

OROSZ ÉVA

# TUDOMÁNYTÖRTÉNETI ADALÉKOK AZ EGÉSZSÉGÜGY JELENLEGI VÁLSÁGÁNAK ÉRTELMEZÉSÉHEZ\*

Az egészségügy számos jelenlegi súlyos problémájának gyökerei 4-5 évtizeddel korábbi időszakra nyúlnak vissza. Emiatt napjaink problémáinak megértéséhez is hozzájárulhat annak áttekintése, hogyan interpretálták az egészségügyi rendszer problémáit a 80-as évtized társadalomtudományi kutatásai. A tanulmány a napjainkra érvényes tanulságok közül a következőket emeli ki. Az egészségügy alulfinanszírozottsága nemcsak a jelenlegi kormányzat szűklátókörűségének a következménye, hanem annak is, hogy a rendszerváltás időszakában végbement változások nem érintették az egészségügynek a makrogazdaságban elfoglalt alárendelt helyzetét. A hálapénz politikai rendszereken átívelő fennmaradása nemcsak a rendszerváltás utáni kormányzatok nemtörődömségének a következménye, hanem annak is, hogy a hálapénz kialakulásának és fennmaradásának az okait a rendszerváltás felemás reformjai nem szüntették meg. A 80-as évek reformkoncepcióinak és a 2010 után végbement észszerűtlen centralizációnak az összehasonlítása segíthet annak megértésében, hogy mennyiben beszélhetünk az egyszer már lebontott régi struktúrák visszaépüléséről és milyen alapvető különbségek vannak a 80-as évek és a jelenlegi struktúrák között.

\* A magyar közgazdaságtudomány 1945–1990 konferencián (2017. június 12.) elhangzott, „Az egészségügyi rendszer finanszírozási problémáinak interpretációi az 1980-as években” című előadás kibővített változata.

## Bevezető

Az egészségügy számos jelenlegi súlyos problémájának a gyökerei 4-5 évtizeddel korábbi időszakra, az államszocialista rendszerbe nyúlnak vissza. Például a napjainkban újra előtérbe került „sokat (eleget) vagy keveset költünk-e az egészségügyre” vita is.<sup>1</sup> Az egészségügy egyre élesebben kirajzolódó útfüggősége miatt nemcsak tudománytörténeti relevanciája van, hanem napjaink problémáinak megértéséhez is hozzájárulhat annak áttekintése, hogyan interpretálták az egészségügyi rendszer problémáit a 80-as évtized társadalomtudományi kutatásai. A cikk az egészségügy finanszírozásának szerteágazó problémái közül három egymással összefüggő kérdéskört emel ki. Először azt mutatom be, hogyan értelmezték a 80-as években megjelent publikációk az egészségügynek a makrogazdaságban elfoglalt alárendelt helyét. Ehhez szorosan kapcsolódik a második témakör: a hálapénz okaira és következményeire adott különböző értelmezéseknek, a 80-as években folytatott szakmai vitáknak az összefoglalása. A harmadik témakör a 80-as évek második felében kibontakozott – az egészségügyi reformot megalapozni szándékozó – kutatások eredményeit elemzi. Először a reform egészségére vonatkozó két koncepciót hasonlítom össze, majd a fekvőbetegellátás finanszírozási rendszerének átalakítására vonatkozó terveket vázolom. A cikk annak összegzésével zárul, hogy a rendszerváltozás milyen mértékben tudta (illetve nem tudta) megszüntetni az államszocialista egészségügy struktúráit.

### *Kontextus*

A 70-es évek közepétől egyre inkább érzékelhetővé váltak a magyar gazdaságnak és társadalomnak – a szocialista gazdasági szisztémából és a 70-es évek elejének világgazdasági válságára adott rossz válaszokból eredő – súlyos problémái, továbbá ezekről a problémákról egyre szélesebb körben folyt diskurzus. Ezek közé a problémák közé tartoztak mind a magyar népesség egészségi állapotának drámai helyzete, mind az egészségügyi rendszer működési zavarai. A 70-es évek végétől számos írás elemezte az egészségi állapot romló trendjeit és az egészségi állapotra ható társadalmi és közvetlen kockázati tényezőket (Józan,1986; Losonczy,1989). Az írások egy része arra is rámutatott, hogy nem egyszerűen csak az egészségi állapot rosszabb helyzetéről volt szó, hanem a fejlett országokétól elkanyarodó trendről, aminek az okai a gazdasági és társadalmi folyamatokban gyökereztek (Hablicsek et al., 1985; Orosz, 1986, 1990). A mából visszatekintve fontos hangsúlyoznunk, hogy az egészségi állapot problémáját az akkori kutatások többsége is elkülönülve kezelte az egészségügyi rendszer problémáitól – hasonlóan napja-

<sup>1</sup> A 80-as évek végére is az volt a jellemző, hogy a pénzügyi kormányzat számára a költségvetési kiadások csökkentése jelentette a prioritást, és ebből a megközelítésből magasnak tartotta a költségvetés egészségügyi kiadásait. Az egészségügyi reformok akkori kidolgozóinak pedig egyik fő törekvése az volt, hogy megszűnjön az egészségügy „maradék” helyzete és növekedjenek az egészségügyre fordított közkiadások.

inkhoz. A rendszerváltás időszakának napirendjére pedig csak az egészségügyi rendszer átalakítása került. Ennek egyik (de nem egyedüli) oka, hogy akkor se volt és jelenleg sincs széles körben elfogadott álláspont arra vonatkozóan, hogy milyen mértékben befolyásolja az egészségügy működése a lakosság egészségi állapotát.

A 80-as évek elejére a szocialista egészségügy alapelvei és a valóság közötti szakadék a lakosság mindennapi tapasztalatává, kutatások tárgyává és a média (napilapok, TV) mindennapos témájává vált. Az egészségügy működésével szembeni társadalmi elégedetlenség hozzájárult a politikai rendszer legitimációjának az erodálódásához is. Mindezek nyomást gyakoroltak a politikai döntéshozókra és az egészségügyi kormányzat vezetőire is. Az egészségügyi reformok elindulásához azonban valószínű, hogy nem lettek volna elégségesek a belső problémák – kellett egy külső lökés is. Ezt a gazdasági reform újbóli elindulása adta meg: az Állami Tervbizottság 1986-ban hozott határozata kötelezte az egészségügyi kormányzatot egy reformprogram kidolgozására. Levendel László 1982-ben publikált írása jól érzékelteti a 80-as évek elejének helyzetét, a reformokat akadályozó, a változtatásokat akarókat visszahúzó tényezőket, és ezek részeként az egészségügyi kormányzat „kettős lelkületét”: *„Az egészségügy területén a reformtörekvéseket inkább csak a tolakodó bajok ébresztgetik jelenleg. Ilyenek: az egészségügyi ellátás működési zavarai, a társadalom növekvő [...] kritikája [...] már a sajtóban is [...] az orvosok és egészségügyiiek elégedetlensége, mert erőfeszítésük nem arányos az elérhető eredménnyel [...] a progresszív törekvéseknek [...] a konzervativizmus, a közönyösség, a belefáradás[állja útját] [...] egy átfogó szociálpolitikai-népegészségügyi reform végrehajtására önmagában az egészségügyi kormányzat nincs felkészülve, nem is rendelkezik megvalósításának politikai, társadalmi, pénzügyi feltételeivel.”* (Levendel, 1982, p. 75) Az is kivételes jellemzője volt a 80-as éveknek, hogy összekapcsolódott a gazdasági reformról és az egészségügyi reformról való gondolkodás. A gazdasági reformra vonatkozó – a 80-as évek elején újraindult – munkálatokban résztvevő közgazdászok körében dominánssá vált az a vélemény, hogy nem elégséges a gazdasági mechanizmusok átalakítása, hanem a jóléti rendszerekben, a közigazgatásban, a politikai rendszerben is reformokra van szükség. Így az egészségügyről folyó viták egyik meghatározó kérdése – hasonlóan a gazdasághoz és az egész jóléti rendszerhez – az állam kívánatos szerepe volt.

Az előbb vázolt kontextusba helyezve érdemes értelmezni a 80-as években született kutatási eredményeket, szakmai vitákat, amelyek mára már a magyar közgazdaságtudomány, illetve egészséggazdaságtan történetének a részét képezik. Ugyanakkor nemcsak tudománytörténeti szempontból érdekesek, hanem relevánsak az egészségügy jelenlegi válságos helyzetének, hosszú ideje fennálló problémáinak, továbbá annak megértéséhez is, miért nem törekedtek, vagy miért nem voltak képesek a kormányzatok ezen problémák hatásos kezelésére.

## Az egészségügy és a gazdaság viszonya

A kutatások már a 80-as évek elején rávilágítottak, hogy egészségügy működési zavarainak (a 80-as években gyakran használt kifejezéssel élve, „feszültségeinek”) egyik alapvető oka az egészségügynek a nemzetgazdaságon belüli alárendelt helyzete volt. A kutatókra nagy hatással volt Kornai János Hiány című könyve – amely az egészségügy elemzése számára is adekvát fogalmi keretet adott. A domináns értelmezés szerint az egészségügyre széleskörűen jellemző hiány kialakulása szükségszerűen következett a szocialista egészségügyi rendszer kialakításának módjából. A hiány kialakulásának fő oka az volt, hogy a 40-es évek végén az egészségügyi ellátásra való jogosultság (kereslet) kiterjesztése a feltételek (a kínálati oldal) megfelelő mennyiségi és minőségi bővítése nélkül történt meg (Ádám, 1986; Levendel, 1978; Losonczi, 1986; Szalai, 1981, 1986). Az 1930-as évek végén kevesebb, mint hárommillió volt az egészségbiztosítással rendelkezők száma. Ez az 1940-es évek végén közel négymillióra, az 50-es évek elejére pedig ötmillióra növekedett (Boncz – Sebestyén, 2015). Az államszocialista gazdasági berendezkedésből, az 50-es évek gazdaságfejlesztési stratégiájából pedig szükségszerűen következett, hogy az egészségügyi ellátás kínálati oldalán elmaradt a bővülés. A szocialista tervgazdaság a béreknek alacsonyan tartása révén a jövedelmek nagyfokú koncentrációját valósította meg, továbbá az állami költségvetési forrásoknak elsősorban az iparfejlesztésre fordításával célozta meg a fejlett országokhoz való felzárkózást (Ágh, 1988; Szalai, 1981, 1986). A hosszabb távú következmények, nevezetesen hogy az egészségügy (és oktatás) alulfinanszírozása a hosszú távú gazdasági fejlődés feltételeit veszélyeztetik, a 80-as évek közepén a szociálpolitika és a gazdaság viszonyáról folyó vitában is hangsúlyt kaptak (Társadalmi Szemle, 1985). Napjainkból visszatekintve fontos megjegyezni, hogy a kutatók által kifejtett kritika középpontjában a GDP felhasználásának, a költségvetési források *elosztásának* a kérdése állt: azaz a „nem-termelő ágazatok” alárendelt helyzete a források elosztásakor. Az a kérdés azonban nem kapott figyelmet, hogy a „nem-termelő ágazatok” közgazdasági szempontból alapvetően téves kategória volt<sup>2</sup>.

Szalai Júlia írásai arra is rámutattak, hogy az előzőekben vázolt struktúrára hogyan hatottak a 1963–67 közötti időszakban érvényesülő, az új gazdasági mechanizmus előkészítését jelentő változások. Ezek egyik fő eleme volt, hogy *„gazdasági célkitűzés lett az egyéni fogyasztás színvonalának emelése, a lakáshelyzet javítása”* (Szalai, 1986, p. 63). Ugyanakkor *„az életszínvonal politikai döntéséért éppen a nem termelő szférában kellett árat fizetni.”* (Szalai, 1986, p. 76). Az a politikai döntés, hogy a jóléti rendszeren belül az egyének által közvetlenül érzékelhető pénzbeli ellátásokat kell fejleszteni – a költségvetés felhasználásának az arányait tekintve – még inkább elvonta a forrásokat az oktatástól és az egészségügytől. Eb-

<sup>2</sup> Ugyanis az egészségügy a szolgáltatási szektor részeként hozzá is járul a GDP előállításához – azaz fejlesztése nem csak a hosszú távú gazdasági fejlődés feltételei szempontjából fontos, hanem része a nemzetgazdaság adott évi teljesítményének is.

ből következően az egészségügy és az oktatás a gazdaságban pozitív változásokat hozó időszaknak is a vesztese volt<sup>3</sup>.

Napjainkból nézve, az előzőek azt is jelentették, hogy az erőltetett iparosítás időszakát felváltó új gazdasági mechanizmus időszakában alakult ki az a kormányzati magatartás, amely az egyének által a „saját zsebükön” keresztül közvetlenül érzékelhető, rövidtávon egyértelműen politikai nyereséget hozó pénzügyi jöléti juttatásokat preferálta és nem ismerte fel (vagy rövidtávú politikai megfontolásokból figyelmen kívül hagyta) az egészségügynek és oktatásnak az ország hosszabb távú fejlődésében játszott alapvető jelentőségét. Ez az attitűd a magyar politikai elit szemléletében, kormányzati magatartásában napjainkig töretlenül fennmaradt.

### *Az egészségügy „alkalmazkodási” mechanizmusai*

A kormányzati magatartás másik meghatározó eleme – a társadalmi fejlődés hosszú távú kérdéseinek ignorálásával szoros összefüggésben – az az egyértelmű elvárás volt, hogy az egészségügyi adminisztráció az egészségügyi rendszer működésének feszültségeit a források bővítése nélkül mérsékelje. Szalai Júlia számos írásában elemezte az egészségügy sajátos alkalmazkodási mechanizmusait: „*a nem termelő szféra intézményei [...] elsősorban szervezési eljárások révén, a főrőhelyek számának formális gyarapításával fejlődtek. Ez egyfelől a szféra intézményeinek túlzúfolásához, másfelől túlhatalhasználáshoz és a fizikai állag romlásához vezetett*”. (Szalai, 1986, p. 27) Ugyanakkor a problémák átmeneti enyhülését hozó (de az alapvető okokra nem ható) intézkedések hozzá is járultak a problémák fennmaradásához. (Szalai, 1986) További súlyos következményt jelentett – és átvizsz bennünket a hálapénz kérdéséhez is –, hogy ennek a helyzetnek is voltak haszonélvezői: „*a differenciális hiány problémája [...] a hiány közepette született előnyök megvédéseinek eljárásairól, hatalomról [...] az érdekek érvényesítésének lehetőségeiről [van szó]*”. (Szalai, 1981, p. 70)

### *A fejlett nyugati országokkal való összehasonlítás*

A 80-as években megerősödő nyugat-európai orientáció az egészségügyben is éreztette hatását: a szakirodalomban számos aspektusból figyelmet kapott a nyugat-európai országokkal való összehasonlítás is, így például a társadalombiztosítás és a szocialista egészségügyi modell közötti különbségeket, valamint a szolgáltatók finanszírozási módszereit tekintve. A felszínen számos hasonlóság volt a nyugat-európai országok egy részében működő Állami Egészségügyi Szolgálat és

<sup>3</sup> A 80-as évtizedben nemcsak makroszintű elemzések születtek, hanem az Egészségügyi Minisztérium szakmai folyóiratában, az Egészségügyi Gazdasági Szemlében számos olyan mikroszintű kérdéseket tárgyaló tanulmány is megjelent, amelyek dokumentálták az egészségügyi infrastruktúra és technológia kritikus helyzetét – és egyben forrásként is szolgáltak a rendszerszintű elemzésekhez (pl. Varró, 1982).

a szocialista egészségügyi modell között: így az alapvető értékekben, mindenekelőtt a szolgáltatásokhoz való állampolgári jogon alapuló egyenlő hozzáférés deklarálásában<sup>4</sup>. A felszíni hasonlóság mögött azonban alapvetően eltérő struktúrák húzódtak meg, köztük az egészségügy nemzetgazdaságon belüli helyzetét, az erőforrások allokálását meghatározó mechanizmusok. A legfontosabb – és máig hatással lévő – alapvető eltérés abban volt, hogy a nyugat-európai országokban a jogosultság kiterjesztésével párhuzamosan az infrastruktúra nagyarányú fejlesztése és a működésére fordított közkiadások nagyarányú növekedése, azaz egy jelentős expanziós szakasz ment végbe (Orosz, 1986). Az OECD országok átlagát tekintve, 1960 és 1980 között az egészségügyi kiadások a GDP 3,9 százalékáról a 6,9 százalékára növekedtek. A magyar egészségügy fejlődési pályája alapvetően eltért a fejlett nyugat-európai országokétól. A magyar egészségügyben soha nem ment végbe a nyugat-európaihoz hasonlítható expanziós fejlődés: az egészségügy erőforrásai nem növekedtek 1960 és 80 között (Orosz, 1986) Az egészségügyi és szociális kiadások<sup>5</sup>: 1965 és 1975 között a GDP 3,5 százalékát, 1980-ban pedig a 3,9 százalékát tették ki (Orosz, 1986).

## Hálapénz: okok és következmények<sup>6</sup>

A hálapénz – az előzőekben tárgyalt folyamatokkal szorosan összefüggő – politikai rendszereken átívelő, alapvető strukturális jellemzője a magyar egészségügynek. Egyszerre igaz, hogy lényegét tekintve – jogi nézőpontból – megvesztegetés, szociológiai nézőpontból sajátos orvos-beteg viszony, közgazdasági nézőpontból pedig a formális gazdaságban uralkodó hiány miatt létrejött informális gazdaság. Napjainkból visszanezve alapvető kérdés: miért nem merült fel a rendszerváltáskor a hálapénz megszüntetésének igénye, miért nem kapott kellő figyelmet a 80-as években kidolgozott reformprogramokban sem, továbbá miért nem született azóta sem kormányzati elképzelés a hálapénz visszaszorítására. Ezeknek a kérdéseknek a megválaszolását is segítheti a 80-as évtized hálapénzre vonatkozó irodalmának az áttekintése.

<sup>4</sup> A háború utáni két évtizedben a nyugat-európai országokban is állampolgári joggá vált – a jóléti rendszerek kiépülésével – az egészségügyi ellátásra vonatkozó jogosultság, vagy megtörtént a társadalombiztosítás széleskörű (a lakosság szinte egészére vonatkozó) kiterjesztése.

<sup>5</sup> A 80-as évek végéről nincs megbízható adatunk az egészségügyi kiadásokra, mert az akkori statisztikák összevontan közölték az egészségügyi és szociális ellátás adatait. A hivatkozott adat az egészségügyi kiadásokon kívül a természetbeni szociális ellátásokra fordított kiadásokat (idősek és fogyatékkal élők ellátását szolgáló intézmények, szolgáltatások) foglalta magában. Azaz nem tartalmazza a pénzbeli juttatásokat és a gyermekintézményekre fordított kiadásokat sem.

<sup>6</sup> A fejezet a hálapénz komplex jelenségeinek azokat az elemeit emeli ki, amelyek a 80-as évek szakirodalmában a legnagyobb figyelmet kapták, amelyek az akkori interpretációkat leginkább tükrözik. Azaz a fejezetnek nem célja a hálapénzprobléma átfogó elemzése.

### *Rövid hálapénztörténet*

Az egészségügy problémái közül a 80-as évtizedben a hálapénz volt az egyik legtöbb figyelmet kapó kérdés – mind a médiában, mind a szakcikkekben. A jelenség lényegére, okaira vonatkozó különböző interpretációk előtt érdemes először csak a tényeket áttekinteni. A továbbiakban elsősorban Ádám György írásai alapján (Ádám, 1986, 1989) vázolom azt a folyamatot, ahogy a spontán kialakult „borravaló” „hálapénzként” legalizálódott a magyar egészségügyi rendszerben. 1949-ben a lakosság 41 százalékára (3,8 millió állampolgárra) terjesztették ki az egészségbiztosítást – a feltételek – korábban már elemzett – megteremtése nélkül (Ádám, 1989). A hiányra a betegek (fogyasztók) reagálása – hasonlóan a fogyasztás más területeihez – a borravaló volt. Ugyanakkor kezdetektől fogva egyszerre volt jelen az egészségügyben adott borravalóra vonatkozóan az elfogadó és elutasító attitűd, mind a társadalom, mind az orvosok részéről. Történt is kísérlet a folyamat megállítására: 1952-ben az akkori egészségügyi miniszter és az Orvosok Szabad Szakszervezetének főtíkára kezdeményezte a Politikai Bizottságnál az orvosbérek emelését. A béremelés helyett azonban a Gazdasági Főtanács úgy döntött, hogy „néhány évre engedjék meg a „borravaló” elfogadását, de (...) a) csak ott (...), ahol már eddig is volt, b) csak három évre és utána a legszigorúbban tiltsák meg”. (Ádám, 1989, p. 13) Továbbá a „nem borravalós” szakmákban bevezették az „orvosi különpótlékot”. A hálapénz kifejezés 1957-ben az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Küldöttközgyűlésén jelent meg, ahol heves vita után a Gazdasági Főtanács előbb idézet döntéséhez hasonló álláspont alakult ki (Ádám, 1989). Ezt a jogszabályokban az 1960-ban életbe lépett Orvosi Rendtartás (1959. évi 8. sz. tvr.) „legalizálta” azzal, hogy azok között az esetek között, amikor az orvosnak tilos volt előnyt elfogadnia, nem sorolta fel a kérés nélküli, utólagos hálapénz elfogadást<sup>7</sup>.

### *Két rendszermagyarázó megközelítés*

A 80-as évek szakirodalmában két rendszermagyarázó megközelítést találhatunk a hálapénzre vonatkozóan. A domináns koncepció a hiányra, a bürokratikus kötöttségekre adott válaszként írta le a hálapénz jelenségét. Lényegében egyetlen közgazdászhoz köthető a másik – elméleti közgazdasági tételeken nyugvó – megközelítés, amely a szolgáltatások ingyenességéből szükségszerűen következő jelenséggé magyarázta a hálapénzt. Az első megközelítés szerint a hálapénz kialakulásának meghatározó tényezői a hiány és (részben azzal összefüggően)

<sup>7</sup> A legalizálás – szintén nagy vitát kiváltó – új fejezetét jelentette, amikor 1987-ben a személyi jövedelemadó bevezetésekor a vonatkozó törvény nevesítette a hálapénzt azon „láthatatlan jövedelmek” között, amelyek után adót kell fizetni. Ezzel a hálapénz átlényegült munkajövedelemmé. Ennek az álláspontnak az ellentmondásosságára többek között Ádám György mutatott rá: „Ha a hálapénz munkajövedelem, akkor az orvos nem tett eleget az Eü. tv. előírásainak, mert ellenszolgáltatásért tette meg azt, amit a nélkül kellett volna”. Ádám, 1989, p. 59.)

a betegeknek az orvosokra és intézményekre vonatkozó választási lehetőségének az adminisztratív korlátozása voltak. A hiányt – ahogy arról már korábban volt szó – a 40-es évek végén az egészségbiztosításra való jogosultságnak – a feltételek megteremtése nélkül történt – kiterjesztése és az egészségügy folyamatos alulf finanszírozása hozta létre, ezzel összefüggésben az egészségügyi dolgozók alacsony bére tartotta fenn (Ádám, 1984, 1986, 1989; Gosztonyi, 1980; Levendel, 1982; Losonczi, 1986; MTA KTI-SZEM, 1989). Alapvető fontosságú annak a hangsúlyozása, hogy a hiány a betegek egészségi állapota szempontjából adekvát, jó minőségű szolgáltatásokra és a betegeknek az ellátás körülményeivel szembeni elvárásainak a kielégítésére értendő, beleértve a betegközpontú bánásmódot. Csak látszólagos ellentmondás, hogy az orvosok és a kórházi ágyak száma jelentősen növekedett és a 70-es évekre az orvosok és kórházi ágyak száma önmagában már elegendő volt. Azonban nem álltak rendelkezésre a kapacitások megfelelő működtetéséhez szükséges pénzügyi erőforrások (és ösztönzők).

A szociológiai kutatások a hálapénzt a hatalom és az orvostársadalom közötti sajátos „alkuként” is interpretálták, ami lehetőséget adott a béremelés elodázására. *„A hálapénz létrehoz egyfajta, a központtól független autonómiát, de (...) erősíti a rossz szerkezetek összejártságát és ezek fennmaradását, mert a (...) haszonélvezői eltűrik egy rossz szerkezet továbbműködését, ha náluk is eltűrik azt, hogy érintetlenül maradjon ez az anyagi mozgástér”.* (Losonczi, 1986, p. 185)

A másik megközelítés a hálapénz fő okának a szolgáltatások ingyenességét tekintette (Petschnig, 1983). A Valóságban közölt írás és az arra érkezett reagálások (Ádám, 1984; Blasszauer, 1984; Bóc, 1984; Kuti, 1984) a hálapénzről folytatott egyik legértékesebb vitának tekinthetők. Petschnig Mária Zita hálapénzmagyarázatának lényege az volt, hogy az egészségügyben valójában nincs tényleges hiányhelyzet, hanem az ingyenesség által generált mesterséges hiányhelyzetről kell beszélni. *„... de látnunk kell, hogy a hiánynak nem a kapacitások elégtelensége az oka, hanem az ingyenesség, amely mindig végtelenné teszi a bármilyen mértékű és szintű kapacitásokkal szembeni keresletet.”* (p. 53) Véleménye szerint az orvosok alacsony jövedelme nem játszott szerepet a hálapénz kialakulásában, csak a fenntartásában. Az írás becslést is adott a hálapénz nagyságára. Ezek szerint 1983-ban hárommilliárd forintra valószínűsítette a hálapénz összegét, miközben az állami egészségügyi kiadások 19,7 milliárd forintot tettek ki. A szerző szerint a hálapénz 1972 és 1982 között kb. 3,5-szeresére nőtt (miközben a fogyasztói árindex kb. 50 százalékkal).

A vitában résztvevők nem az ingyenesség, mint egyik tényező hatását vitatták, hanem központi, meghatározó szerepét a hálapénz magyarázatában. Kuti Éva szerint: *„A hiányt nem a kereslet – ingyenességgel összefüggő – túlfutása idézte elő, hanem a hosszú évtizedeken át folytatott, az egészségügyet (...) diszpreferáló fejlesztéspolitika”* (Kuti, p. 112). Aminek következtében az egészségügyre a kapacitásoknak (orvosok és kórházi ágyak számának) a „szervezéssel” történő mennyiségi bővítése volt a jellemző, amivel párhuzamosan az ellátás minőségének a romlása következett be. Abból, hogy a kapacitásokban mennyiségi szempontból nem volt

hiány még nem következett az, hogy a megfelelő minőségű szolgáltatásokban nem lett volna. A működésre fordított elégtelen kiadások következtében hiány volt a szolgáltatásokhoz közvetlenül kötődő tárgyi feltételekben (műszerekben, gyógyszerben stb.), amin nem segített, hogy országos szinten orvosból és kórházi ágyból nem volt hiány. Mindezek következtében a rendelkezésre álló kapacitásokat (orvosokat és kórházi ágyakat) is alacsony hatékonysággal használta fel a rendszer (Kuti, 1984). A vitában – az ingyenességgel, mint lehetséges fő okkal szemben – többen hangsúlyozták, hogy azokban a fejlett nyugati országokban, ahol az egészségügyi szolgáltatások szintén ingyenesek a szolgáltatások igénybevételekor (például a 80-as években Németország, Ausztria, Hollandia) nem alakult ki a hálapénz jelensége (Ádám, 1984).

### *A hálapénz következményei*

A hálapénz szerteágazó és ellentmondásos következményeit számos tanulmány tárgyalta – mind az adott körülmények között bizonyos értelemben pozitívnak tekintett szerepét, mind az egyértelmű negatívumokat. Ez utóbbiak közül a legfontosabbak a szolgáltatások betegek közötti igazságtalan elosztása, az orvosi jövedelmek súlyos torzulásai (pl. hálapénzes és nem-hálapénzes szakmák, kezdő és befutott orvosok közötti aránytalanságok) voltak. Továbbá a hálapénz következtében a magyar egészségügyben kiépült egy duális struktúra: a hivatalos egészségügy mellett létezett egy eltorzított, szabályozatlan és nehezen befolyásolható piaci viszony (Bohland-Orosz, 1990). A 80-as években megerősödött az a nézet, hogy – paradox módon – nagymértékben a hálapénznek volt köszönhető az a tény, hogy az egészségügyi rendszer működőképessége a 80-as évtizedben úgy-ahogy fennmaradt. Losonczi (1986) szerint „[...] a hálapénz az, ahol az orvos is, a beteg is kilép a rosszul rájuk szabott [...] rendszerből [...] a beteg, hogy jobban bánjanak vele, az orvos, hogy korrigálja a fizetését”. (Losonczi, 1986, p. 123) Ugyanakkor a deklarált ingyenesség és a hálapénz realitása közötti szakadék mélyülése alapvetően hozzájárult ahhoz, hogy hitelüket veszítették az olyan értékek, mint a társadalmi szolidaritás, az egészségügyi ellátáshoz való egyenlő hozzájárulás (Orosz, 1986).

Maguknak a hálapénzről szóló vitáknak sajátos „levezető szelep” funkciója is volt. Ezt nem utólag értékelhetjük csak így, hanem már a 80-as években is megfogalmazódott. A Népszabadságban 1984 őszén folyó vitában egy kórházi főorvos a következőket jegyezte meg: „Itt van például a hálapénz. Évtizedek óta foglalkozunk már vele [...] eredmény nélkül. [...] az embernek néha már az az érzése, hogy nem is akarják megoldani, csak mindig valami formában és fórumon napirenden tartani”. (Honti, 1984. 09. 12.)

Szalai Júlia (1981) szerint pedig: „A [strukturális hiányok] a helyzetért való felelősséget a morál romlására és a hálapénz-problémára hátrítván, ál-magyarázatokat és ál-intézkedéseket hívnak életre”. (Szalai, 1981, p. 70)

Napjainkból visszatekintve a rendszerváltás időszakának súlyos mulasztása volt, hogy nem merült fel sem a kutatók, sem a politika részéről, hogy konkrét

elképzeléseket dolgozzanak ki a hálapénz visszaszorítására. Ebben számos tényező játszhatott közre. Voltak, akik azt várták az új finanszírozási módszerektől, hogy versenyt generálnak az intézmények között a betegekért, ami elvezethet a hálapénz visszaszorulásához. Sokan gondolták úgy, hogy a hálapénznek köszönhetően volt még valamennyire működőképes az egészségügy; és ezzel összefüggésben valószínűleg úgy ítélték meg, hogy a hálapénz elleni határozott fellépés a reformok támogatását veszélyeztetné. Így a hálapénznek a hatalom és az orvostársadalom közötti „alku” jellege a rendszerváltás után is fennmaradt, tovább éltetve az egészségügy duális struktúráját, ami az egyik akadályozó tényezője volt a kiegészítő biztosítások piaca kialakulásának is. Az elmúlt évtizedekben azonban a hálapénz már egyre kevésbé volt képes az eredeti szerepét – a megfelelő szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosítását és az egészségüggyel szembeni elégedetlenség mérséklését – betölteni. Ez is hozzájárult ahhoz, hogy a hálapénzzel szembeni elégedetlenség<sup>8</sup> erősödött mind a társadalom, mind az orvostársadalom egy része körében.

## Reformkoncepciók a 80-as évek végén

A 80-as évek második fele inspiráló időszak volt az egészségüggyel foglalkozó kutatók és gyakorlati szakemberek (orvosok, az egészségügyi közigazgatásban dolgozók) számára. Számosan közülük személyes tapasztalatokat is szerezhetek – szakmai együttműködések, tanulmányutak, konferenciák keretei között – a nyugat-európai (angol, német, osztrák stb.) egészségügyi rendszerek működéséről. Így a reformkoncepciók<sup>9</sup> azokból az elképzelésekből merítettek, amelyek a 80-as években a nyugat-európai országokban is új irányzatokat jelentettek: mindenekelőtt a szabályozott piaci viszonyoknak, a versenynek az egészségügyön belüli kialakítását célozták (Ham, 1990). A politikai változások iránti növekvő várakozás ösztönző hatással volt az egészségügy problémáival és lehetséges átalakításával foglalkozó tudományos és egészségpolitikai vitákra is.

A 80-as évek második felében két fontos reformműhely alakult ki: az egyik az MTA Közgazdaságtudományi Intézetében, a másik pedig a Szociális és Egészségügyi Minisztérium (SZEM) szervezeti keretein belül. Az MTA kutatás alapját az MTA és a SZEM között 1985-ben kötött kutatási megállapodás képezte, amelynek címe: „Gazdaságpolitikai lehetőségek és társadalomszervezési módszerek az egészségügy és a szociálpolitika jobb összekapcsolására, hatékonyságának növelésére” volt. A cím is jelzi, hogy fontos szempont volt az egészségügy reformjának a gazdasági reformmal való összehangolása. 1988-ban készült el a „Tézisek az egészségügy és a gazdaság kapcsolatának új alapokra helyezéséhez” című kutatási je-

<sup>8</sup> Például 2015-ben fiatal orvosok kezdeményezésére létrejött az 1001 orvos hálapénz nélkül csoport.

<sup>9</sup> A reformkoncepciók esetében sem vállalkoztam az átfogó áttekintésre, hanem csak a két legnagyobb figyelmet kapott koncepciót tekintettem át. Egyéb publikációk is megfogalmaztak fontos reformjavaslatokat, például: Antal Z. L. (1987), Bondár É. (1987), Orosz É. (1989, 1990).

lentés. A szélesebb közönség a kutatás két koordinátora által írt, a Közgazdasági Szemlében 1989-ben közzétett cikkből ismerhette meg a javaslatokat (Alpár – Huszai, 1989).

A másik műhely a SZEM szervezeti keretein belül 1986-ban létrehozott Egészségügyi Reformtitkárság volt. Tevékenységének alapját az Állami Tervbizottság által 1986 júniusában elfogadott – az egészségügy érdekeltségi rendszerének korszerűsítésére vonatkozó – program jelentette. A Reformtitkárság „Elgondolások az egészségügy reformjáról” című anyaga 1988-ra készült el és a fontosabb javaslatok 1988 és 1989 folyamán több cikk keretében meg is jelentek az Egészségügyi Gazdasági Szemlében (Gyórfi, 1988, 1989; Serfőző – Turján, 1988; Serfőző, 1989; Bordás, 1990). A Reformtitkárság hivatalos anyagát 1988 végén tárgyalta a Kormány Gazdaságpolitikai Bizottsága<sup>10</sup>.

A két műhely között egyetértés volt abban, hogy átfogó reformra van szükség az egészségügy súlyos válsága miatt, továbbá hogy a reform központi kérdése az áru- és pénzviszonyok logikáján alapuló működési mechanizmusok kialakítása volt. Abban is egyetértés volt, hogy modellváltásra van szükség: át kell térni az adóbevételekből finanszírozott állami egészségügyi rendszerről a társadalombiztosítási rendszerre, amelyben (elvileg) az egészségbiztosítás elkülönült alapjának nagysága a járulékbévételektől függ, így nincs kitéve az éves költségvetési alkuknak. Azaz – szemben az állami egészségügyi rendszerrel – nem az éves alkuk során dől el, hogy mekkora forrás áll az egészségügy rendelkezésére. Részben eltérőek voltak a várakozások a társadalombiztosításra való áttérés hatásaira vonatkozóan. Meglepő módon épp a közgazdászok várták azt, hogy az egészségügyet – a társadalombiztosításra való áttéréssel – függetleníteni lehet a gazdaság konjunkturális hullámzásától. A SZEM Reformbizottság elsősorban az egészségügyi és a szociális ellátás világos szétválasztását remélte ettől a lépéstől. Az egészségbiztosítást működtető intézményrendszert tekintve az MTA kutatócsoportja mind a nemzetközi (német és osztrák) példák, mind az 1945 előtti magyar egészségbiztosítás alapján több biztosítóból álló, decentralizált modellt vázolt fel. Ennek hangsúlyos eleme volt, hogy a biztosítóknak saját egészségügyi intézményei lettek volna, amelyek versenyt jelentettek volna a már meglévő állami intézményeknek. A SZEM Reformbizottság anyagaiban jelentős változás figyelhető meg, ami tükrözi, hogy a Minisztériumon belül nem volt egyetértés a társadalombiztosítás jövőbeli intézményrendszerének fő jellemzőit tekintve. 1989 végén még az volt a Minisztérium álláspontja, hogy „a társadalombiztosítás keretében betegbiztosítást nem csak az OTF végezhet”. (Szilos, 1990, p. 130) 1990 végére ezzel ellentétes álláspont vált meghatározóvá: „Az alapvető szolgáltatásokhoz tartozó állami garancia nem egyeztethető össze az egymással versengő, profitérdekeltségű szervezetekkel”. (Bordás, 1990, p. 338) A koncepció változásában szerepe lehetett annak is, hogy a reform fő elemének a Minisztérium ekkor már egyértelműen a szolgáltatók finanszírozá-

<sup>10</sup> Tájékoztató Gazdaságpolitikai Bizottságnak a szociálpolitikai és az egészségpolitikai koncepció kidolgozásának állásáról, eddigi eredményeiről. (SZEM (62.305/1988. 12.)

si módszerének az átalakítását tekintette. Ezt a változást megalapozó modellkísérletek már 1987-ben elindultak.

A reform meghatározó eleme – az akkori szóhasználatból élve – a szolgáltatások „szimulált piacának”, a köztulajdonú intézmények közötti, a betegekért folytatott versenynek a kialakítása volt, aminek a főbb elemeit a szabad orvos- és intézményválasztás és a szolgáltatásokhoz kötődő finanszírozás (ehhez kötődően) a szimulált ár bevezetése jelentette. A tervezett változások lényegét jól érzékelteti az angol reformkoncepciótól átvett szlogen: „a pénz követi a beteget”. Ez utóbbi azt jelentette, hogy a kórházak (és járóbeteg intézmények) a korábbi éves költségvetés helyett a szolgáltatások mennyisége és minősége (bonyolultsága) alapján juthattak árbevételhez. Ezeken az elveken alapuló finanszírozási módszerek konkrét formája a fekvőbeteg ellátásban a Homogén Betegségcsoportok alapján történő finanszírozás bevezetése volt – amire már csak a politikai rendszerváltás után került sor.

A piac szerepének a növelését tekintve – hasonlóan a nyugat-európai (elsősorban az angol) reformokhoz –, a hangsúly a közszektorban kialakítandó versenyen volt, továbbá annak a lehetőségnek a megteremtésén, hogy a biztosítók a magán-szolgáltatóktól is vásároljanak szolgáltatást. A két műhely közötti különbség inkább csak a hangsúlyokon volt: az MTA-műhely a többszektorúság és a magántőke bevonásának a fontosságát hangsúlyozta, míg a SZEM-műhely az egészségügyi piac sajátos, szabályozott jellegét.

A két műhelynek a gazdasági reformmal való kapcsolatra vonatkozó elképzelései meglehetősen eltértek egymástól. Az MTA koncepciója szerint elkerülhetetlennek látszott az egészségügyi ágazat költségvetésének visszaszorítása, a költségvetési reform részeként. Ez kétségtelenül reális várakozás volt, ugyanakkor szemben állt a műhelynek a társadalombiztosítás iránti várakozásaival, amitől az egészségügy költségvetésén belüli alárendelt pozíciójának a megváltozását remélték.

A SZEM – a költségvetési reform szükségességének az elismerése mellett egyértelműen a kiadások növelése mellett érvelt: *„Feltétlenül indokolt az ágazatban a jelentős bérelmaradás pótlása [...] E nélkül a reform sikere az ágazatban [...] kudarcra van ítélve”*. (Serfőző – Turján, 1988, p. 306)

A következő táblázat összehasonlítja a két reformkoncepció legfontosabb összetevőit.

1. táblázat: Reformkoncepciók

MTA (1988)	SZEM (1988–1990)
<b>Az alapvető és átfogó reform központi kérdése</b>	
<i>A finanszírozás megújítása</i> (érdekeltségen alapuló, reális költségek); A működési mechanizmusok újjászervezése az áru- és pénzviszonyok logikája szerint.	A „piaci szabályok szerinti működés”, ami új értékrendet fog kialakítani.
<b>Társadalombiztosításra való áttérés (várt hatások)</b>	
Az egészségügy minél nagyobb fokú függetlenítése a gazdaság konjunktúrális hullámzásától.	Az újraelosztás arányának csökkentését célzó költségvetési reform egyik fontos területe. Az egészségügyi és szociális szolgáltatások elválasztása
<b>Finanszírozás intézményi rendszere</b>	
Biztosítók (pénzintézetek) és vállalati egészségpénztárak	1990 eleje: <i>„A társadalombiztosítás keretében betegbiztosítást nem csak az OTF végezhet”</i> (Szilos, 1990, p. 130) 1990 vége: <i>„Az alapvető szolgáltatásokhoz tartozó állami garancia nem egyeztethető össze az egymással versengő, profitérdekeltségű szervezetekkel”.</i> (Bordás, 1990, p. 338)
<b>A piac (magánszektor) és a verseny szerepe</b>	
A biztosítók közötti verseny megteremtése. A biztosítók saját egészségügyi ellátóhálózatokkal rendelkeznek; verseny a meglévő állami és tanácsi egészségügyi intézményekkel. Többszektorság a szolgáltatási szférában. A jövedelmek szükségessége miatt szükséges a magántőke bevonása.	A versenyt a szolgáltatók között kell kialakítani. <i>„A szolgáltatások bővülő kínálatára nem a biztosítói intézeteket, hanem a szolgáltatást nyújtó egészségügyi intézményeket kell ösztönözni”.</i> (Bordás, 1990, p. 339) <i>„A klasszikus piaci viszonyoknak az egészségügyben nincsenek meg a feltételei”.</i> (Bordás, 1990, p. 329)
<b>Teljesítmény mérése</b>	
Két pillér: a teljesítmények és a költségek mérése. A teljesítmények mérése: nem feltétlenül kvantitatív, verbálisan is megoldható.	Mérni kell a teljesítményt: a szolgáltatások mennyiségét és minőségét (bonyolultságát) – olyan mérőszám szükséges, amelyre alapozható a piaci szimulációra alkalmas finanszírozási rendszer.
<b>Kórházak (fekvőbetegellátás) finanszírozása</b>	
<i>„Különös (piaci) szimuláció”</i> : szimulált ár, az intézmények nem nyereségorientáltak. A „fő vásárló” a közösség (állami intézmény vagy társadalmi közösség). A „határterületeken” kibontakozik a piaci verseny.	<i>„Szimulált piac”.</i> Az adásvételi viszony: szabad orvos- és intézményválasztás; Szimulált ár: az intézmények a szolgáltatások mennyisége és minősége (bonyolultsága) alapján jutnak árbevételhez
<b>Gazdasági reformmal való összefüggés: lehetséges-e, szükséges-e többletforrás a reformra</b>	
<i>„Az egyéni és intézményi érdekeltségen alapuló outputfinanszírozás bevezetését indokolja az ágazat költségvetésének visszaszorítása, ami a közeljövőben a restriktió miatt elkerülhetetlennek látszik”.</i> (Alpár – Huszái, 1989, p. 897)	<i>„Feltétlenül indokolt az ágazatban a jelentős bérelmaradás pótlása [...] E nélkül a reform sikere az ágazatban (...) kudarcrá van ítélve”</i> (Serfőző – Turján, 1988).

Az előzőekből látható, hogy már a 80-as évek szakmai vitáiban megjelentek azok az alapvető kérdések (kormányzaton belüli és kívüli ellentétes álláspontok), amelyek végighúzódtak a rendszerváltás utáni évtizedeken és napjainkig megoldatlanok maradtak. Közülük a két legnagyobb figyelmet kiváltó kérdés a kötelező biztosítás intézményi rendszere és a magánszektor szerepe (a „köz” és a „magán” egészségügyi rendszeren belüli együttélése) volt.

### *A kórházak „teljesítményfinanszírozási” módszerének bevezetése*

A kórházak finanszírozását tekintve már az 1980-as évek elején kibontakozott a szakmai vita (Gosztonyi, 1980; Vajda, 1981). A szakemberek az egyik fő problémát abban látták, hogy a kórházakban a hiány és pazarlás egyszerre volt jelen. A pazarlás alapvető okának a megfelelő érdekeltségi rendszer hiányát tekintették, ami alapvetően abból eredt, hogy a kórházak tevékenysége és bevétele között nem volt kapcsolat – mivel az éves költségvetésük megállapításakor az alapot az előző éves költségvetésük jelentette. Az éves költségvetés általi finanszírozás nem tette szükségessé a teljesítmény mérését, azaz annak a számbavételét, hogy milyen szolgáltatásokat és milyen költséggel nyújtottak a kórházak. A hiány és pazarlás együttes jelenlétéhez számos további tényező is hozzájárult, így a kórházak nem megfelelő felszereltsége (alacsony technológiai színvonala), az épületek állapota is.

A 80-as évek második felében a reform központi kérdésévé vált az egészségügyi intézmények finanszírozási módszerének megváltoztatása, az éves költségvetés felváltása olyan módszerrel, amelyben a „pénz követi a beteget”, azaz a tevékenység és a bevétel között szoros kapcsolat van. Az előzőekben láthattuk, hogy a reformkoncepciók az ilyen típusú finanszírozást a piaci típusú működési mechanizmusok megteremtése fő eszközének tekintették. Politikai jelentőségű is volt, hogy 1986-ban az Állami Tervbizottság az egészségügy érdekeltségi rendszerének korszerűsítésére készített program részeként elfogadta, hogy a „szocialista” egészségügyben történjen meg az USA-ban kifejlesztett Diagnosis Related Groups (DRG) finanszírozási módszer<sup>11</sup> adaptációja (Ajkay, 1987). A DRG magyar verziója a Homogén Betegség Csoportok (HBCS) finanszírozás volt, amelyet az aktív fekvőbeteg ellátásban kívántak bevezetni. Fő cél: a gazdálkodás, finanszírozás és érdekeltség teljesítményekhez kapcsolódó módszereinek kidolgozása és az alkalmazásukhoz szükséges feltételek kialakítása volt. A bevezetés szakmai előkészítése a Tolna Megyei Tanács Kórház- és Rendelőintézetében létrehozott GYÓGYINFOK-ban 1987-ben kezdődött, 1989 januárjától pedig 10 kórházban elindult a kísérlet a HBCS finanszírozással (Jávor – Kovács, 1986; Bordás, 1990). A kísérlet során azonban kiderült, hogy a bevezetés sokkal nehezebb feladat lesz,

<sup>11</sup> *A DRG módszer pozitívuma*, hogy a rendszer *elveiben* költséghatékonysági és orvos-szakmai szempontból is „értelmes” teljesítményelv érvényesül: az a szolgáltató kap több pénzt, aki több és bonyolultabb *esetet* lát el. (A finanszírozás alapegysége az eset és nem az egyes beavatkozás). Továbbá az intézményt ösztönzi a költségek csökkentésére: ha az adott esetet kisebb ráfordítással látja el, akkor a megtakarítás az intézménynél marad.

mint gondolták. A fő problémát az jelentette, hogy kiderült, többszörös különbségek voltak az intézmények között abban, hogy ugyanannak a betegségnek (pl. vakbélgyulladás) a kezelése az adott kórházban ténylegesen mennyibe került (figyelembe véve az egy esetre jutó fix költségeket is.) A HBCS finanszírozás lényege, hogy egy adott diagnózis kezeléséért ugyanakkora – előre meghatározott – díjazást kapnak a kórházak. Így attól tartottak, hogy ha korrekciók beépítése nélkül valószínűleg volna meg, akkor az új finanszírozási módszer számos intézményben csődhelyzetet idézett volna elő. Ez egyrészt elbizonytalanította a politikát, másrészt elindult a felelősség egymásra hárítása.<sup>12</sup> A bevezetés elhúzódott 1992-93-ig és számos – a DRG-módszertől idegen – korrekció beépítésével valósult meg.

## Kontinuitás és diszkontinuitás

A cikk korábbi részei bemutatták, hogy a 80-as években hogyan interpretálták a kutatók az egészségügy három alapvető problémáját: a makrogazdaságban elfoglalt alárendelt pozícióját, a hálapénz rendszerét és az egészségügy diszfunkcionális struktúráját és működését. Továbbá láthattuk azt is, hogy milyen koncepciók születtek az egészségügy átfogó reformjára. A következőkben röviden áttekintem, hogy a rendszerváltozás utáni évtizedek milyen mértékben alakították át az egészségügy államszocializmusból megörökölt struktúráit.

Előre bocsátom az összefoglalást: a rendszerváltozás nem számolta fel az egészségügynek a makrogazdaságban elfoglalt alárendelt pozícióját, a pénzügyi pozíciója pedig – néhány rövid időszaktól eltekintve – a 90-es évek elejéhez képest tovább romlott. A fejlett országoktól való leszakadásunk jelenleg nagyobb, mint amekkora a 90-es évek elején volt. Ezt jellemzi, hogy az egy főre jutó egészségügyi közkiadások 1992-ben az EU15 országok átlagának a 48 százalékát érték el, 2016-ban pedig csak a 38,5 százalékát. A hálapénz visszaszorítását célzó kormányzati koncepció nem született meg az elmúlt 30 évben sem. Az intézményi struktúrákat tekintve, a 1990-es évek elején elindult változások már a 90-es évek végén megtorpantak. A 2010 utáni időszakban pedig drasztikus visszarendeződés következett be az intézményi struktúrákban, számos elemében az államszocialista egészségügyre emlékeztető struktúrák jöttek létre (épültek vissza). Ugyanakkor alapvető különbségek is vannak az egészségügyi rendszer jelenlegi és a 80-as években uralkodó jellemzői között – mindenekelőtt a kiterjedt magánszektor mind a szolgáltatásban, mind a finanszírozásban.

Az egészségügy krónikus, kormányzatokon átívelő alulfinanszírozásának fő oka, hogy a rendszerváltás után is fennmaradt, sőt az elmúlt évtizedben tovább erősödött a költségvetési források elosztásában a rövidtávú politikai szempontokat (a 60-as években a legitimációnak, a rendszerváltozás után pedig a szavazatok

<sup>12</sup> Az 1991. június 20-i Népjóléti Minisztérium, szűkített vezetői értekezletének az emlékeztetője szerint: az *OTF a teljesítménybiztosítási rendszer bevezetéséért a fő felelősséget nem tudja vállalni.*

„vásárlásának”) a társadalom hosszú távú érdekei elé helyező „opportunistá”<sup>13</sup> kormányzati magatartás és szemlélet. Ennek részét képezte, hogy a kormányfők (kormányzó politikai elit) részéről az egészségügyi adminisztráció felé a fő elvárás az egészségügyön belüli „nyugalom” fenntartása (feszültségek csökkentése, tűzoltás) és nem egy jól működő egészségügyi rendszer – szükségszerűen konfliktusokkal, érdeksérelmekkel járó – kiépítése volt.

A közpolitika oportunizmus szorosán összefügg azzal, hogy a rendszerváltás időszakában a magyar gazdasági és politika elitnek az egészségügy (és oktatás) szerepére vonatkozó nézeteiben nem következett be szakítás az államszocializmusra jellemző „nem termelő ágazatok” nézettel. Továbbá a magyar elit gondolkodása ellenállt annak a jelentős fordulatnak is, ami a 2000-es évek elején a nemzetközi politikai színtéren bekövetkezett, így a nemzetközi szervezetek – egyes esetekben a magyar kormány által is aláírt – dokumentumaiban is manifesztálódott. Ez a szemléleti változás szakított a 80-as és 90-es évek domináns felfogásával, amely elsősorban költségvetési teherként értelmezte ezeket az ágazatokat és ebből következően a kormányzatok számára a fő teendőnek a jóléti (egészségügyi) kiadások csökkentését tartotta. A 2000-es évek elejétől (ismét) dominánssá vált az oktatási és egészségügyi közkiadásoknak a humán tőkésbe való beruházásként való értelmezése; annak felismerése, hogy szerepük alapvető a hosszú távú gazdasági fejlődésben is. Kétségtelen, hogy a rendszerváltás után az állami újraelosztás csökkentése kulcskérdés volt a piacgazdaság kiépítéséhez. Ugyanakkor a politika szerepe jelentős volt abban, hogy a közkiadások visszafogása milyen mértékben és milyen tartósan érintette az egyes ágazatokat.

Az egészségügyben a – szinte folyamatosan gyártott – kormányzati reformkoncepciók jellemzője az volt, hogy nem kérdőjelezték meg az egészségügynek a nemzetgazdaságon belüli alárendelt pozícióját. (Azaz hasonlóan a 80-as évekhez az alárendelt helyzethez való „alkalmazkodást” is szolgálták.) Az egészségügyi szakpolitikusok nem tudtak megfelelő koncepciót kialakítani arra, hogyan kezelhető a strukturális reformoknak és a forrásnövelésnek a dilemmája. A dilemma egyik oldalát az jelenti, hogy strukturális reformok nélkül a források növelése, a bérek emelése nem hozhatta az egészségügy működésének lényeges javulását. Így az „előbb változtassa meg a struktúráját az egészségügy és utána érdemes csak pénzt tenni bele” álláspontot a politikai elit mindig felhasználhatta a források növelése elodázásának (vagy további szűkítésének) „indoklására”. Miközben a források növelése nélkül nyilvánvalóan nem valósítható meg strukturális átalakítás. A dilemma másik oldala, hogy megfelelő ösztönzés, a jövedelmek növelése nélkül az egészségügyi ágazatban dolgozók körében nem alakulhatott ki a reformok elégséges támogatása. (Így még a racionális kezdeményezések is ellenállást vált-

<sup>13</sup> A közpolitika oportunizmusán az egyéni és/vagy lobbierdekeknek a közérdek fölé helyezését érti a szakirodalom, ami számos jelenséget magában foglal: a hatalom megtartását szolgáló, de a társadalom hosszú távú érdekeivel ellentétes kormányzati döntéseket, a korrupciót stb.

hattak ki.) Mindezek hozzájárultak az általános bizalomvesztéshez, az orvosok és nővérek növekvő elvándorlásához.

Az intézményi struktúrákat tekintve, a 90-es évek első felében – az ellentmondásokkal, konfliktusokkal, megtorpanásokkal terhelt folyamatok eredményeként – lényeges változások mentek végbe az egészségügyi rendszerben. A kormányzat kizárólagos hatalmát, a centralizált, központi utasításokon alapuló irányítási rendszert felváltotta a hatalom és felelősség megosztása a Népjóléti Minisztérium, Pénzügyminisztérium, az Egészségbiztosítási Önkormányzat, a helyi önkormányzatok és a kórházigazgatók között. A finanszírozó funkciók az újonnan létrejött Országos Egészségbiztosítási Pénztárhoz (Egészségbiztosítási Önkormányzathoz) kerültek, a helyi önkormányzatok az intézmények tulajdonosaivá váltak, a kórházigazgatók döntési kompetenciája jelentősen bővült. Továbbá megtörtént a magánszektor szerepének elismerése, jogi kereteinek kiépítése: már 1989-ben megszülettek a vállalkozások létesítését lehetővé tevő jogszabályok, 1993-ban pedig az önkéntes pénztárakra vonatkozó törvény.

A 90-es évek közepén az egészségügyi rendszer intézményi kereteinek fő összetevői: a kiadásoknak kb. 70-80 százalékát kitevő közfinanszírozás, a lakosság csaknem egészére kiterjedő kötelező biztosítás, az ezt kiegészítő önkéntes biztosítás (jogi lehetősége), a vegyes tulajdoni viszonyok, a finanszírozó és szolgáltató szerepek szétválasztása és kapcsolatuk szerződéses jellegének a kialakítása, az intézmények közötti versenyt célzó új finanszírozási módszerek bevezetése, a betegjogok intézményesítése voltak. Ezek a jellemzők összhangban álltak a nyugat-európai rendszereknek és a – szabályozott piaci viszonyoknak a kialakítását célzó – reformok általános jellemzőivel. Az egészségbiztosítás viszonylag jelentős önállóságot kapott<sup>14</sup>. Ennek a gyengítése, felszámolása azonban már a 90-es évek végén elindult.

Meg kell különböztetnünk az egészségügy intézményi kereteit alkotó formális struktúrákat és a mélyebben fekvő, a szereplők gondolkodásába, magatartásába, a szereplők közötti kapcsolatokba tartósan beépült struktúrákat. Miközben a finanszírozási és szolgáltatási rendszerben elindult az új struktúrák kialakítása, az államszocialista rendszer számos alapvető – társadalmi viszonyokba ágyazott – strukturális jellemzője tovább élt, így a hálapénz és az informális alkuk rendszere. Továbbá ilyen jellemzőnek tekinthető az egészségügynek korábban tárgyalt makrogazdasági pozíciója is. Így a 90-es évek közepén a magyar egészségügyi rendszer a kiépülés fázisában lévő – elveiben a piacgazdasággal és demokratikus politikai rendszerrel konform – új struktúráknak és a politikai elit és a társadalom gondolkodásába, magatartásába tartósan beépült államszocialista jellemzőknek a szimbiózisaként értelmezhető.

<sup>14</sup> Az Egészségbiztosítási Önkormányzatnak valóban volt tárgyalási pozíciója a minisztériumokkal szemben: az Országgyűlésnek az Önkormányzat terjesztette be az Egészségbiztosítási Alap önálló költségvetését, és előtte szabályozott egyeztetési folyamat zajlott a Pénzügyminisztérium, a Népjóléti Minisztérium és az Egészségbiztosítási Önkormányzat között.

A finanszírozási rendszer átalakításában két ellentétes szempont ütközött össze. Egyrészt a DRG-módszer logikájából következő hatékonysági megközelítés: azonos teljesítményért azonos díjat nyújtó normatív finanszírozás. A másik szempont a politikai biztonság szempontja, azaz minél kisebb konfliktussal megúszni a változásokat. Az első időszakban a nagyobb megrázkódtatás elkerülése érdekében, majd a 2000-es évek közepétől a kiadások korlátozása érdekében az egészségügyi igazgatás „rendszeridegen” elemeket<sup>15</sup> épített be a gyakorlatban működő finanszírozási módszerbe, ami viszont megakadályozta, hogy a finanszírozási rendszer kifejtse a benne rejlő ösztönzőket. Továbbá elmaradt – a DRG-módszer hatékony működéséhez szükséges – pénzügyi és minőségügyi ellenőrzési rendszerek kiépítése is. Így a finanszírozási rendszerben bekövetkezett változások nem tudták a szereplők érdekeltségét és az alapvető egészségpolitikai célokat összhangba hozni, sőt a rendszer széleskörű kijátszása (pl. az ellátás kódolásával való manipuláció) vált jellemzővé. Kissé leegyszerűsítve az fogalmazható meg, hogy a 90-es évek közepén az elveiben normatív finanszírozási rendszer reálértékben stagnáló vagy csökkenő forrásokat osztott el nem kellően kidolgozott módszerekkel – egy ellenőrizetlen, „magára hagyott” ellátórendszerben. Olyan társadalmi környezetben, ahol a törvények, szabályok kijátszása általánosan elfogadott magatartási minta volt.

A szolgáltatási és a finanszírozási szektorban bevezetett új struktúrák stabilizálása, megerősítése folyamatos építkezőmunkát igényelt volna (pl. szolgáltatók és finanszírozó közötti szerződéses viszony tartalmi elemeinek fejlesztése), ezek helyett azonban fokozatos erodálódásuk volt jellemző a 2000-es években. Az okot számos egymásra is ható tényező kombinációja jelenti: a reformok iránti politikai elkötelezettség és erőforrások hiánya, a kormányzaton belüli konfliktusok és a kezelésükhöz hiányzó kultúra, a reform egyes elemeire vonatkozó egyetértés hiánya, az egészségügyi kormányzat elégtelen kapacitása a reformok sikeres megvalósításához, a tervek és a valóságban végbement változások közötti eltérés okozta frusztráció<sup>16</sup>.

2010 után pedig radikális változások következtek be, amelyek a közszekto- ron belül lényegében felszámolták a rendszerváltáskor általános elfogadottságot élvező – a szabályozó, finanszírozó és szolgáltató szerepek elkülönítésén, a hozzájuk kapcsolódó intézmények közötti hatalommegosztáson alapuló – modellt. A változásokat az egészségügyön kívüli tényezők befolyásolták, amit az is jelez, hogy az Egészségügyi Államtitkárság által 2011-ben közreadott Semmelweis Terv koncepciója alapvetően mást tartalmazott, mint ami a valóságban megvalósult. A változások lényege az állam (központi kormányzat) egyeduralkodó szerepének a visszaállítása a közsférában, az irracionális mértékű centralizálás volt mind a finanszírozó, mind a szolgáltatói oldalon. A kórházak tulajdonjogát visszavette

<sup>15</sup> 1995-ig az egyéni árak, 1996-97-ben a szakmai és intézményi szorzók, 2004-től pedig az intézményekre egyedileg kialakított teljesítmény volumen-korlát (TVK) jelentette ezeket a torzító tényezőket.

<sup>16</sup> Elsősorban ezekre az okokra vezethető vissza az MSZP-SZDSZ kormány 2008-ban megkísérelt radikális egészségügyi reformjának a kudarca is.

a központi kormányzat és az egyetemi klinikák kivételével a köztulajdonban lévő kórházak működtetője egyetlen kormányzati szerv, az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) lett. A kórházigazgatók döntési kompetenciáját nagymértékben beszűkítették. Ilyen centralizált kórházi struktúrára nincs példa az EU-ban. A kötelező egészségbiztosítási rendszer minden lényegi elemét felszámolták: az Alaptörvény és a munkáltatói járulékok adóvá alakítása elbizonytalanította (megszüntette) a jogi alapjait, megszűnt a bevételek transzparenciája és a bevételek és kiadások közötti szabályozott kapcsolat. Végül pedig lényegében megszűnt a viszonylagos autonómiával rendelkező finanszírozó szervezet. Első lépésben az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) megyei igazgatóságai kerültek át a megyei Kormányhivatalokhoz, majd 2017-ben az OEP hatásköreinek a jelentős része átkerült az EMMI-hez és a megmaradt szervezet neve (Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő) is tükrözi végrehajtó szerepét.

A közszektorban az állam (központi kormányzat) egyeduralkodó szerepének a visszaépítése azonban csak egyik eleme az egészségügyi rendszerben végbement változásoknak. A változások másik elemét a piaci szektorban végbement, jórészt spontán folyamatok és a spontán folyamatokra történő utólagos kormányzati reakciók jelentik. A magánszektor<sup>17</sup> kínálatának és igénybevételének a bővülése (elsősorban a járóbeteg-ellátásban, képalkotó diagnosztikában, egynapos sebészetben) a 90-es évek eleje óta tartó folyamat, ami látványosan gyorsult fel az elmúlt évtizedben. Ennek rendszerszintű következményei rendkívül ellentmondásosak. Az, hogy – a hozzáférésnek és a minőségnek a közfinanszírozású egészségügyre jellemző súlyos problémái miatt – egyre többen magánellátást vesznek igénybe, bizonyos területeken mérsékli a közszektor feszültségeit, így hozzájárult ahhoz, hogy fenntartható volt a rendszer alulfinanszírozása, ami tartósította vagy tovább fokozta a hozzáférés és a minőség problémáit. A magánszektor bővülése közvetlenül is növelte a közszektor problémáit, például a munkaerő elszívásával. Úgy tűnik, hogy a kormányzat hallgatólagosan egyre inkább átengedi a magánszektornak a meghatározó szerepet az egészségügy átalakításában. Azt remélve, hogy így a felelősséget el tudja hárítani, továbbá, hogy fő prioritását, a költségvetésből az egészségügyre fordított kiadások jelenlegi alacsony szintjét fenn tudja tartani. Ahogy a 70-es és 80-as években a hálapénztől, úgy az ellátás előbb említett területein napjainkban egyre többen a magánszekortól remélik a gyorsabb és megfelelő ellátáshoz való jutást. (Ez a folyamat kevésbé érintette a hálapénz szerepét a fekvőbeteg-ellátás területén.) Ugyanakkor épp a súlyos és drága betegségek esetében ez nyilvánvalóan nem jelenthet rendszerszerű megoldást, mivel a középosztály magasabb jövedelmű rétegei sem tudnák megfizetni ezen betegségek esetében a magánellátást, így a magánszolgáltatók pedig (bizonyos speciális esetek

<sup>17</sup> Itt a magánszektornak csak a részével foglalkozom, amikor a szolgáltatást a betegek fizetik – azaz, amikor a betegek magánszolgáltatást vesznek igénybe. Van olyan szegmense is a magánszolgáltatók tevékenységének, amikor a szolgáltatásaikért a társadalombiztosítás fizet (pl. művese ellátás, CT-vizsgálat, házi ápolás stb.) Ezek az ellátások közszolgáltatásokat jelentenek (függetlenül attól, hogy milyen szolgáltató nyújtja azokat).

kivételével) nem is kínálják ezeket az ellátásokat.<sup>18</sup> Ezt mutatják a nemzetközi tapasztalatok is, például a magyar egészségügy számára a magánszektor szerepét tekintve sok tanulságot kínáló angol egészségügy.

Nemcsak az a lényeges, hogy milyen változások történtek, hanem az is, hogy milyen problémákkal nem vagy nem megfelelően foglalkoztak a kormányzatok. Az olyan hosszú ideje fennálló problémák sorolhatók ide, mint például a szétaprózott, elavult kórházhálózat, növekvő orvos- és nővérhiány, az ellátás (betegutak) koordinációjának a hiánya, a hatékonysággal ellentétes ösztönzők, a minőségellenőrzés hiánya. A következmény: az ellátáshoz való hozzáférésnek és az ellátás minőségének a súlyos problémái és megengedhetetlenül nagy különbségei – továbbá ezek következményeként a kezelhető halálozás területén Magyarország és az EU15 közötti szakadék szélesedése<sup>19</sup>. Az elemzések és a lakosság által észlelt helyzet egybevág. Az EU rendszeres felmérésének, az Eurobarometer vizsgálatnak a 2010 és 2017 közötti eredményei egyértelműen mutatják, hogy ebben az időszakban a magyar lakosság által az egészségügy helyzetéről alkotott kép drámai módon változott meg. 2010 őszén a felmérésben felsorolt, az európai társadalmakat foglalkoztató problémák közül még csak az 5. helyre került az egészségügy, ami az elégedetlenségnek inkább egy enyhébb fokát tükrözi. 2014 őszére már a 3. helyre került; 2016 tavaszára pedig az egészségügy helyzete vált a magyar lakosság által legfontosabbnak tartott problémává és az is maradt a tanulmány megírásáig lezajlott összes felmérésben. Érdeemes azt is meggondolni, hogy az egészségügy megelőzte a bevándorlás, a munkanélküliség, gazdasági helyzet, megélhetési költségek, továbbá a nyugdíj problémáját.

## Hivatkozások

- Alpár O – Huszai G (1989): Társadalom, gazdaság és egészség(ügy). Közgazdasági Szemle, 7–8. 888–908.
- Ádám Gy. (1984): Az orvosi hálapénz körüli vitához. *Társadalmi Szemle*, 7–8. 135–144.
- Ádám Gy. (1986): *Az orvosi hálapénz Magyarországon*. (Gyorsuló idő), Magvető Kiadó
- Ádám Gy. (1989): *Adóztatás után*. Magvető Kiadó
- Ajkay Z. (1987): *Öt tanulmány az egészség reformjéért*. Medicina Kiadó
- Antal Z. L. (1984): Kórháziágy „gazdálkodás”. *Társadalomkutatás*, 1984.2. 106–111.
- Antal Z. L. (1987): Beteg-utak. *Medvetánc*, 1.
- Blasszauer B. (1984): Az orvosi hálapénzről – etikai alapon. *Valóság*, 2.

<sup>18</sup> Ez persze nem jelenti azt, hogy a politikai elit ne hozhatna létre magának (lényegében közpénzekből) egy olyan „magánkórházat”, ahol teljes körű, magas színvonalú ellátáshoz juthatna.

<sup>19</sup> A magyarországi kezelhető halálozás 1995-ben 2,2-szerese volt az EU15 országok átlagának, 2015-ben pedig 2,6-szorosa.

- Bóc I. (1984): Ingyenesség mellett szabad orvosválasztást. *Valóság*, 2
- Bohland, J. – Orosz, E. (1990): Health policy maxims: a comparative analysis of the Hungarian and United States health care system. In: *Fourth International Symposium in Medical Geography, Proceedings*, University of East Anglia, Norwich, pp. 48–60.
- Boncz I. – Sebestyén A (szerk) (2015): *Egészségbiztosítási ismeretek*. Medicina Könyvkiadó, Budapest
- Bordás I (1990): Az egészségügyi ellátás új rendszere. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 5–6, 323–342.
- Bondár É. (1987): Az egészségügyi intézmények finanszírozási kérdéseiről. *Pénzügyi Szemle*, 5. 336–349
- Gosztanyi Gy. (1980): Egészségügy: gondok és javaslatok. *Valóság*, 7.
- Györfi I. (1988): A költségvetési reform. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 4. 289–293.
- Györfi I. (1989): Dilemmák az egészségügyben: reform vagy változás. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2, 65–72.
- Hablicsek L. – Monigl I. – Vukovich G. (1985): A magyarországi népességfejlődés néhány hosszú távú jellemzője 1880–2001 között *Demográfia*, 4., 403–457
- Ham C (1990): *Health Check. Health care reforms in an international Context*. King's Fund Institute, London
- Jávor A. – Kovács J. (1986): *Az egészségügyben alkalmazott teljesítménymérés és költségelszámolás rendszerének megújítási javaslata*. Kézirat. Szekszárd
- Józán P. (1986): A budapesti halandósági különbségek ökológiai vizsgálata, 1980–1983. *Demográfia* 1986/2–3. 193–342. o
- Kuti É. (1984): Az orvosi hálapénzről – a következmények fényében. *Valóság*, 3.
- Levendel L. (1980): *Az orvos látóhatára*. Gondolat Kiadó
- Levendel L. (1982): A népegészségügyi reformról. *Valóság*, 5. 65–76.
- Losonczi Á. (1986): *A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben*. (Gyorsuló idő), Magvető Kiadó
- Losonczi Á. (1989): *Ártó-védő társadalom*. KJK, Budapest
- Orosz, É. (1986): Critical Issues in The Development of Hungarian Public Health with Special Regard to Spatial Differences. *Discussion Papers* No.1. Centre for Regional Studies of Hungarian Academy of Sciences
- Orosz, É. (1989): Az egészségügyi reform önkormányzati alternatívája. *Társadalomkutatás*, 2. 59–80.
- Orosz, É. (1990): Inequalities in Health and Health Care in Hungary, *Social Science and Medicine*, 8. 847–857.
- Petschnig M. (1983): Az orvosi hálapénzről – nem etikai alapon. *Valóság*, 11.
- Serfőző M. – Turján J. (1988): Előzetes javaslatok az egészségügyi és szociális ellátás reformjához. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 4, 294–310.
- Serfőző M. (1989): Piaccgazdaság – költségvetés – egészségügy (Reform vagy változtatás) *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 3. 164–171.

- Szalai J. (1981): Hiány és társadalmi szelekció. *Valóság*, 8, 58–70.
- Szalai J. (1986): *Az egészségügy betegségei*. KJK
- Szilos Z. (1990): Teljesítményorientált egészségügyi rendszer Magyarországon. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2. 128–132.
- Társadalmi Szemle Szerkesztősége (1985): Szociálpolitika, társadalom, gazdaság. Egy vita összefoglalója. *Társadalmi Szemle*, 82–85.
- Vajda P. (1981): Az orvos érdekeltsége. *Valóság*, 3
- Varró V.(1982): Az egészségügyi és orvostudományi infrastruktúra. *Magyar Tudomány*, 8–9. 612–619.