

A relatív belső árak szerepe a gyógyulás, illetve a megbetegedés szempontjából releváns áruk és szolgáltatások piacán

Mihályi Péter, Pannon Egyetem, Közép-Európai Egyetem

A tanulmány friss világbanki és OECD adatok alapján azt vizsgálja, hogy Magyarországon és a poszt-szocialista országokban általában miként alakultak az elmúlt két évtizedben az egészségügyi szolgáltatások abszolút és relatív árai – összehasonlítva más országokéival, illetve a GDP egyéb komponenseivel (közlekedés, oktatás, beruházás stb.). A szerző arra a következtetésre jut, hogy Magyarországon nem csak a gyógyítás érdekében felhasznált inputok ára alacsony (pl. bérek), de ugyancsak alacsony az ára azoknak a jóságoknak is, amelyek kifejezetten károsak az egészségre. Elsősorban az alkoholra és a dohánytermékekre igaz ez. Az alacsony árak viszont minden körülmények között keresletnövelő hatásúak. Olcsó a káros és olcsó a – népegészségügyi szempontból – hasznos fogyasztás is. Ez olyan, mint amikor a kezdő vezető egyszerre nyomja a gázt is, meg a féket is. Talán ez az egyik – mindeztáig figyelmen kívül hagyott – oka a különösen kedvezőtlen magyar demográfiai adatoknak.

The study uses recent World Bank and OECD data to understand why relative price and wage levels in the health sector are so low in Hungary, as well as in other post-socialist countries. Quite surprisingly, the data show that the price of harmful, health-relevant consumption goods – tobacco products, alcohol and narcotics – is also very low. Hungary spend 4.3 per cent of her GDP on such goods, almost three times as much as the United States. This proportion is only exceeded by two Baltic countries, Latvia (4.4%) and Estonia (4.5).

BEVEZETÉS

E tanulmány – közelmúltban publikált világbanki és OECD adatok alapján – azt vizsgálja, hogy a poszt-szocialista országokban miért olyan alacsony az egészségügyi ágazat relatív ár- és bérszintje a GDP átlagos árszintjéhez viszonyítva. Első megközelítésben a válasz az, hogy ez a viszonylagos alacsony árszint a szocialista tervgazdaság nehezen változtatható, de pozitív öröksége, mert ez tette és teszi lehetővé, hogy a lakosság viszonylagosan több egészségügyi szolgáltatáshoz jusson, mint amennyit az adott ország – GDP/fő-ben mért – fejlettsége egy korlátozás-mentes piacgazdaságban indokolna. De az is igaz, hogy a poszt-szocialista országokban az egészségre káros fogyasztási javak (szeszes italok, dohánytermékek és narkotikumok) ára is viszonylag igen alacsony. Ennek az a következménye, hogy ezekre a káros javakra hazánk állampolgárai a

GDP 4,3%-ának megfelelő összeget fordítanak, közel háromszor annyit, mint az amerikai polgárok (1,5%). A miénknél magasabb arányt csak két balti ország, Lettország (4,4%) és Észtország (4,5%) produkál. Magyarországon e két, egészségre káros élvezeti cikkre fejenként és évente 639 dollárt költünk, 1/3-át annak a „hasznos” 1950 dollárnak, mint amennyit a GDP-ből egészségügyre fordítunk. Ausztria esetében ez a kár-haszon arány 1/5, az USA-ban 1/7. Vételezhetően ez az egyik fontos és a szakirodalomban eddig még nem tárgyalt oka annak, hogy a poszt-szocialista országok népegészségügyi mutatói rosszak, esetenként még romlanak is.

ÁRAK ÉS VOLUMENEK

Az egészségügyi rendszerek elemzésekor sokszor körültekintés nélkül használjuk az erőforrás kifejezést. Valójában, amikor erőforrásokról beszélünk, mindig két dimenzióban kellene gondolkodnunk: természetes mértékegységben számba vehető volumenekben (q) és pénzben (p) kifejezhető érték nagyságokban ($Y = q \cdot p$). (Itt és a továbbiakban mindenütt q , p és Y -elemű vektorként értelmezendők.) Nem mindegy, hogy valamiből sok van, vagy csak nagyon drága!

A Világbank 2007 végén [1] kezdte publikálni az első eredményeket az ún. International Comparison Project (ICP) legújabb, VI. fordulójának számításából. A Világbank közreműködésével folyó ICP projekt kezdetei 1968-ra nyúlnak vissza, amikor a washingtoni pénzügyintézet beszállt a Pennsylvaniai egyetemen folyó kutatásokba. Az első, 70-re vonatkozó számítások 10 országot fogtak át. Ezt követően nagyjából ötvenként volt mód új számításokra, egyre bővülő ország-körre [2, 3]. Ezzel párhuzamosan – más fajta módszertani megközelítéssel – a KGST keretében is folytak nemzetközi összehasonlító számítások. A 90-es években a két szál az ENSZ égisze alatt egyesült, majd bekapcsolódott a munkába az OECD és az Eurostat is. A kezdetekről résztvett a munkában Magyarország Id. Jánossy [4], Szilágyi – Bóday [5], Kravis és szerzőtársai [6] valamint Borenstein [7] munkáit. A VI. forduló részleteiről magyar nyelven Györffy jelentetett meg tanulmányt [8].

Túlzás nélkül állítható, hogy ez az OECD-t és az Eurostatot is magában foglaló megaprojekt minden korábbi, hasonló kezdeményezést felülmúlt. Nem kevesebb, mint 146 ország szolgáltatott adatot – hat nagy régióba csoportosítva – és 1000-nél is több egyedi áru- és szolgáltatás-féleségre terjedt ki az érték-, illetve ár-adat gyűjtés (Y_d és p_d). (A d alsó index a hazai (domestic) jelző rövidítéseként értelmezendő.) Az ilyen módon képzett, régiós átlagokból alakult ki

az a 2005. évre vonatkozó, hipotetikus világ-árrendszer (p_{icp}), ami súlyozott átlag módjára visszatükrözi valamennyi résztvevő ország belső árrendszerét. Ezt követően a GDP-t alkotó valamennyi kiadási tétel (expenditure) átárazásából adódott ki az a nemzetközi dollár alapú skála (Y_{icp}), amely mentén a résztvevő országok gazdasági fejlettsége makroszinten is (GDP, GDP/fő), meg a GDP-t részelemeiként számba vett tetszőleges kiadási rész-aggregátum (fogyasztás, beruházás, oktatás, egészségügy stb.) is összehasonlítható – ti. abban az értelemben, hogy 1 nemzetközi dollár azonos vásárlóerővel rendelkezik minden egyes országban.

Tárgyunk szempontjából annak van különös jelentősége, hogy 10 év után az ICP projekt ismét vállalkozott arra, hogy kiadás-csoportok áraindexei alapján közvetlenül összehasonlíthatóvá tegyen és publikáljon több, az egészségügyi ágazatra vonatkozó keresztmetszeti adatsort. Az pedig egyenesen előzmény nélküli, de szintén igen jelentős előrelépés, hogy a Világbank a GDP kiadási tételeinek elemzése során egy külön kategóriába összevonva kimutatta a népegészségügyi szempontból különösen ártalmas termékek relatív árait és fogyasztását is. Tudomásom szerint ez az első olyan nyilvános elemzés, ahol a szeszésital, a dohányzás és a narkotikumok vásárlására fordított pénzek ilyen módon összehasonlíthatóvá váltak egyrészt az országok között, másrészt viszont a gyógyításra fordított összegekkel is.

KETTŐS TÜKÖR, KETTŐS CÉLRENDSZER

Nyilvánvaló, hogy egy adott pénzmennyiség – mondjuk 1400 milliárd forint (éppen ennyi az Egészségbiztosítási Alap 2009. évi kiadási főösszege) – eltérő volumenű egészségügyi szolgáltatást tud finanszírozni attól függően, hogy milyenek e szolgáltatások magyarországi egységei (p_{nd}). (A h index az egészségügyi kiadásokat jelöli (health)). Azaz, mibe kerül egy orvosi munkaóra, egy ampulla gyógyszer, 1 kWh villamosenergia, 1 telefonhívás stb. A betegek gyógyulása, komfortérzete szempontjából azonban az árak egyáltalán nem, csakis a felhasznált-elfogyasztott output volumenének számítanak. Itt és a továbbiakban figyelmen kívül hagyjuk azt a tényt, hogy a gyógyító orvos erőfeszítései, a beszedett gyógyszerek nem feltétlenül eredményeznek gyógyulást. A szakirodalom ezért beszél – joggal – az output és az outcome megkülönböztetésének szükségességéről.

Másfelől viszont minden 100 forintnyi egészségügyi kiadás, valakinek 100 Ft egészségügyi bevételt eredményez. Az egészségügy ugyanis, mint a társadalom egyik alrendszere nem pusztán a betegek gyógyítását szolgálja. Az is célja, hogy a szolgáltatást nyújtók, akik közvetlenül vagy közvetve részesei ennek a rendszernek, a lehető legmagasabb szinten biztosítsák saját megélhetésüket. Mindazok számára, akik az egészségügyből élnek, a pénzben kifejezett bevétel nagyságának van jelentősége (Y_{nd}), bár ezen belül egyáltalán nem mindegy – például egy nővér számára –, hogy túlórázással (Δq_d) vagy az órábéré emelkedésével (Δp_d) jut hozzá a magasabb jövedelemhez.

Ennek a kettősségnek az elméleti és gyakorlati jelentőségét nem lehet eléggé hangsúlyozni. Ha bárki véleményét akar formálni arról, hogy egy adott ország – legyen az Magyarország vagy az Egyesült Államok – sokat vagy keveset fordít egészségügyre, vagy ezen belül egy-egy meghatározott kisebb kiadási csoportra (pl. háziorvosra, kórházra vagy orvosi műszerekre), akkor mindig meg kell különböztetnie egymástól az érték és a volumen-adatokat. A két ország példája nem véletlen: Magyarországon az orvostársadalom többsége, sőt az egészségügyi közgazdászok jelentős része is úgy gondolja, hogy több pénzt kellene fordítani az egészségügyre. Az USA-ban éppen ellenkező irányban van konszenzus: minden mérvadó közgazdász a kiadások csökkentését tartaná indokoltnak.

Gyakorlati szempontból azért fontos az árak és volumenek megkülönböztetése, mert minden ágazatpolitikai döntés meghozatalakor szem előtt kell tartani azt a lehetőséget, hogy egy adott terület – mondjuk a tüdőgyógyászat – számára biztosított, pénzben kifejezett többletráfordítás (ΔY_d) a tüdőbetegek számára nem eredményez automatikusan tényleges többlet-szolgáltatást. Az orvos-bérek emelkedése vagy a gyógyszerárak növekedése nyomán ugyanis – minden egyéb körülményt változtatlanul tekintve – nyilván nem javul a lakosság egészségi állapota, nem lesz eredményesebb a gyógyítás. Finnországban egy háziorvos keresete az országos átlag kétszerese, Izlandon vagy az Egyesült Államokban viszont az ottani családi orvosok három és félszer többet visznek haza, mint egy átlagdolgozó – mégsem gondolná senki, hogy egy finn orvos munkája saját betegei szempontjából ennyivel kevesebbet érne. A szakkivizsgálóval rendelkező szakorvosok esetében az OECD országok között a különbség még ennél is nagyobb [9]. Az orvosi béreket a szerzők GDP-szintű, átlagos vásárlóerő paritáson hasonlították össze.

Az is könnyen belátható, hogy attól nem gyógyulnak jobban az amerikai betegek, hogy az USA-ban a gyógyszerárak 50%-kal magasabbak, mint Nyugat-Európában. Igaz viszont a fordított összefüggés is: a látszólag nagyon különböző brit és amerikai egészségügy teljesítménye is közelebb kerül, ha azonos árakat használunk az elemzés során. Feachem [10] számításai szerint – például – a legjobb amerikai egészségbiztosító és az angol National Health Service által nyújtott gyógyítási teljesítmény körülbelül azonos. Ugyanez derült ki az amerikai-kanadai összehasonlításokból is. Egy 1985-ből származó összehasonlítás már kimutatta, hogy az USA-ban hiába magasabb 72%-kal az egy főre jutó közvetlen orvosi kiadás, mint a szomszédos Kanadában, a 80%-kal magasabb amerikai bérszínvonal miatt valószínűleg az átlag amerikai kevesebb orvosi szolgáltatásban részesül, mint az átlag kanadai [11].

A felszínen látható költségkülönbségek döntően az alkalmazotti bérek közötti különbségből adódnak. Ezek az összefüggések ránk is érvényesek, ezt 2002-ben meglehetősen drágán tanulta meg a magyar egészségügyi kormányzat: hamar kiderült, hogy a betegek szempontjából az 50%-os orvos-béremelésnek nem volt semmiféle érzékelhető nagyságú, jobbító hatása.

HASZNOS ÉS KÁROS FOGYASZTÁS

Szemben az egészségügyi ágazat legtöbb specialistájával, e tanulmány szerzője már legalább egy évtizede azt az álláspontot képviseli [12], miszerint volumenben számolva Magyarország 1990 előtt is, meg utána is több erőforrást fordított az egészségügyre, mint amit a gazdaság általános fejlettsége – a nemzetközi tendenciák alapján – indokolt volna. Ezt jelezték ugyanis azok a nemzetközi összehasonlítások, amelyben az egészségügy csak egy volt a nemzetgazdaság számos ágazata közül [7, 19]. Mindebben – szerintem – már akkor sem volt semmi meglepő. A szocialista tervgazdálkodás egy fajta szükségletdiktatúra volt, amiből rossz és jó dolgok egyaránt következtek. Az egészségügyi ágazat szempontjából éppenséggel ennek az allokációs rendszernek a jó oldala volt a fontosabb. Miután a rendszer irányítói úgy gondolták, hogy az egészségügyi ellátás minél magasabb szintre történő emelése fontos társadalmi cél, ezért az ágazaton belüli árakat alacsonyban tartották, miáltal az állami költségvetés szűkös forintjaiból viszonylagosan sok erőforrást tudtak erre a célra „megvásárolni”. Ha Magyarországon az 1950-es és 60-as években 100%-ban tiszta piacgazdaság lett volna, akkor a családok többsége a maga erejéből, a maga egyedi döntései alapján egészen biztosan kevesebb pénzt fordított volna egészségügyre, és ezért volumenben számítva kevesebb szolgáltatáshoz is jutott volna, mint amennyit az állam képes volt erre költeni és a társadalom tagjai között szétosztani. (Azután persze, hogy – az ár- és bérrendszer eltorzításán keresztül, továbbá az önkényesen megállapított adók formájában – a párt-állam magához vonta az ehhez szükséges forrásokat.)

Ma már azt is tudjuk, ami a rendszerváltás idején nem volt egyértelmű: az egészségügyi piacok rendszerébe való beavatkozás nem a szocialista tervgazdálkodás sajátossága. Bár különböző mértékben és különböző technikákkal minden fejlett piacgazdaságban ez történik. Miért a beavatkozás? Könnyű belátni, de a mindennapi tapasztalás is megerősíti, hogy egy modern társadalomban a fogyasztók akkor is hozhatnak a maguk szempontjából szuboptimális döntést, ha szuverén módon döntenek és teljes mértékben informáltak. Például azzal, hogy betegség esetén sem feltétlenül fordulnak orvoshoz, ha ezért fizetni kell, még akkor sem, ha sejtik, hogy az orvosi segítség nagyobb egyéni haszonnal jár, mint amennyit ezért a pénzért vásárolnának, ha a pénzt másra költenék. Az olyan javakat, amelyek fogyasztását vagy használatát a kormányzat kötelezően előírja, vagy adminisztratív eszközökkel ösztönzi, a mikroökonómia Musgrave [13] nyomán meritorikus (önmagukban értékes, angolul: merit goods) javaknak nevezi. A közoktatás mellett az egészségügy a legjobb példája ennek. Gondoljunk csak a gyermekorvoslásra, a háziorvosok tevékenységére, a kötelező védőoltások és szűrővizsgálatok rendszerére. Ezért is működtetnek a modern piacgazdaságok is olyan finanszírozási rendszereket, ahol ezen szolgáltatás igénybevételének pillanatában a páciensnek egyáltalán nem, vagy csak egy szimbolikus mértékben kell fizetnie (co-payment).

Másfelől viszont nagyszámban vannak olyan demeritorikus (kártékony, angolul: demerit goods) árucikkek és szolgáltatások, amelyek ártnak annak is, aki ezeket fogyasztja, meg annak is, akik a fogyasztók közelében vannak. Ezért az állam – legyen az szocialista vagy piacgazdaságba illeszkedő – az árak adókkal történő megemelésével igyekszik akadályozni ezek fogyasztását. Ez a fogyasztói szuverenitás tudatos korlátozása. A dohányosok tisztában vannak azzal, hogy a cigarettákkal, az alkoholisták is tudják, hogy az ital saját életkilátásaikat rombolja. De az állam úgy érvel, hogy a dohányzás árt a nem-dohányzóknak is – az ún. passzív dohányosoknak –, az alkoholisták és a kábítószer-fogyasztók súlyosan károsítják a környezetükben élők életminőségét is. Ezek olyan súlyos externális hatások, hogy indokolt a beavatkozás.

Három fő oka van annak, hogy az egészségügy szempontjából releváns piacok működésébe történő efféle állami beavatkozás hosszú távon is – tehát nemcsak a szocialista tervgazdaság rendszerében – fenntartható:

- Az emberi élet, az egészség védelme eléggé általánosan elfogadott társadalmi cél ahhoz, hogy a választók a szolidaritás nevében legitimnek tekintsék az állam által kivetett extra-adókat (pl. jövedéki adó, emelt-szintű áfa), az egészségügyi szolgáltatók pedig elfogadják, hogy szolgáltatásaik árát az állam – ha nem is 100%-ban, de meglehetősen széles körben – adminisztratív úton szabályozza.
- Mind a meritorikus, mind a demeritorikus javak esetében belátható, hogy itt nem pusztán egyfajta elvont, humanitárius megfontolásról van szó, a beavatkozást költség-hatékonysági szempontok is indokolják. Ezért van az, hogy nemcsak az állami bürokrácia, de az egészségbiztosítással for-profit alapon foglalkozó biztosítók is ilyen elvek szerint alakítják ki üzleti szabályzataikat. Vagyis támogatják a szűrő- és megelőző vizsgálatokat, igyekeznek anyagilag is ellenőszőzni a dohányzást, mértéktelen alkohol-fogyasztást stb. Mindez nagyon hasonlít ahhoz, ahogyan az autógyárak a garanciális időn belül megkövetelik a gépjárművek rendszeresen szervizelését.
- A gyakorlatban mind a meritorikus, mind a demeritorikus javak külkereskedelmi forgalma korlátozott. Az egészségügyi ellátások szinte teljes mértékben helyhez kötöttek, a szolgáltatás importjára számos okból csak igen korlátozott módon van lehetőség. Ezért az állami beavatkozás hatását még a leginkább önérdékkövető – ha tesszik: legönzőbb – fogyasztók is csak körülményesen, vagy egyáltalán nem tudják kivédeni. Az egészségre káros élvezeti cikkek importját az államok egyfelől mennyiségi kvótákkal, másfelől vámokkal és adókkal szabályozzák, így meg tudják akadályozni az államilag „kitárlt” árak lemorzsolódását.

Az árak azonban visszahatnak a mennyiségekre. Sőt, minél modernebb egy gazdaság, annál inkább érvényesül az árak kereslet és kínálat-befolyásoló hatása. Ez egyaránt

érvényes az emberi egészség megőrzése és helyreállítása szempontjából hasznos, illetve káros javakra. Ez részben éppen, hogy segíti, de részben – mint majd látni fogjuk – hátráltatja is a posztszocialista kormányok által helyesnek tartott célok elérését.

Visszatérve az ICP legújabb fordulójának árszint-eredményeire, megállapíthatjuk, hogy ezek egy fontos szempontból teljes összhangban vannak mindazzal, amit eddig is sejtettünk. Mint azt az 1. táblázat mutatja, másfél évtizeddel a rendszerváltás után az átlagos magyar árszínvonal csak kis mértékben van elmaradva a hipotetikus világár-szinttől. Magyarországon átlagosan – vagyis az áruk és szolgáltatások teljes körét tekintve – az árszínvonal ma már mindössze 20%-kal marad el a (súlyozott) világátlagtól. E tekintetben – Horvátország kivételével – megelőzzük a számunkra fontos versenytársakat – így például a cseheket, a lengyeleket vagy az oroszokat is. Ha viszont csak az egészségügyi kiadásokat nézzük, a tendencia ott is hasonló, de az átlaghoz viszonyított elmaradás mértéke sokkal nagyobb. S ráadásul itt sokkal nagyobb is az egyes országok árszínvonalának közötti szórás. Ez a teljes ország-körre is igaz, nemcsak a táblázatban bemutatott 12 országra. Sőt ennél több is igaz, az ICP-ben vizsgált 15 kiadási termék csoport közül egyedül az oktatás az, ahol az árindexek szórása meghaladja az egészségügyét [2].

A magyar egészségügyi árai 37%-kal alacsonyabbak, mint a világátlag, és ezen belül a magyar árszint az amerikaiaknak csak 34%-a. Vagyis érvényesül az az elv, hogy a meritorikusnak tekinthető egészségügyi szolgáltatások árai – elsősorban a múlt örökségeként – még mindig alacsonyabbak, mint amit gazdasági fejlettségünk indokolna.

2005. évi adatok	GDP	Egészségügyi kiadások
Egyesült Államok	124	186
Egyesült Királyság	146	146
OECD - Eurostat régió	123	142
Franciaország	142	141
Ausztria	135	137
Németország	138	133
Horvátország	82	70
MAGYARORSZÁG	80	63
Észtország	77	58
Csehország	75	54
Lengyelország	73	51
Szlovákia	69	49
Oroszország	56	31
Addendum:		
Afrika	57	41
Ázsia (csendes óceáni)	51	18
FÁK országok	53	28
Dél-Amerika	65	50
Nyugat Ázsia	64	35

1. táblázat

A GDP és az egészségügyi kiadások relatív árindexei (146 ország átlaga=100)

Forrás: World Bank (2008) [2, 3]

A most először publikált, részletes ICP-adatok azonban felszínre hoztak egy olyan – véleményem szerint az egészségpolitika szempontjából rendkívül fontos – összefüggést, amelyről korábban csak sejtéseink lehettek. Bebizonyosodott ugyanis, hogy a posztszocialista fejlődés keretei között nemcsak az egészségügyi ellátások árszintje, de az egészségre kifejezetten káros, demeritorikus javak árszintje is alacsony. A dohánytermékek és a szeszesitalok a legértelmezesebben a legfejlettebb országokban – az Egyesült Királyságban, Franciaországban és Németországban – adóztatják meg, a legkevésbé pedig Oroszországban, illetve Moldovában. Ez is egybevág azzal, amit más forrásokból tudunk: az orosz lakosság azért fogyaszt sok alkoholt, illetve azért dohányzik nagy arányban és nagy mennyiségben, mert e termékek relatív árai igen-igen alacsonyak. Ezeket az összefüggéseket – mintegy kinagyított formában – leolvashatjuk a 2. táblázatból is, amely módszertanilag annyiban különbözik az előzőtől, hogy több – számunkra az egészségügyi tendenciák összehasonlítása miatt érdekes – ország adatait prezentálja, és a viszonyítási alap is könnyebben értelmezhető. Nem a világ 146 országából képzett átlagot, hanem az OECD = 100 átlagot tekintjük bázisnak. (A mohamedán országok esetében ugyanis – ismert kulturális okok miatt – az alkoholfogyasztásról nincsenek adatok.)

A táblázatban az adatokat a dohánytermékek relatív árai alapján rendeztük sorba – abból a megfontolásból, hogy ez a termék az, ami a leginkább egyértelműen rongálja a népesség egészségi állapotát.

A VOLUMENEKRŐL

Mennyi erőforrást fordítanak a világ országai egészségügyre? A priori megfontolások alapján azt gondolhatnánk, hogy ez alapján véve az általános fejlettségi szint függvénye: minél gazdagabb egy ország – GDP/fő szerint – annál többet, minél szegényebb, annál kevesebbet. Mint az alábbiakban bemutatjuk, az összefüggés ennél lényegesen bonyolultabb. Azt például már legalább egy évtizede feltárta a szakirodalom, hogy a q_{hd} vektor elemei még a közel azonos fejlettségi szintű országokban is eltérőek. Sokszor idézett példa az orvoshoz fordulás gyakoriságában megmutatkozó hatalmas különbség az Egyesült Államok és Szingapúr között, jól lehet GDP/fő tekintetében a két ország elég közel áll egymáshoz. De ugyanilyen mértékű eltéréseket látunk az egyébként hasonló fejlettségű Svájc és Németország, vagy Svédország és Dánia között. Az alábbiakban azonban azt fogjuk bemutatni, hogy a posztszocialista országok egészségügye általában több erőforrást használ fel, mint azt relatív gazdasági fejlettségük indokolja. Azt is igazolni fogjuk, hogy ennek – részben – az átlagnál alacsonyabb egészségügyi árszínvonal az oka.

Azt gondolhatnánk, hogy e tanulmány 1. részében tárgyalt okokból kifolyólag erre két számbavételi módszer kínálkozik:

2005. évi adatok	Nem-alkoholos italok	Szeszes italok, dohánytermékek és narkotikumok	Szeszes italok	Dohánytermékek
Egyesült Királyság	122	178	140	236
Franciaország	86	112	84	160
Németország	104	99	75	136
Finnország	134	139	158	126
Ausztria	97	94	75	118
Egyesült Államok	83	100	95	111
Horvátország	103	84	99	77
Szlovénia	89	71	80	68
MAGYARORSZÁG	86	67	74	66
Csehország	82	65	76	59
Szlovákia	76	58	63	57
Lengyelország	85	62	82	49
Észtország	90	63	81	47
Románia	82	53	78	31
Szerbia	71	40	62	26
Oroszország	65	38	58	16
Moldova	62	26	38	14

2. táblázat
Az italféleségek és dohánytermékek relatív árándexei (OECD átlag = 100)
Forrás: OECD.Stat Extracts, 2008. dec. 8-i letöltés

- Kiindulhatunk az egészségügyi kiadások belföldi áron mért nagyságaiból ($Y_{hd} = q_{hd} \cdot p_{hd}$), majd ezeket az Y_{hd} adatokat a tényleges valutaárfolyam segítségével tehetjük közvetlenül összehasonlíthatóvá: $Y_h = Y_{hd} \cdot x$.
- Az Y_{hd} adatokat a GDP egészére vonatkozó vásárlóerő paritáson számoljuk át egy közös valutára, általában nemzetközi vásárló-erejű dollárra: $Y_{hPPP} = Y_{hd} \cdot X_{PPP}$.

Valóban, számos nemzetközi szervezet – így a tárgyunk szempontjából legfontosabb, az OECD egészségügyi szakapparátusa és az Egészségügyi Világszervezet (WHO) is – évről-évre ezt a két módszert követi kiadványaiban, illetve a honlapjaikról letölthető statisztikai táblázataiban [14,15]. Tovább bonyolítja a helyzetet, hogy az OECD egészségügyi divíziója a vásárlóerő paritások adatok idősorait az egyes

2005. évi adatok	Hivatalos valutaárfolyamokon	GDP-szintű átlagos vásárlóerő paritáson	Health-specific PPP adatok	(2) és (3) oszlop adatainak eltérése
	(1)	(2)	(3)	(4)
	USA dollár			%
Lengyelország	508	843	1858	120,4
Csehország	803	1447	2756	90,5
MAGYARORSZÁG	819	1440	2434	69,0
Spanyolország	1941	2260	3280	45,1
Egyesült Királyság	2868	2580	3666	42,1
Portugália	1718	2029	2778	9,7
Németország	2943	3251	4124	26,9
Franciaország	2985	3306	3934	19,0
Ausztria	2563	3507	3499	-0,1
Egyesült Államok	5843	6347	5843	-7,9
<i>Addendum:</i>	Százalék			
Magyarország/Ausztria	32,0	41,1	69,6	---

3. táblázat
Az 1 főre jutó egészségügyi kiadások volumene többféle módszertan szerint
Megjegyzés: A (2) (3) oszlop adatainál a vásárlóerő paritás a 146 ország átlag árszintjén értendő.
Forrás: World Bank (2008) 5. táblázat [2,3]; OECD Health Data 2008. évi kiadás internetes változat – 2008. október; World Bank (2008) 6. táblázat [2,3]

publikációkban nem évente változó, GDP-szintű PPP-árindex-szel korrigálja, hanem egy 4-5 éves perióduson keresztül egy kiválasztott év – jelenleg a 2000. év – indexével.

Ha azonban jobban belegondolunk a nemzetközi összehasonlítás részleteibe, akkor beláthatjuk, hogy valóban kell léteznie egy harmadik, az előző kettőnél célirányosabb módszernek. Megtehetjük, hogy nem a nemzetgazdaság egészét jellemző, GDP-szintű, átlagos vásárlóerő paritás koefficiensével dolgozunk, hanem úgy, hogy az egészségügyi kiadásokat a rájuk vonatkoztatott, adott évi, specifikus vásárlóerő paritás (továbbiakban: Health-specific PPP) figyelembevételével tesszük összehasonlíthatóvá. Mint erről már fentebb szoltunk, kell, hogy legyenek ilyen adatok is, hiszen az átlagos vásárlóerő paritást csak úgy lehet kiszámolni, ha előbb rendelkezésre állnak a kiadás-csoportonként kiszámolt, specifikus koefficiensek is, amelyek összehasonlíthatóvá teszik az összehasonlításhoz kiválasztott kulcsvaluta belső és nemzetközi vásárló erejét. Egyetértve Oblath [16] következtetésével kijelenthetjük, hogy amennyiben nem a GDP egészét, hanem annak egyes felhasználási összetevőit kívánjuk nemzetközileg összehasonlíttani, akkor erre nem a GDP-szintű vásárlóerő paritást, hanem az összehasonlítható felhasználási tételek saját vásárlóerő paritását célszerűbb használni. Természetesen ezt tudják a WHO és az OECD egészségügyre szakosodott divíziójának statisztikusai is – ld. Klavus [17] és Huber [18]. Lassan egy évtizede folyik e két szakosított szervezet vitája a Világbankkal arról, hogy miként lenne a legcélravezetőbb a Health-specific PPP-k kiszámítása. Az OECD, a WHO és az Eurostat ágazati szakértői szeretnék elérni, hogy majd a soron következő, 2008-ra vonatkozó ICP-fordulóban az általuk javasolt új technikák kerüljenek alkalmazásra.

Miután megvizsgáltuk az egészségügyi kiadások volumenadatait, nézzük meg, hogy miként alakultak az egészségre kifejezetten káros termékek volumenben mért fogyasztási adatai (4. táblázat). Mint korábban láttuk, a poszt-szocialista országokban a szeszesitalok, de különösen a dohánytermékek árszínvonala – a fejlett országokhoz képest – meglehetősen nyomott. Ha a ténylegesen megvásárolt és feltehetően el is fogyasztott alkohol- és dohánytermékek volumenét nézzük, akkor alapos okunk van azt feltételezni, hogy az alacsony ár többlet-fogyasztásra ösztönöz. Ez lehet a magyarázata annak, hogy a magyar lakosság – a lényeges jövedelmi különbség ellenére – nagyjából annyi alkoholt és cigarettát vásárol, mint a finnek, és lényegesen többet, mint az ugyancsak gazdagabb franciák. Ezek a következtetések egyébként összhangban vannak a természetes mértékegységben számba vett adatokkal. Magyarországon a felnőtt lakosság 30%-a rendszeres dohányos, míg ez az arány az Egyesült Államokban csak 17%! 13 liter/fős alkoholfogyasztási adatunkkal – Írország kivételével – mindenkit megelőzünk az OECD-ben. A dohányzásra vonatkozó, legfrissebb OECD adatok 2003-asak, az alkoholfogyasztásra vonatkozóak a 2005-ös helyzetet tükrözik.

A 4. táblázat adataiból hasonló, lehangoló következtetés adódik a legkevésbé fejlett poszt-szocialista országokra – Oroszország, Románia és Moldova – is. Oroszországban – például – az 1 főre jutó szeszes-ital fogyasztás 5%-kal magasabb, mint az Egyesült Királyságban, jóllehet az 1 főre jutó orosz GDP szintje nem éri el a brit szint 40%-át sem! A bortermelő és kedvelő moldovaiak a francia szint 40%-ának megfelelő mennyiségű alkoholt fogyasztanak, miközben az 1 főre eső GDP-jük a franciának még az 1/10-ét sem éri el.

2005. évi adatok	Szeszes italok	Dohánytermékek	Egészségügyi kiadások
Szlovénia	219	472	2105
Csehország	335	402	2208
Ausztria	300	336	2804
Lengyelország	216	305	1489
Egyesült Államok	341	274	4682
Németország	410	266	3304
MAGYARORSZÁG	377	262	1950
Finnország	400	235	2592
Szerbia	119	226	969
Egyesült Királyság	266	201	2938
Franciaország	333	193	3152
Horvátország	134	190	1446
Szlovákia	200	179	1595
Oroszország	280	129	1117
Románia	158	111	1153

4. táblázat
Az egészségre káros kiadások és az egészségügyi kiadások 1 főre jutó fogyasztásának volume-
ne (USA dollárban, OECD szektor-specifikus vásárlóerő paritáson)
Forrás: OECD.Stat Extracts, 2005 PPP Benchmark results, 2009. júl. 3.-i letöltés

A LEGFŐBB TANULSÁG: EGYSZERRE NYOMJUK A FÉKET IS, MEG A GÁZT IS

Az ICP eredmények nyomán lehetőségünk nyílt arra, hogy nagyságrendileg összevegyjük az 1 főre eső egészségügyi kiadások nagyságát a szeszes italokra, illetve dohánytermékekre elköltött összeg együttes nagyságával. Ha az eddigi érvelésünknek megfelelően az előbbieket meritokratikus, a másikat demeritokratikus jószágnak tekintjük, akkor arra a következtetésre kell jutnunk, hogy a poszt-szocialista országok – így Magyarország is, arra a kezdő autóvezetőre hasonlít, aki ügyetlensége okán egyidejűleg tapos ballábával a fékre és jobb lábával a gázra. Fejlettségünkhöz képest sokat költünk gyógyításra is, meg egészségünk rombolására is. Magyarország esetében – például – e két, egészségre káros élvezeti cikkre fejenként és évente 639 dollárt költünk, pontosan 1/3-át annak az – OECD átlagáron számított- „hasznos” dollárnak, mint amennyit a GDP-ből egészségügyre fordítunk. Ausztria esetében ez a káros-hasznos arány 1/5. Az Egyesült Államok esetében a

„káros” fogyasztás aránya a „hasznos”-hoz viszonyítva nem éri el az 1/7-et sem.

Két – egymással is összefüggő – okunk is van arra, hogy ebben az esetben nem a 146 ország, hanem csak az OECD tagországok adatai alapján képzett, hipotetikus világár-rendszerben számoljunk. Egyrészt azért, mert a mohamedán országokra vonatkozóan az alkoholfogyasztásra nincs adat, másrészt meg azért, mert a Világbank publikált táblázataiban az alkoholfogyasztás, a dohányzás, illetve a narkotikumokra költött kiadási összegek elkülönítve nem jelennek meg.

Vizsgálatunk megállapításaihoz azonban megjegyzésként hozzáteendő, hogy míg az egészségügyi termékek (különösen a szabadalomvédett originális gyógyszerek) árszínvonalában kisebb (vagy éppen nincs is) lemaradásunk adódik, a szolgáltatások (alapellátás, járó- és fekvőbeteg szakellátás) területén lemaradásunk nagymérvű. Az előbbi oka kezdetben a parallel kereskedelem veszélye volt, ma már inkább a nemzetközi árreferencia. Ez torzíthatja azt a számítást, amely a termékeket és a szolgáltatásokat ugyanazon az egészségügy specifikus vásárlóerő paritáson árfolyamon számítja.

A cikk alapjául szolgáló kutatást az amerikai National Institutes of Health (NHI) összefogásával a Fogarty International Center, a National Cancer Institute és a National Institutes on Drug Abuse 1 R01 TW007927-01 jelű adománya támogatta. A cikk tartalmáért kizárólag a szerző felel és a leírtak nem feltétlenül egyeznek meg az NHI hivatalos álláspontjával.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] A Világbank 2007. dec.17-én kiadott sajtóközleménye
- [2] The World Bank [2008a]: Global Purchasing Power Parities and Real Expenditures – 2005 International Comparison Program, Washington, D.C.: The World Bank
- [3] Tables of Results – Global Purchasing Power Parities and Real Expenditures – 2005 International Comparison Program, Washington, D.C.: The World Bank
- [4] Jánossy Ferenc [1963]: A gazdasági fejlettség mérhetősége és új mérési módszere, Bp.: KJK.
- [5] Szilágyi György – Bóday Erzsébet [1985]: „Nemzetközi összehasonlítás Európában”, Statisztikai Szemle, 8. sz.
- [6] Kravis, Irving B. – Kenessey, Zoltan – Heston, Alan W. [1975]: A System of International Comparisons of Gross Product and Purchasing Power. Baltimore, MD: John Hopkins Press. (ICP Phase I report)
- [7] Borenstein, I. [1993]: Comparative GDP Levels – Physical indicators – Phase III, New York: Economic Commission for Europe, United Nations.
- [8] Gyórfy Balázs (2009): Világméretű vásárlóerőparitászámítás, Statisztikai Szemle 1.sz.
- [9] Fujisawa, Rie – Lafortune, Gaetan (2008): „The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: What are the factors influencing variations across countries?”, OECD Health Working Papers, december 18.
- [10] Feachem, R.G. A. – Sekhri, N. K. – White, K.L. [2002]: „Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California’s Kaiser Permanente”, British Medical Journal, No. 324. 135-143.
- [11] Cheng, May Tsung-mei – Reinhardt, Uwe E. [1998]: „The ‘Quality’ of Health Care Reform – an Economic Viewpoint”, International Conference on the Quality of Health Care, Taipei, Taiwan
- [12] Mihályi Péter [1999]: „Alufinanszírozott-e a magyar egészségügy?”, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 37. évf. 2. sz. 136-147. o.
- [13] Musgrave, Richard A. [1957]: „A Multiple Theory of Budget Determination” FinanzArchiv, New Series 25(1), 33-43. o.
- [14] OECD Health Data 2008; Statistics and Indicators for 30 Countries http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_1,00.html;
- [15] WHO Statistical Information System (WHOSIS), <http://www.who.int/whosis/en/>

- [16] Oblath Gábor [2005]: „Mire jó a vásárlóerő-paritás? (A hazai felhasználás szintje és szerkezete nemzetközi összehasonlításban), Világgazdaság, április 19.
- [17] Klavus, J. – Tandon, A. – Kawabata, K. – Evans, D. – Murray, C.J. L. [2002]: „Constructing Health Specific PPPs: What Should Go into the Health Basket?“, Evidence and Information Policy, WHO, Kézirat
- [18] Huber, Manfred [2006]: International Comparisons of Prices and Volumes in Health Care among OECD Countries, Kézirat, december 18.
- [19] Csernok Attila – Ehrlich Éva – Szilágyi György [1975]: Infrastruktúra – Korok és országok, Budapest: Kossuth Könyvkiadó.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Mihályi Péter közgazdász, az MTA doktora, a veszprémi Pannon Egyetem és a budapesti Közép-Európai Egyetem professzora. Tíz éve foglalkozik az egészségüggyel. 1997/98-ban a Pénzügyminisztérium társadalmi közkiadá-

sokért felelős helyettes-államtitkáráként elsősorban az egészségügyi reform előkészítéséért volt felelős. 1994-96 között a privatizáció területén különböző állami beosztásokban játszott jelentős szerepet. Az egészségügy témájában öt könyve és számos tanulmánya jelent meg.

„Élet a Parkinson-kórral”

A European Parkinson's Disease Association (EPDA) 2009 október 2-án, a Magyar Tudományos Parkinson Társasággal közösen szervezett budapesti konferencián jelentette be az „**Élet a Parkinson-kórral**” elnevezésű, a betegség megismerését célzó páneurópai felvilágosító kampány elindítását magyar nyelven is. A kampány célja, hogy előmozdítsa e krónikus és progresszív neurológiai betegség valamennyi aspektusának megismerését és megértését a Parkinson-kórral élők, családjuk és barátai, az egészségügyi szakemberek és a politikai döntéshozók körében is.

Egy újabb felmérés – melyben több mint 5000 fő vett részt – rávilágított arra, hogy miért van nagy jelentősége az „**Élet a Parkinson-kórral**” kampáynak. Az eredményekből kiderült, hogy a megkérdezettek nem ismerik megfelelően a Parkinson-kórt, és nem tudják, hogy milyen gondokkal jár ez a betegség. Az európaiaknak több mint a fele azt sem tudja, hogy a Parkinson-kór neurológiai betegség és 77% nem tudja, hogy a mozgászavar – mely az egyik alaptünete a betegségnek – mennyi gondot okoz a Parkinson-kórban szenvedőknek.

Susanna Lindvall, az EPDA alelnöke kiemeli: „A Parkinson-kór megváltoztatja a beteg életét, ugyanakkor hatalmas költségetherrel járó betegség, ezért fontos, hogy a lakosság tisztában legyen azzal, hogy mi a Parkinson-kór és milyen tüneteket okoz. Több mint 1,2 millió Parkinson-kórban szenvedő beteg él Európában, és a népesség idősödésével ez a szám még növekedni fog. Ideje, hogy javítsunk a Parkinson betegek életének minőségén, most és a jövőt illetően is. Ez a kampány – a magyar fordítás is – fontos lépés ahhoz, hogy az emberek jobban megismerjék a Parkinson-kór társadalmi és gazdasági hatásait Európában.”

Az „**Élet a Parkinson-kórral**” a betegséggel járó mindennapi kihívásokra összpontosít. Hangsúlyozza a korai diagnózis és kezelés fontosságát, melyekkel késleltethető a betegség súlyosbodása, és javítható az életminőség. Bemutatja a betegség gazdasági és társadalmi terheit, mely a késői stádiumban a legjelentősebb e krónikus neurológiai betegséggel élő betegek, családjuk, gondozóik és a társadalom számára.

Dr. Fazekas András, a Delta Magyar Parkinson Egyesület orvos-tanácsadója üdvözlöi az „**Élet a Parkinson-kórral**” című kiadvány magyar nyelvű megjelenését: „Ez a fontos felvilágosító kampány arra helyezi a hangsúlyt, hogy bemutassa milyen együtt élni a Parkinson-kórral, Magyarországon is minél jobban megismerjék ennek a betegségnek a mindennapi életre gyakorolt hatását. A Parkinson-kór a második leggyakoribb neurodegeneratív betegség, amely mozgászavart okoz. Krónikus és progresszív kórkép, a Parkinson-kórral élők, gondozóik és családjuk életminőségének kifejezett romlását eredményezi, óriási gazdasági terhet róva a társadalomra is.”

További információk: www.parkinsonsawareness.eu.com