

## ***Az egészségügyet (és a beteget) nem a piac gyógyítja meg***

Interjú Dr. Gidai Erzsébettel, a Nyugat-Magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Karának dékánjával

**Gidai Erzsébet a közgazdaságtudományok doktora, a soproni Közgazdaságtudományi Kar megalapítója és dékánja, mégis egészségügyünk állásáról faggatom majd. Előjáróban arról kérdeztem, közgazdászként mi-ként kötelezte el magát az egészségügy mellett.**

Elmondta, a hatvanas évek közepén a Marx Károly Közgazdasági Egyetem pénzügy-szakos hallgatójaként Dobrovich Iván professzor hatott rá, aki – akkor még szokatlan módon – az egészségügy közgazdasági kérdéseivel foglalkozott. Ennek ellenére Gidai Erzsébet első munkahelye a Magyar Nemzeti Bank lett. Ám Dobrovich professzor „utána nyúlt”, és rávette, hogy kisdoktori disszertációját egészségügyi témáról, a gyógyszeriparban megtermelt jövedelmekről és a gyógyszerárakról írja meg. Mindezt egy olyan korban, amelyben a magyar gyógyszeripar és -kutatás a világ élvonalába tartozott ugyan, ám egy olyan közgazdasági környezetben működött, amelyben ár és érték messze elszakadtak egymástól, amelyben az árakat nem a piac, hanem más, mesterségesen kialakított tényezők alakították. Ám a dolgozatnak volt egy, a külföldi piaci gyakorlatra és kutatási tevékenységre is kitékintő, sok tanulságot kínáló fejezete.

Mindez elegendő inspirációnak bizonyult a pályamódosításhoz: a Nemzeti Bankot Gidai Erzsébet a Semmelweis Orvostudományi Egyetem tanársegédi állására cserélte fel. Miközben politikai gazdaságtant tanított, elvégezte az ELTE pszichológia szakát is.

A hetvenes évek hozták el Gidai Erzsébet lázadó korszakát, kísérletet tett a marxista tanszék megpezsztítésére, ideológiamentes tárgyakat igyekezett meghonosítani: prognosztikát, más szóval jövőkutatást az egészségügyre vetítve, s javaslatot tett arra, hogy a politikai gazdaságtant cseréljék fel egészség-gazdaságtanra. Kurzusai igen népszerűek voltak. Olyan, mára már beérett témákat pendített meg, hogy mennyi egy emberi élet és mennyi a gyógyulás ára, a költség és a haszon viszonya. Ezek a témák akkor még nemzetközi viszonylatban is újdonságnak számítottak. Kutatásaiban túllépett a makroökómia szempontjain, s egyes intézményekre lebontva is vizsgálta a gyógyítás költségeit.

A nyolcvanas évek elején az Egészségügyi Minisztérium felkérésére egy munkacsoport élén nagyszabású modellvizsgálatban tanulmányozta az ellátási szükségletek, a költségek viszonyát. E kutatás során hasznosította prognosztikai ismereteit, hiszen tízéves előrejelzést is tettek. Az eredményeket lesöpörték az asztalról, következmények nélkül maradtak. A megismételt vizsgálat később bizonyította, hogy az előrejelzés helyesnek bizonyult, s a fő betegség-

csoportokban az olló jelentősen továbbnyílt az ellátás és a szükségletek között.

Idővel, az egészségügy átalakításának igényében, a privatizálásról szóló vitákban a közgazdasági szemlélet megállíthatatlanul helyet követelt magának. Menedzserképző kurzusok indultak.

Gidai Erzsébetet a rendszerváltás a Társadalomtudományi Előrejelző Kutató Intézet élén érte. Kidolgozta az egyetemi szintű orvos- és gyógyszerész-közgazdász képzés módszertanát, tematikáját. A SOTE-n akkor még nem volt erre fogadókészség, így az első egészségügyi közgazdász képzés 1994-ben a szegedi József Attila Tudományegyetemen indult meg. Ezt több hasonló kurzus követte, amelyek közül mára a SE Menedzserképzője, a Corvinus Egyetem és a Nyugat-Magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Karának egészségügyi szaka a legjelentősebbek. Gidai Erzsébet utóbbi kar alapító tanszékvezető tanára, majd egy cikluson át dékánja lett. A kar mintegy 3000 hallgatója közül mintegy 280-300 – már egyetemet végzett egészségügyi dolgozó, jelenlegi és majdani vezető – vesz részt ötszemeszteres orvos-, illetve gyógyszerész-közgazdász posztgraduális képzésben.

Gidai Erzsébetet a politika szele is megcsapta. 1998-ban a MIÉP színeiben parlamenti képviselővé választották. Szívesen és aktívan dolgozott, számos interpellációt nyújtott be. Konfliktusba került a párt elnökével, így elhagyni kényszerült a frakciót.

Számos publikáció, egyetemi jegyzet megírása után önálló kötet megírására szerződött az Akadémia Könyvkiadóval.

Mint Gidai Erzsébet elmondta, közel negyven éves pályafutásának egyik alapvető tapasztalata, hogy tudományos szempontból az egészségügyi közgazdaságtan igen nehezen kapja meg az őt megillető rangot, szerepet, s a mai napig a politika kiszolgáltatottja maradt: hol igénybe vették tudását, ismereteit az aktuális döntések meghozatalakor, hol nem.

Közelítve napjaink egészségpolitikai konfliktusaihoz arról kérdeztem a professzor asszonyt, hogy a közgazdasági iskolák szemléleti különbségei mennyiben vannak jelen az egészségügyi közgazdaságtanban is?

– Az egészség-közgazdaságtanban is markánsan megjelenik a közgazdaság-tudomány két nagy irányzata: a konzervatív és a liberális iskola. A liberális iskola egyértelműen a piaci mechanizmusokat helyezi előtérbe, az államnak csupán az „éjjeli őr” szerepét szánja, míg a konzervatívok sem zárják ki, de korlátoznák a piacot és hangsúlyozzák – az egészségügyön kívül az oktatásban is – az állami szerepvállalást.

**– Önmagát melyik iskolához sorolja?**

– Egyértelműen a konzervatív iskolához. Ez nem jelenti azt, hogy ellene lennének a piaci hatások érvényre juttatásának, de a manapság nálunk is, külföldön is tapasztalható totális piacosítási szándékokkal nem értek egyet.

**– A mai kormány törekvései, illetve már meghozott intézkedései liberálisnak nevezhetők?**

– A legteljesebb mértékben. Minden ízében neoliberális törekvések azok, amelyek a napi gyakorlatban, a reformnak nevezett törekvésekben megjelennek. Pedig tudomásul kellene venni, hogy az egészségügyet (s főként nem a beteg embereket) nem a piac gyógyítja meg. De nem ez a legfőbb gondom, hanem az, hogy a döntések már évek óta nemzeti érdekek mentén és elkapkodva születnek meg, úgy, hogy nem áll mögöttük elmélyült elemző, elméleti munka, olyan viták, amelyek alapján felelősségteljes döntések születnének. De ezzel nem csak napjaink egészségügyi „reformjaira” utalok, hanem a nyolcvanas évek adópolitikai döntéseitől kezdve az Antall-kormány finanszírozást átalakító döntéseiig szinte mindenre. A Németországban mostanában bevezetett, az EU elveinek megfelelő változásokat éveken át vitatták. És még így is óriási a felfordulás. Nálunk pedig a kapkodás olyan módosításokat tesz szükségessé, amely kioltja az eredeti szándékot, több kárt okoz, mint amennyi hasznot hajt.

**– Miről kellene szólnának a megalapozó viták?**

– Mindennek alfája és omegája a magyar népesség egészségi állapota. Addig nem lehet jó döntéseket hozni, ameddig a jelent nem mérjük fel és annak alapján nem rendelkezünk prognózisokkal és azokra alapozott jövőképpel.

**– Ismereteim szerint 10-15 éve időről-időre készülnek ilyen felmérések...**

– Valóban, valami van. Eredményesek a születéskor várható élettartamra, az egészségben eltöltött évekre vonatkozó statisztikai elemzések és prognózisok. Mégis hiányoznak azok az elmélyült tanulmányok, amelyeknek alapját a területi és rétegbontásban elvégzett felmérések adnák. Az utolsó ilyen még a nyolcvanas évek elején az akkori Orvostovábbképző Intézetben készítették. Tudunk kellene, hogy 5-10-15 év múlva merre mozdul el a lakosság egészségi állapota és csak utána hozzálátni a struktúra átalakításához.

**– Ez azt jelenti, hogy nem ért egyet a minisztérium ágyszám-csökkentést megcélzó kapacitás-szabályozásával?**

– Igen, azt jelenti. Ugyanakkor nem jelenti azt, hogy ne értenék egyet azzal, hogy valamiféle átszervezést végre kell hajtani a közszolgálati egészségügyi ellátás területén, ugyanis a csökkenő forrásokkal valóban takarékosabban kell bánni. Tisztában vagyok demográfiai helyzetünkkel, a lakosság elöregedésével, a negyedik generáció – a 80 és 100 év közöttiek – megjelenésének következményeivel. Ám csak ártunk és rombolunk, ha megfelelő hatástanulmányok

nélkül, helyi alkuk nyomán nyúlunk bele a rendszerbe, ha nem tudjuk, hogy évek múlva kiket és milyen betegségekből kell meggyógyítanunk. Annyit tudunk csak, hogy x összeget ki akarunk vonni az ágazatból, mert spórolnunk kell. Ez kevés. Pedig a nyolcvanas évek közepe óta tudjuk, folyamatosan mondjuk, hogy át kell rendezni az ellátó rendszert, s időről időre minden kormány nekiveselkedik az ágyszámok leépítésének. Tanulmányok mégsem készülnek. Lehetséges, hogy sokkal több aktív ágyat kellene most megszüntetni, lehetséges, hogy kevesebbet. Megfelelő adatok és előrejelzések nélkül nem tudjuk. A beteg nem számít, kiesett a rendszerből és az egészre ráakódik egy nagy adag politikai érdek-maszlag.

**– A gyógyszerpolitikáról is hasonlóan rossz véleményen van?**

– Igen, ott is a pénzkivonás és a piacosítási szempontok dominálnak. Nem vitatom, hogy a közpénzek igazságos elosztása folyamatosan korrekciót kíván. De megint kimaradtak az elemzések, a viták és legfőképpen kimaradtak a betegek. És kimaradtak a külföldi, például a szlovák példák tanulságai. Vegyük példának a vizitdíjat! Óriási adminisztrációs többletköltséggel jár. Kiszámolta valaki, hogy pontosan mennyivel? Nem veszítjük el rajta az összes bevételt, miközben óriási társadalmi konfliktusokat szítottunk? Fontos lett volna a reformtervezet megvitatása szakmai és civilszervezetekkel. Társadalmi konszenzus nélkül nem jöhet létre megvalósítható elképzelés. Hiba, hogy nem készültek hatástanulmányok, nem mérték fel, hogy mekkora a lakosság (a fogyasztók) teherbíró-képessége, lesz-e a megszorító intézkedések hosszú sorához elegendő fizetőképesség. Ezek hiányában a jelenlegi reformcsomagnak is az lesz a sorsa, mint az összes eddiginek: a módosítások miatt nem éri el a célját, de súlyos károkat okoz.

**– Ön hogyan látja hozzá a szükséges változtatásokhoz?**

– Semmiképpen nem a háztartásokra, a megbetegedettek családjára terhelnék még többet. Elsőként a járulékbefizetéseknek néznék utána. Lehetetlen, hogy a multinacionális cégek sorra kibújjanak kötelezettségeik alól. A kintlévőségeket be kell hajtani. Utána az egészségügyben dolgozók bérét, fizetését szükséges rendezni. Legalább három-négy-szeres bérjavításra lenne szükség ahhoz, hogy a nyugat-európai bérszínvonalat megközelítsük. Amíg ez nem történik meg, addig a hálapénz szükségszerűen egészíti ki a jövedelmeket. Az egészségbiztosítási kasszából ki kell emelni a nem odavaló tételeket, így a gyermekgondozási díjat, a különféle nyugellátásokat. Ezeket a kiadásokat a költségvetésből kell finanszírozni. Ezzel több száz milliárd lenne megtakarítható és az összeget az egészségügyi intézmények konszolidációjára kellene fordítani.

És fokozottan figyelemmel kell lenni az Európai Parlamenti Közgyűlés javaslataira, amelyeket az egészségügyi rendszerek reformjával kapcsolatosan fogalmaztak meg még 2003 szeptemberében. Ez alapkövetelményként fogal-

mazza meg az egyenlőség, a minőség és a hatékonyság összeegyeztetését. Ezek az alapelvek lehetővé kell, hogy tegyék mindennemű hátrányos megkülönböztetés nélkül mindenki számára az ellátórendszerhez való hozzáférést. Előterbe helyezi a megelőzést és az alapellátást. Az említett dokumentum utal egy korábban elfogadott chartára, amely leszögezi, hogy az európai egészségügyi rendszerek reformját az emberi méltóság, az egyenlőség, szolidaritás és a szakmai etika kell vezéreljék, a minőség és a költséghatékonyság javítására irányuljanak, teljes lefedettséget és egyenlő hozzáférést biztosítsanak. Figyelemre méltó, hogy a javaslat a tagállamokat felszólítja, hogy erősítsék meg az állam szerepét az egészségügyi ellátó rendszerek szabályozása terén. Napjaink hazai „reformja” szempontjából különösen fontos, hogy az Európai Parlament arra is felszólítja a Miniszteri Bizottságot, hogy vizsgálja meg a tagállamok egészségügyi politikájának azokat az irányzatait, amelyeknek következménye lehet az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutás egyenlőségének romlása (pl. co-payment bevezetése, illetve növelése), a magánbiztosítás elterjesztése, vagy az erőforrásoknak a „zászlóshajó” nagykórházakra koncentrálása.

**– Lehet-e, és mi lehet a szerepe a privatizációnak?**

– A privatizáció igen kényes folyamat. Nem szabad a kórházaknál a kapukat kitérni, egy ilyen lépés hatalmas korrupciós hullámokat gerjesztene. Kis kórházak esetében elképzelhető a funkcionális privatizáció, de csakis az ott dol-

gozók bevonásával és továbbra is a betegellátás szigorú OEP-felügyelete mellett.

**– Ha már szóba hozta az OEP-et. Mi az álláspontja az egybiztosító-több-biztosító vitában?**

– A jelenlegi egybiztosítós rendszer működőképes, ha a forrásokkal való gazdálkodást szigorúbban, átgondoltabban végzik, a befizetett járulékokat valóban a gyógyító-megelőző ellátásra fordítják. Több-biztosítós rendszer bevezetése a jelenlegi jövedelmi viszonyok, a lakosság egészségügyi állapotának romlása, a regionális fejlettségbeli különbségek nem adnak megfelelő alapokat. Óhatatlanul felerősödnek a társadalmi-politikai konfliktusok. A kiegészítő magán-betegségbiztosítások területén azonban lehetne versenyeztetni a magánbiztosítókat, de ennek finanszírozásában a munkavállaló mellett a munkáltató is szerepet kell vállaljon, amit adómérsékléssel kompenzálni lehet.

Végző soron elfogadhatónak tartom az aktív és krónikus ágyak arányának javítását az ápolási és rehabilitációs ellátás javára. Szükség van a finanszírozási rendszer korrekciójára is, a be nem fizetett járulékok behajtására, a kiegészítő magánbiztosítások kialakítására. De nincsen szükség a rendszer teljes szerkezeti átalakítására, nincsen szükség a lakosság terheinek ugrásszerű növelésére és a haszonelvűség érvényesítésére. Nem lehet felszámolni az alanyi jogon járó egészségügyi ellátási rendszert, mert ez a lakosság amúgy is rossz egészségi állapotának további romlását és a népesség fogyását eredményezi.

Nagy András László

NÉVJEGY



**Prof. Dr. Gidai Erzsébet** 1940-ben született. Tanulmányait a Marx Károly Közgazdasági Egyetem Pénzügyi Szakán folytatta. Első munkahelye a Magyar Nemzeti Bank, majd a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen tanársegéd. 1988-ban lett a közgazdaság-tudományok doktora, később a

MTA Jövőkutató Bizottságának alelnökévé választják. 1994-ben a szegedi József Attila Tudományegyetemen megszervezi az egészségügyi közgazdász képzést. 1999-ben a soproni, később Nyugat-Magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Karának alapító tanszékvezető tanára, majd dékánja. 1998 Kecskeméten, a MIÉP listáján országgyűlési képviselővé választották, a ciklust függetlenül fejezte be.



**I. Egészség-gazdaságtan Konferencia**

2007. július 4.

**Új helyszín!**

Best Western Hotel Hungaria – 1074 Budapest, Rákóczi út 90.

LARIX Kiadó Kft.

1089 Budapest, Kálvária tér 3. II. 29. • Telefon/fax: 333 2434, 210 2682

www.imeonline.hu • ime@imeonline.hu • www.larix.hu • larix@larix.hu