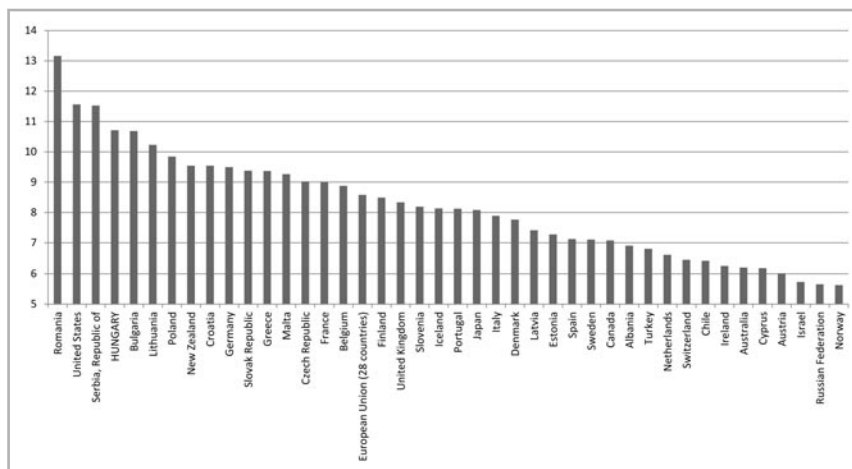
AZ EGYES ÁGAZATOK RELATÍV ÁRSZINTJE

Tanulmányunk címében az „eltorzított árrendszer” kifejezést használtuk, amely egyszerre pontos is, meg némileg félrevezető is. Mint az köztudott, a magyar árrendszer sok tekintetben még ma is magán viseli a szocialista tervgazdaság örökségét – például azt, hogy a nominális nettó bérek igen alacsonyak, miközben az import termékek árai igen magasak. Ennyiben tehát a „torzítás” pontos kifejezés. Másfelől viszont, – és ezt éppen az ICP adatok bizonyítják már 1968 óta, – ez a torzítás annyiban mégis „normális”, hogy nemcsak Magyarországra, vagy a volt szocialista országokra jellemző, hanem általában ez jellemzi a fejletlenebb országok árait, vagyis nem valamiféle károkozásról vagy véletlen hatásról van szó. Az is jól megfigyelhető szabályszerűség, hogy egy adott ország esetében ez a torzítás ágazatonként is különböző.

Az ICP projekt által 2014 elején először publikált, 2011-re vonatkozó adatok szerint Magyarországon az átlagos árszínvonal (vagyis a teljes GDP-t jellemző árak szintje) az OECD országok GDP-vel súlyozott átlagának 59%-a volt, miközben az egészségügyi ellátások átlagos árszintje csak 35% volt. Nem meglepő módon nagyon hasonló eredmény adódott az oktatás árszintjére is (34%). Ugyanakkor egy sor ágazat esetében – ez sem meglepő – a magyar árszint meghaladta az OECD országok átlagát (pl. telekommunikáció: 107%, személyszállító járművek: 104%).

Ha ezeket a relatív árszint-különbségeket kiküszöböljük, és minden ország minden elfogyasztott termékét és szolgáltatását azonos árszinten vesszük figyelembe, akkor a nemzeti statisztikákból átvett Q vektor adatait a közös P vektor adataival megszorozva (ld. 1. ábra) újra számolhatjuk az egyes országok GDP adatait, és ezen belül megvizsgálhatjuk, hogy – például – az egészségügyi szolgáltatások fogyasztása a GDP hány százalékát adja. Ennek a számításnak az eredményét látjuk a 2. ábrán.

Az eredmény igen csak meglepő. Egy közös árrendszerben számolva a magyar egészségügyi fogyasztás a GDP 10,7%-át teszi ki, és ezzel a nemzetközi rangsor élére kerültünk. Hogyan lehetséges ez? Úgy, hogy a magyar egészségügyben – az ország egészének átlagos fejlettségi szintjéhez képest – viszonylag magasak a Q értékek: sok az orvos-beteg találkozás, a kórházban eltöltött napok száma és az elfogyasztott gyógyszerek mennyisége is. Itt az ala-



2. ábra
Az egészségügyi kiadások százalékos aránya a GDP-ben, 2011
 Forrás: A szerző számítása OECD (2014) adatok alapján.

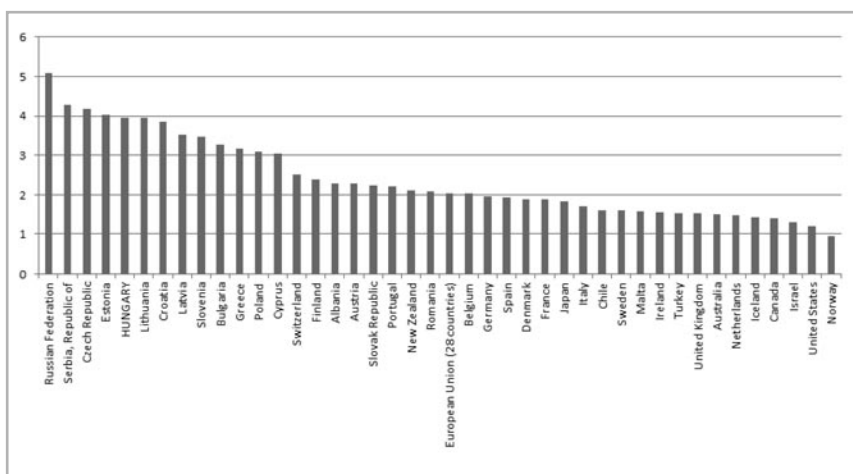
csony árak visszahatása jelentkezik. Magas az orvos-beteg találkozások száma, mert olcsó (sőt ingyenes) a lakosság-nak. Rendszerszinten ez pazarlása az orvosi munkának, amit viszont az ellensúlyoz, hogy az orvosok egy-egy betegre kevés időt fordítanak. Természetesen mindettől függetlenül még mindig igaz marad az a tény, hogy egy fejlet-tebb országban (pl. USA), mindenképp többet fogyasztanak, még akkor is, ha az adatokat 1 főre számítjuk. Ez azt ered-ményezi, hogy az 1 főre jutó egészségügyi kiadások euró-ban számolva – de azonos árakat feltételezve –, 2011-ben 1805 €-t tettek ki, ami alig marad el a megfelelő osztrák vagy finn adattól (1944 €, illetve 2 466 €), és kb. 40%-a a megfelelő amerikai adatnak (4330 €). Ezek a különbségek sokkal kisebbek, mint amit sok a magyar egészségügyben dolgozó szakember (vagy pláne a közvélemény) tudni vél.

NYOMJUK A GÁZT, MEG A FÉKET IS

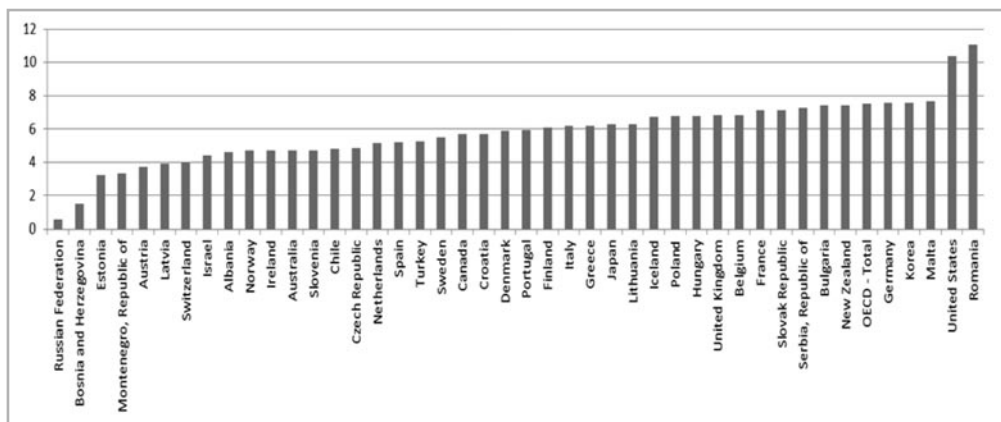
Az ICP-projekt módszertana lehetővé teszi, hogy ne csak ágazatok, de egyes termékek és szolgáltatások fo-

gyasztását is össze lehessen hasonlítani – így például az egészségre köztudottan ártalmas termékekét is. Ide tartoz-nak – például – a szeszes italok, a dohánytermékek és a narkotikumok is. Ha itt is a kalkulált, vagyis nem a valódi árakat használjuk, akkor értelmes módon össze tudjuk adni az „almát a körtével”, vagyis azt a pénzt, amit az egyes or-szágokban dohánytermékekre, alkoholra, illetve kábítószer-re költenek. Ha e három tétel pénzben kifejezett összegét ismét az adott ország teljes GDP-jéhez, vagyis teljes fel-használásához viszonyítjuk, akkor megkapjuk azt az arány-számot, ami azt fejezi ki, hogy az adott ország lakossága mennyit költ saját egészségének alálására (3. ábra).

Sajnálatos, de valójában nem meglepő az eredmény, amit kaptunk. Magyarország ezen a ranglistán is előkelő he-lyet foglal el: 2011-ben a GDP 4%-át költjük egészségünk rongálására, alig-alig elmaradva a hozzánk hasonló törté-nelmi-politikai helyzetű, egykori szocialista országoktól (Oroszország, Szerbia, Csehország, Észtország). viszony-lag magas magyar fogyasztási adatot részben ezen káros termékek alacsony árszínvonalára magyarázza. Mint már em-



3. ábra
Alkohol, dohánytermékek és narkotikumok fogyasztása összesen a GDP %-ában, 2011
 Forrás: A szerző számítása OECD (2014) adatok alapján.



4. ábra
Nettó egészségügyi kiadások a GDP %-ában, 2011

lítettük, az átlagos magyar árszínvonal az OECD átlag 59%-a, a dohánytermékek ára viszont alacsonyabb (48%) és az alkohol ára is csak egy kicsivel magasabb (68%). (E tekintetben vélhetően 2011 óta a helyzet változott, köszönhetően a dohányárak ismételt és radikális áremelkedésének). De miért ne inna az átlag-magyar viszonylag sok alkoholt, ha az alkoholt nem tartalmazó italok átlagos ára viszont még az átlagnál is magasabb (80%)?

Érdeemes megjegyezni az egészségre egyértelműen káros élvezeti cikkek fogyasztásának belső arányait is. A dohánytermékek aránya 58%, az alkoholé 32% és 10% a narkotikumok aránya. Ez a meglepően magas utolsó szám annak a következménye, hogy az OECD országok mindegyikében drága a kábítószer, míg Magyarországon viszonylag olcsó. Ezzel együtt is az adat megbízhatósága még további részletes elemző vizsgálatokat igényel.

Azt is mondhatjuk tehát, hogy a magyar árrendszer úgy működik, mintha egy gépkocsiveető egyszerre nyomná a gázpedált is, meg a féket is. Relatíve sokat költünk a betegségek gyógyítására – a GDP 10,7%-át –, de ugyancsak sokat költünk az egészségünk rongálására is (a GDP 4,0%-át). Ha ezt a két, egymással ellentétes hatást egyidejűleg vesszük figyelembe, vagy más kifejezéssel: nettósítjuk az eredményeket, akkor a 4. ábrán látható, eredményekhez jutunk.

Ennek a ranglistának az élén Romániát és az Egyesült Államokat találjuk. Mindkét országra az jellemző, hogy – azonos árszínvonalon számítva – a népesség viszonylag sok egészségügyi szolgáltatást és gyógyszert vásárol, miközben a káros termékek fogyasztása viszonylag alacsony. A „nettó” gyógyító célú fogyasztás relatív szintje Magyarországon nagyjából az angol és a lengyel adattal azonos.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Mihályi Péter: A relatív belső árak szerepe a gyógyulás, illetve a megbetegedés szempontjából releváns árak és szolgáltatások piacán, IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, 8. sz.
- [2] Mihályi Péter: Árak és a volumenek a poszt-szocialista egészségügyben, Közgazdasági Szemle, július-augusztus.
- [3] OECD (2014): <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=PPP2011#> 2014. április 26-i letöltés.
- [4] World Bank (2014): Purchasing Power Parities and Real Expenditures of World Economies: Summary of Results and Findings of the 2011 International Comparison Program, Washington D.C.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Prof. Dr. Mihályi Péter a veszprémi Pannon Egyetem Pénzügytan Intézeti Tanszékének tanszékvezető egyetemi tanára, 1997 óta foglalkozik egészség-gazdaságtani kérdésekkel. 1997/98-ban a Pénzügyminisztérium helyettes-

államtitkáraként a nyugdíj- és az egészségügyi reform felelőse volt, 2006-2007-ben az Államreform Bizottság Egészségügyi Szakmai Munkacsoport vezetőjeként jelentős szerepe volt a több-biztosítós modell magyarországi adaptációjának elméleti kidolgozásában. Számos egészség-gazdaságtani könyv, tankönyv és tanulmány szerzője.