

MIHÁLYI PÉTER

## Árak és volumenek a posztoszocialista egészségügyben

---

A tanulmány – közelmúltban publikált világbanki és OECD-adatok alapján – azt vizsgálja, miért olyan alacsony az egészségügyi ágazat relatív ár- és bérszintje a GDP átlagos árszintjéhez viszonyítva a posztoszocialista országokban. 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/főben mért – fejlettsége egy korlátozásmentes piacgazdaságban indokolna. Másfelől viszont a tanulmány kimutatja azt is, hogy a posztoszocialista országokban az egészségre káros fogyasztási javak (szeszes italok, dohánytermékek és narkotikumok) relatív ára is igen alacsony. Ennek – például Magyarországon – az a következménye, hogy a GDP 4,3 százalékának megfelelő összeget költik ezekre a káros javakra, közel háromszor annyit, mint az amerikai polgárok (1,5 százalék). Ennél magasabb arány csak két balti országra, Lettországra (4,4 százalék) és Észtországra (4,5 százalék) jellemző. Alkoholra és dohánytermékekre Magyarországon fejenként és évente 639 dollárt költenek a GDP-ből, az egészségügyre fordított „hasznos” 1950 dollár egyharmadát, míg ez az arány Ausztriában egyötöd, az Egyesült Államokban egyheted. Vélelmezhetően ez az egyik fontos – és a szakirodalomban eddig még nem tárgyalt – oka annak, hogy a posztoszocialista országok népegészségügyi mutatói rosszabbak, esetenként még romlanak is.\*

Journal of Economic Literature (JEL) kód: I100, I112, I118.

---

Az egészségügyi rendszerek elemzésekor sokszor körültekintés nélkül használjuk az erőforrás kifejezést. Valójában amikor erőforrásokról beszélünk, akkor mindig két dimenzióban kellene gondolkodnunk: természetes mértékegységben számba vehető volumenekben ( $q$ ) és pénzben ( $p$ ) kifejezhető értéknagyságokban ( $Y = q \times p$ ).<sup>1</sup> Nem mindegy, hogy valamiből sok van, vagy csak nagyon drága!

A vásárlóerő-számítás módszertani alapjainak ismertetése után azt a kérdést állítjuk a középpontba, hogy Magyarországon és a többi posztoszocialista országban az egészségügyi kiadásokat érintő területeken milyen irányban és milyen mértékben térnek el az *árak*, illetve a *volumenek* a világgazdaság átlagáraitól. Ezt követően nemzetközi összehasonlításban vizsgáljuk, hogy a posztoszocialista országokban – relatív fejlettségükhöz képest – miként alakul *az egészségügyi kiadások GDP-n belüli részaránya*,

---

\* A szerző értékes tanácsaikért köszönettel tartozik *Szilágyi Györgynek* és *Györfly Baláznak* (KSH), valamint a két anonim lektornak.

<sup>1</sup> Itt és a továbbiakban mindenütt  $q$ ,  $p$  és  $Y$   $n$  elemű vektorok.

ha a számítások során minden kiadáscsoport esetében kiszűrjük a nemzetközi átlagtól eltérő hazai árarányokból adódó torzító hatást. Végül az eltérések magyarázatával és következményeivel foglalkozunk, illetve megmutatjuk a legvalószínűbb, jövőbeli változások irányát.

A Világbank 2007 végén<sup>2</sup> kezdte publikálni az első eredményeket a nemzetközi összehasonlító program (*International Comparison Project, ICP*) legújabb, hatodik fordulójának számításaiból.<sup>3</sup> Túlzás nélkül állítható, hogy ez az OECD és az Eurostat közreműködésével folyó megaprojekt minden korábbi, hasonló kezdeményezést felülmúlt. Nem kevesebb, mint 146 ország<sup>4</sup> – hat nagy régióba csoportosítva – szolgáltatott adatot, és ezernél is több egyedi áru- és szolgáltatásféleségre terjedt ki az értékadatok ( $Y_d$ ),<sup>5</sup> illetve áradatak ( $p_d$ ) gyűjtése. Az ilyen módon képzett, régiós átlagokból alakult ki az a 2005. évre vonatkozó, *hipotetikus világarrendszer* ( $p_{icp}$ ), ami súlyozott átlag módjára visszatükrözi valamennyi részt vevő ország belső árrendszerét.<sup>6</sup> Ezt követően a GDP-t alkotó valamennyi kiadási tétel (*expenditure*) átárazásából adódott az a nemzetközi vásárlóerejű dolláron alapuló skála ( $Y_{icp}$ ), amely mentén a részt vevő országok gazdasági fejlettsége makroszinten is (GDP, GDP/fő) és a GDP-t részelemeiként számba vett tetszőleges kiadási részaggregátum (fogyasztás, beruházás, oktatás, egészségügy stb.) szintjén is összehasonlítható abban az értelemben, hogy egy nemzetközi vásárlóerejű dollárnak azonos a vásárlóereje minden egyes országban.

Kutatásunk szempontjából annak van különös jelentősége, hogy tíz év után az említett nemzetközi összehasonlítást újra elvégezték: kiadáscsoportok árindexei alapján közvetlenül összemérhetővé tettek, majd publikáltak több, az egészségügyi ágazatra<sup>7</sup> 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. Tudomásunk szerint ez az első olyan nyilvános elemzés, ahol a szeszes ital, a dohányzás és a narkotikumok vásárlására fordított pénzek ilyen módon összehasonlíthatóvá váltak egyrészt az országok között, másrészt viszont a gyógyításra fordított összegekkel is.

Az imént leírtakban a hangsúly a *publikálás* kifejezésen van. A vásárlóerő-paritásos módszer alapösszefüggéseiből következik ugyanis, hogy a GDP-t csak akkor lehet kiadási oldalról újraszámítani, ha az  $Y_d$  és  $p_d$  adatok gyűjtése a lehető legrészletesebb kiadási kategóriák szerinti bontásban történik. Korábban, a végső eredmények publikálásakor az a döntés született, hogy az úgynevezett alapsoportok<sup>8</sup> vásárlóerő-paritásos árszintre átszámolt részadatait a világszervezetek nem hozták nyilvánosságra. E mögött

<sup>2</sup> Lásd a Világbank 2007. december 17-én kiadott sajtóközleményét.

<sup>3</sup> A Világbank közreműködésével folyó ICP projekt kezdetei 1968-ra nyúlnak vissza, amikor a washingtoni pénzintézet beszállt a Pennsylvaniai Egyetemen folyó kutatásokba. Az első, 1970-re vonatkozó számítások 10 országot fogtak át. Ezt követően nagyjából ötvenként volt mód új számításokra, országok egyre bővülő körére (30, 60, 64, 118). Ezzel párhuzamosan – másfajta módszertani megközelítéssel – a KGST keretében is folytak nemzetközi összehasonlító számítások. Az 1990-es években a két szál az ENSZ égisze alatt egyesült, majd bekapcsolódott a munkába az OECD és az Eurostat is. A kezdetekről lásd Jánosy [1963], Szilágyi-Bóday [1985], Kravis és szerzőtársai [1975], valamint Borenstein [1993] munkáit, a VI. forduló részleteiről magyar nyelven Györfly [2009] tanulmányát.

<sup>4</sup> Egész pontosan 144 országról és Kínához tartozó két területről, Hongkongról és Makaóról van szó.

<sup>5</sup> A  $d$  alsó index a hazai (*domestic*) jelző rövidítése.

<sup>6</sup> Népességszám szerint ez 95 százalékos, termelésarányosan 98 százalékos teljességet jelent. Gyakorlatilag tehát a világ összes országának adatait számba vették.

<sup>7</sup> Nemzetgazdasági síkon az SNA-rendszerben definiált egészségügyi kiadások összessége jó közelítéssel lefedi az egészségügyi ágazat tartalmát. Mégis ahol ez a módszertan megértése, illetve az eredmények pontos értelmezése szempontjából zavaró lenne, ott kerülni fogjuk az „ágazat” megjelölést.

<sup>8</sup> A hatodik fordulóban az ezernél is több terméket, illetve szolgáltatást 155 alapsoportba tömörítették.

több lényeges megfontolás is volt, s természetesen ezek ma sem veszítették el teljesen érvényességüket.

a) Az adatgyűjtés, az adatfeldolgozás és az aggregációs módszerek szükségszerű hiányosságai miatt az alapsoportok  $Y_{icp}$  és  $p_{icp}$  adatai jelentős véletlen torzítást, „zajt” tartalmazhatnak, viszont e kiadási csoportok magasabb szinten történő aggregációja (például fogyasztás, beruházás) következtében ezek a zajok (hibák) az átlagolás során eltűnnek.

b) Minden nemzetközi összehasonlítás végső soron szembeesül az indexszámításnak azzal az elvileg is feloldhatatlan alapdilemmájával, hogy nincs tökéletes indexformula. Minél részletesebbek a publikált adatok, annál szembeűnőbb, hogy a részadatok összege nem egyezik meg a főösszeggel és/vagy sérül az időbeli összehasonlítás konzisztenciája.

c) Addig, amíg az internethasználat nem vált a mai mérték szerint általánossá, az adatközlésnek területi korlátai is voltak. Ha minden egyes statisztikai táblát megjelentettek volna a nyomtatott kötetekben, az nem csak többletköltséget jelentett volna, de rontotta volna a kiadványok kezelhetőségét, átláthatóságát.

### *Magyarország helye az ICP-skálán*

Nagyon fontos, hogy már e tanulmány bevezetőjében hangsúlyozzuk: ez a minden korábbi ICP-kutatásnál kiterjedtebb vizsgálat Magyarország számára igen meglepő eredményeket hozott: *egy kezünkön megszámlálhatók azok az országok, amelyek az egy főre jutó GDP-vel mért fejlettség alapján elég közel állnak Magyarországhoz ahhoz, hogy vele közvetlenül összehasonlíthatók legyenek.* A világ 146 országa fejlettség tekintetében nagyon polarizált. Sok a nagyon gazdag, még több a nagyon szegény ország, és alig-alig van ország, amelyik éppen abba a közepesnek nevezhető fejlettségi csoportba tartozik, ahova Magyarország. A túlságosan kicsi elemszám miatt szinte lehetetlen meggyőző módon érvelni – vagy pláne ökonometriai eszközökkel bizonyítani –, hogy bármely, Magyarországra érvényes statisztikai tény pusztán a véletlen műve, vagy általánosnak mondható a fejlettség adott szintjén.

Ha a gazdasági fejlettséget a tényleges vagy más szóval piaci valutakulcsokkal átszámolt GDP/fő adattal mérjük (*1. táblázat*), akkor azt találjuk, hogy a Magyarország fejlettségét alulról és felülről körülhatároló, meglehetősen tág, 9–13 ezer dollár/fő sávban még mindössze három ország Észtország (10 341 dollár), Csehország (12 190 dollár) és Omán (12 289 dollár) található. Ha vásárlóerő-paritáson számolt GDP/fő adatokkal jellemezzük a fejlettséget, és a hasonlósági sávot 15 000 és 20 000 dollár/fő szélességben húzzuk meg, akkor még kevesebb országot találunk a sávban: Szlovákiát (15 881 vásárlóerő-paritásos dollár/fő) és Észtországot (16 654 vásárlóerő-paritásos dollár/fő).<sup>9</sup>

Az azonban, hogy mennyire jogos Magyarország fejlettségét „közepesnek” nevezni, a mérési módszer (vagy más megközelítésben: mérési skála) megválasztásától függ (*1. ábra*).<sup>10</sup> Ha a piaci árfolyamot választjuk, akkor azt mondhatjuk, hogy az ország fejlettsége a világátlaghoz van közel, a fejlettektől eléggé le van maradva; míg a vásárlóerő-paritáson mérve inkább a fejlettekhez áll közel. Akármelyik skálát is választjuk, mindenképpen problémát jelent az – a hazai közgondolkodás számára elfogadott – viszonyítási alap, amely szerint Magyarország teljesítményeit a fejlett országok csoportjához, tehát az Európai Unió vagy az OECD átlagához kell hasonlítani. Ezt tükrözik vissza – például – az olyan típusú igények, hogy Magyarországnak egy főre számítva annyit kellene fordítania

<sup>9</sup> Időközben (vagyis 2005 és 2008 között) mind Észtország, mind Szlovákia valamelyest megelőzte Magyarországot (lásd <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tsi eb010>). A fejlettségbeli hasonlóság ellenére az Észtországgal való összehasonlítást sok szempontból nehezíti az a tény, hogy egy nagyon kis területű (45 ezer km<sup>2</sup>) és csekély népességű (1,35 millió fő) országról van szó.

<sup>10</sup> A mérhetőség és a kvalitatív elemzés összefüggéseiről lásd Jánossy [1963].

1. táblázat  
Magyarország helye 146 ország fejlettségi rangsorában, 2005

	Piaci árfolyamon (1)	Vásárlóerő- paritáson (2)
<i>GDP/fő</i> (nemzetközi dollár)		
Világ átlag	7 230	8 971
OECD–Eurostat régió átlaga	26 191	26 404
Magyarország	10 962	17 014
<i>Százalék</i>		
Magyarország a világtátlaghoz viszonyítva	152	190
Magyarország az OECD–Eurostat régió átlagához viszonyítva	42	64

*Forrás: World Bank [2008b] összegző táblázata.*

1. ábra  
Magyarország helye a fejlettségi rangsorban (GDP/fő) két különböző skálán mérve



*Megjegyzés:* az OECD–Eurostat régióhoz – földrajzi, fejlettségi és politikai szempontokat is figyelembe véve – 46 ország tartozik: az OECD-tagok, valamint az összes többi európai ország, Törökországot és Oroszországot is beleértve. Oroszország adata tehát szerepel az OECD–Eurostat régió és a Független Államok Közössége (FÁK) régió adataiban is.

*Forrás: World Bank [2008b] összegző táblázata.*

egészségügyre (nyugdíjra, oktatásra, kutatásra stb.), mint az EU átlaga, vagy – hogy tovább szűkítsük az egészségügyi ágazaton belüli igényeket – néhány éven belül az orvosi bérek érik el az EU-átlag szintjét.<sup>11</sup> Ezek a követelések azért kérdésesek, mert az ország átlagos fejlettségi szintje – akár piaci árfolyamon, akár vásárlóerő-paritáson mérünk – az OECD-átlagnak csupán 42–64 százaléka. Ha ezt a különbséget átszámoljuk az idő dimenziójára, amelyik viszont független a skála megválasztásától, akkor Magyarország 2005. évi fejlettségi szintje körülbelül annak felelt meg, ahol az OECD vagy Európai Unió régi tagállamai (EU–15) 1992-ben tartottak, vagyis lemaradásunk körülbelül 13 esztendő. Ha csak a szomszédos Ausztriát tekintjük összehasonlítási alapnak, akkor a különbség még nagyobb, 16 év!

<sup>11</sup> Az egészségügyi ágazat béreinek felzárkóztatásáról lásd Mihályi [2006].

### Az árakról

A nemzetközi összehasonlítás során mindig ugyanazokkal az árproblémákkal kerülünk szembe bármely országpár vagy országcsoportot vizsgáljuk.

a) Vajon megbízhatók, helyesek azok az árak, amelyek számunkra összehasonlítható mennyiségeként láttatják, tükrözik a minket körülvevő, milliányi termékfeleségből álló áruvilágot?

b) Egyáltalán miért olyanok az árak, amilyenek? Van-e logikailag konzisztens magyarázata annak, hogy miért kerül egy áru vagy egy szolgáltatás kétszer/háromszor/tízszer annyiba *A* országban, mint *B* országban?

c) Milyennek kellene lennie az igazságos és/vagy a gazdaság hosszú távon is optimális működését szolgáló, egyensúlyi árrendszernek?

d) Miként lehet kezelni *A* és *B* ország valutájának egymáshoz viszonyított szélsőséges ingadozásait?<sup>12</sup>

Bizonyos értelemben e kérdések helyes – vagy fogalmazzunk pontosabban: a vizsgálat tárgya szempontjából adekvát – megválaszolása egyre fontosabbá válik azáltal, hogy a számítástechnika és a telekommunikáció fejlődése lehetővé teszi a statisztikusok és a közgazdászok számára a mind több országra kiterjedő, egységes elvek és definíciók szerinti tényleges adatgyűjtést. Ma már meglehetősen részletes és pontos ismereteink vannak azokról az árakról, amelyeket a világ 146 országában ténylegesen használnak a gazdaság szereplői. Minderről az árelmélet nagy klasszikusai – Smith, Marx vagy Marshall – még csak nem is álmodhattak! Ezen új ismeretekre támaszkodva viszont egyre több példáját látjuk annak, hogy a nemzeti kormányok adókkal, vámokkal, illetve támogatásokkal miként térítik el a piaci árakat. Nemcsak az egészségügyben – amivel a jelen tanulmány foglalkozik –, de az olyan alapesetben tökéletesen kompetitívnek gondolt piacokon is, mint az energiaszektor vagy az élelmiszerek piaca. S miután több és egyre részletesebb adatok állnak rendelkezésre, egyre tágabb tér nyílik az olyan ár–volumen elemzések számára, amelyek azt vizsgálják, hogy a gazdaság szereplőinek eladási és vásárlási döntéseit miképpen befolyásolják az adott árak, illetve ezen árak változásai.

### Kettős tükör, kettős célrendszer

Nyilvánvaló, hogy egy adott pénzmennyiség – mondjuk 1400 milliárd forint,<sup>13</sup> – eltérő volumenű egészségügyi szolgáltatást tud finanszírozni attól függően, hogy milyenek e szolgáltatások magyarországi egységárai ( $p_{hd}$ )<sup>14</sup> (azaz mibe kerül egy orvosi munkaóra, egy ampulla gyógyszer, egy kilowattóra villamos energia, egy telefonhívás stb.). A betegek gyógyulása, komfortérzete szempontjából azonban az árak egyáltalán nem, csakis a felhasználó-elfogyasztott kibocsátási (*output*) volumenek számítanak.<sup>15</sup> Másfelől viszont minden 100 forint egészségügyi kiadás valakinek 100 forint egészségügyi bevételt jelent.

<sup>12</sup> Az ICP-kutatás növekvő jelentőségét – egyebek között – az adja, hogy minden várakozással ellentétben a gazdaság és stabil országok valutái egymáshoz képest is erőteljesen kilengenek, s emiatt az egy főre jutó GDP-értékek piaci árfolyamon történő közös nevezőre hozása torz eredményeket szül. A *World Bank* [2008a] meg is jegyzi ezzel kapcsolatban, hogy 2000 októberében az euró/dollár keresztárfolyam 0,853 volt, 2008 márciusában viszont 1,562 – de ebből mégsem következik, hogy ez alatt az idő alatt az euróövezet és az Egyesült Államok fejlettsége vagy lakóinak jövedelmi viszonyai ilyen mértékben megváltoztak volna (5. o.).

<sup>13</sup> Éppen ennyi az Egészségbiztosítási Alap 2009. évi kiadási főösszege.

<sup>14</sup> A *h* index az egészségügyi kiadásokat jelöli (*health*).

<sup>15</sup> Itt és a továbbiakban figyelmen kívül hagyjuk azt a tényt, hogy a gyógyító orvos erőfeszítései, a beszedett gyógyszerek nem feltétlenül vezetnek gyógyuláshoz. A szakirodalom ezért beszél – joggal – a kibocsátás (*output*) és a kimenet (*outcome*) megkülönböztetésének szükségességéről.

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 ( $Y_{hd}$ ), bár ezen belül egyáltalán nem mindegy – például egy nővér számára –, hogy túlorázással ( $\Delta q_d$ ) vagy órabér-emelkedéssel ( $\Delta p_d$ ) jut magasabb jövedelemhez.

Ennek a kettősségnek az elméleti és gyakorlati jelentőségét nem lehet eléggé hangsúlyozni. Ha bárki véleményt kíván 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 (például háziorvosra, kórházra vagy orvosi műszerekre), akkor mindig meg kell különböztetnie egymástól az érték- és a volumenadatokot. A két ország példája nem véletlen: Magyarországon nemcsak az orvostársadalom, de az egészségügyi közgazdászok többsége is úgy gondolja, hogy több pénz kellene fordítani az egészségügyre. Az Egyesült Államokban 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 többletráfördítés ( $\Delta Y_d$ ) a tüdőbetegek számára nem jelent automatikusan tényleges többletszolgáltatást. Az orvosbérek emelkedése vagy a gyógyszerárak növekedése nyomán ugyanis – minden egyéb körülményt változatlanul tekintve – nyilván nem javul a lakosság egészségi állapota, nem lesz jobb, korszerűbb, hatékonyabb a gyógyítás.<sup>16</sup> 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.<sup>17</sup> Az is könnyen belátható, hogy attól nem gyógyulnak jobban az amerikai betegek, hogy az Egyesült Államokban a gyógyszerárak 50 százalékkal magasabbak, mint Nyugat-Európában.<sup>18</sup> És igaz a fordított összefüggés is: a látszólag nagyon különböző brit és amerikai egészségügy teljesítménye is közelebb kerül, ha azonos árakat használunk az elemzés során. *Feachem és szerzőtársai* [2002] 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.<sup>19</sup> A felszínen látható költségkülönbségek döntően az alkalmazotti bérek közötti különbségből adódnak. És hogy ezek az összefüggések Magyarországra is érvényesek, azt 2002-ben meglehetősen drágán tanulta meg a magyar egészségügyi kormányzat: hamar kiderült, hogy a betegek szempontjából az orvosok 50 százalékos béremelésének nem volt semmiféle érzékelhető nagyságú, jobbitó hatása.

<sup>16</sup> A volumen- és árhatások megkülönböztetése – természetesen – a makrogazdaság más területein is döntő fontosságú. Tankönyvi példája ennek a keynesi indíttatású kormányzati keresletnövelés, amely mindig azzal a kockázattal jár, hogy nem a változatlan áron számolt aggregált kereslet, hanem az árszínvonal emelkedik.

<sup>17</sup> A szakvizsgával rendelkező szakorvosok esetében az OECD-országok között a különbség még ennél is nagyobb (lásd *Fujisawa–Lafortune* [2008] 7. o.). Az orvosbéreket a szerzők GDP-szintű, átlagos vásárlóerő-paritáson hasonlították össze.

<sup>18</sup> Egy kiválasztott, vényköteles gyógyszereket tartalmazó kosár árain mérve az Egyesült Államokban és az öt legnagyobb nyugat-európai piacon (*Farrell és szerzőtársai* [2008] 5. o.).

<sup>19</sup> Egy 1985-ből származó összehasonlítás már kimutatta, hogy az Egyesült Államokban hiába magasabb 72 százalékkal az egy főre jutó közvetlen orvosi kiadás, mint a szomszédos Kanadában, a 80 százalékkal magasabb amerikai bérszínvonal miatt valóságban az átlag amerikai kevesebb orvosi szolgáltatásban részesül, mint az átlag kanadai. V. R. Fuchs és J. S. Hann eredményeit idézi *Cheng–Reinhardt* [1998] 16. o.

*Hasznos és káros fogyasztás*

Szemben az egészségügyi ágazat legtöbb specialistájával, e tanulmány szerzője már legalább egy évtizede azt az álláspontot képviseli – lásd *Mihályi* [1999] –, hogy 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 (lásd *Csernok–Ehrlich–Szilágyi* [1975] 130. o., *Borenstein* [1993] 73–75. o.). Mindebben már akkor sem volt semmi meglepő. A szocialista tervgazdálkodás egyfajta *szükségletdiktatúra* volt,<sup>20</sup> 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 alacsonyan tartották, miáltal az állami költségvetés szűkös forrásaiból viszonylagosan sok erőforrást tudtak erre a célra „megvásárolni”. Ha Magyarországon az 1950-es és 1960-as években 100 százalékban 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 szétesztani. (Természetesen azután, hogy – az ár- és bérrendszer eltorzításán keresztül, továbbá az önkényesen megállapított adók formájában – a pártállam 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 módszerekkel minden fejlett piacgazdaságban ez történik.<sup>21</sup> Miért a beavatkozás? Elméletileg is könnyű belátni, de a mindennapi tapasztalat is megerősíti, hogy egy modern társadalomban a fogyasztók akkor is hozhatnak a maguk szempontjából nem optimális döntést, ha szuverén módon határoznak, és teljes mértékben informáltak.<sup>22</sup> 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* [1957] nyomán meritorikus (önmagukban értékes, angolul: *merit goods*) javaknak nevezi. A közoktatás mellett az egészségügy a legjobb példája ennek. Gondoljunk csak a gyermekorvoslásra, a házi orvosok tevékenységére, a kötelező védőoltások és szűrővizsgálatok rendszerére. Ezért is működtetnek a modern piacgazdaságok is olyan finanszírozási rendszereket, ahol ezen szolgáltatás igénybevételének pillanatában a paciensek egyáltalán nem, vagy csak szimbolikus mértékben kell fizetniük (*co-payment*).

Másfelől viszont nagy számban 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 cigaretta ártalmas, az alkoholisták is tudják, hogy az

<sup>20</sup> Ez a sok szempontból is igen találó elnevezés *Fehér–Heller–Márkus* [1991] könyvéből származik.

<sup>21</sup> Ez volt *Kornai* [1998] könyvének az egyik legfontosabb üzenete.

<sup>22</sup> *Koltay–Vincze* [2009] tanulmánya széles körű áttekintést ad arról, hogy a fogyasztói döntések ilyen értelemben vett eltorzulása nemcsak az egészségügy, de számos más területen (például hitelfelvételek, megtakarítások, lakáspiaci vásárlások) is gyakori jelenség.

ital saját életkilátásait rombolja. Az állam viszont úgy érvel, hogy a dohányzás árt a nem dohányzóknak is – az úgynevezett passzív dohányosoknak –, az alkoholisták és a kábítószer-fogyasztók súlyosan károsítják a környezetükben élők életminőségét is. Ezek olyan súlyos külső hatások (externáliák), hogy indokolt a beavatkozás.

Annak, hogy az egészségügy szempontjából érintett piacok működésébe az efféle állami beavatkozásnak hosszú távon is – tehát nem csak a szocialista tervgazdaság rendszerében – fenntartható, három fő oka van.

1. 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 (például jövedéki adó, emelt szintű áfa), az egészségügyi szolgáltatók pedig elfogadják, hogy szolgáltatásaik árát az állam – ha nem is 100 százalékban, de meglehetősen széles körben – adminisztratív úton szabályozza.

2. Mind a meritorikus, mind a demeritorikus javak esetében belátható, hogy itt nem pusztán egyfajta elvont, humanitárius megfontolásról van szó, a beavatkozást költséghatékonysági szempontok is indokolják. Ezért van az, hogy nemcsak az állami bürokrácia, de az egészségbiztosítással üzleti (*forprofit*) alapon foglalkozó biztosítók is ilyen elvek szerint alakítják ki üzleti szabályzataikat. Vagyis támogatják a szűrő- és megelőző vizsgálatokat, igyekeznek anyagilag is ellenőztőzni a dohányzást, mértéktelen alkoholfogyasztást stb. Mindez nagyon hasonlít ahhoz, ahogyan az autógyárak a garanciális időn belül megkövetelik a gépjárművek rendszeresen ellenőrzését.

3. 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 tetszik: legönzőbb – fogyasztók is csak körülményesen vagy egyáltalán nem tudják kivédeni. Az egészségre káros élvezeti cikkek importját az állam egyfelől mennyiségi kvótákkal, másfelől vámokkal és adókkal szabályozza, így meg tudja akadályozni az államilag „konstruált” árak megváltoztatását.

Az árak azonban visszahatnak a mennyiségekre. Sőt, minél modernebb egy gazdaság, annál inkább érvényesül az árak kereslet- és kínálatbefolyásoló hatása. Ez egyaránt érvényes az emberi egészség megőrzése és helyreállítása szempontjából hasznos, illetve káros javakra. Ez részben segíti, de részben – mint majd látni fogjuk – hátráltatja is a poszt-szocialista állam által helyesnek tartott célok elérését.

Visszatérve az ICP legújabb fordulójának árszinteredményeire, megállapíthatjuk, hogy ezek egy fontos szempontból teljes összhangban vannak mindazzal, amit eddig is sejtettünk. Mint azt a 2. táblázat mutatja, másfél évtizeddel a rendszerváltás után az *átlagos* magyar árszínvonal csak kismértékben van elmaradva a hipotetikus világárszinttől. Magyarországon átlagosan – vagyis az árak és szolgáltatások teljes körét tekintve – az árszínvonal ma már mindössze 20 százalékkal marad el a (súlyozott) világtárgtól. E tekintetben – Horvátország kivételével – megelőzi 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.<sup>23</sup> A magyar egészségügyi árai 37 százalékkal alacsonyabbak, mint a világtárg, és ezen belül a magyar árszint az amerikaiaknak csak 34 százaléka. Vagyis érvényesül az az elv, hogy a meritorikusnak tekinthető egészségügyi szolgáltatások árai – elsősorban a múlt örökségeként – még mindig alacsonyabbak, mint amit gazdasági fejlettségünk indokolna.

<sup>23</sup> Ráadásul itt sokkal nagyobb is az egyes országok árszínvonalai közötti szórás. Ez a teljes országgörre is igaz, nemcsak a 2. táblázatban bemutatott 12 országra. Sőt ennél több is igaz, az ICP-ben vizsgált 15 kiadástermék-csoport közül egyedül az oktatás az, ahol az árindexek szórása meghaladja az egészségügyét (*World Bank* [2008a] 18. o.).



2. táblázat

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

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
Afrika	57	41
Ázsia (csendes-óceáni)	51	18
FÁK-országok	53	28
Dél-Amerika	65	50
Nyugat-Ázsia	64	35

Forrás: World Bank [2008b] 2. táblázat.

3. táblázat

Az italféleségek és dohánytermékek relatív árindexei (OECD-átlag = 100)

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

Forrás: OECD.Stat Extracts (<http://stats.oecd.org/Index.aspx>) 2008. december 8-i letöltés.

A most először publikált, részletes ICP-adatok azonban felszínre hoztak egy olyan – az egészségpolitika szempontjából rendkívül fontos – összefüggést, amelyről korábban csak sejtéseink lehettek. Bebizonyosodott ugyanis, hogy a *posztzocialista fejlődés keretei között nemcsak az egészségügyi ellátások árszintje, de az egészségre kifejezetten káros, demeritorikus javak árszintje is alacsony*. A dohánytermékeket és a szeszes italokat a legerőteljesebben 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 alacsonyak. Ezeket az összefüggéseket – mintegy kinagyított formában – láthatjuk a 3. 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.<sup>24</sup> 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 itt 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 eltérnek egymástól. 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. A 2. ábra adatai alapján ugyanilyen mértékű eltéréseket látunk – az egyébként hasonló fejlettségű – Svájc és Németország, illetve Svédország és Dánia között.

A következőkben azonban azt fogjuk bemutatni, hogy a posztzocialista országok egészségügye általában több erőforrást használ fel, mint azt relatív gazdasági fejlettségük indokolná. És azt is igazolni fogjuk, hogy ennek – részben – az átlagosnál alacsonyabb egészségügyi árszínvonal az oka.

Miként lehet ezeket a feltételezéseket igazolni? Azt gondolhatnánk, hogy az árakkal foglalkozó előző részben tárgyalt okok miatt erre két számbavételi módszer kínálkozik.

1. Kiindulhatunk az egészségügyi kiadások belföldi árakon mért nagyságaiból ( $Y_{hd} = q_{hd} \times p_{hd}$ ), majd ezeket az  $Y_{hd}$  adatokat a tényleges valutaárfolyam segítségével tehetjük közvetlenül összehasonlíthatóvá:  $Y_h = Y_{hd} \times x$ .

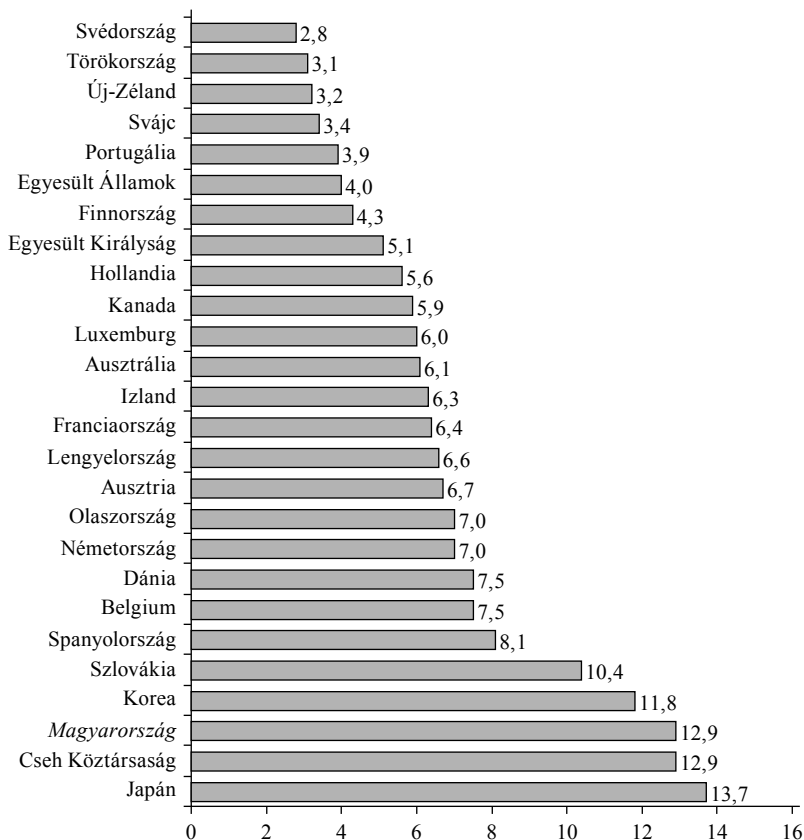
2. Az  $Y_{hd}$  adatokat a GDP egészére vonatkozó vásárlóerő-paritáson számoljuk át egy közös valutára, általában nemzetközi vásárlóerejű dollárra:  $Y_{hppp} = Y_{hd} \times X_{ppp}$ . És valóban, számos nemzetközi szervezet – így a tárgyunk szempontjából legfontosabb két szervezet, az OECD egészségügyi szakapparátusa és az Egészségügyi Világszervezet (WHO) is – évről évre ezt a két módszert követi kiadványaiban, illetve a honlapjaikról letölthető statisztikai táblázataiban.<sup>25</sup>

<sup>24</sup> A mohamedán országok esetében ugyanis – ismert kulturális okok miatt – az alkoholfogyasztásról nincsenek adatok.

<sup>25</sup> Lásd 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](http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_1,00.html); WHO Statistical Information System (WHOSIS), <http://www.who.int/whosis/en/>. Tovább bonyolítja a helyzetet, hogy az OECD egészségügyi divíziója a vásárlóerő-paritáson

2. ábra

Az egy főre jutó orvos–beteg találkozások száma 2006-ban



*Forrás:* OECD Health Data 2008. Az adatok általában a 2006. évi helyzetet tükrözik, de néhány ország esetében egy korábbi év adatait használtuk.

Ha azonban jobban belegondolunk a nemzetközi összehasonlítás részleteibe, akkor beláthatjuk, hogy valójában kell léteznie egy harmadik, az előző kettőnél célirányosabb módszernek. Megtehetjük, hogy nem a nemzetgazdaság egészét jellemző, GDP-szintű, *átlagos* vásárlóerő-paritás koeficiensével dolgozunk, hanem úgy, hogy az egészségügyi kiadásokat a rájuk vonatkoztatott, adott évi, *egészségügy-specifikus* vásárlóerő-paritás (*Health-specific, PPP*) figyelembevételével tesszük összehasonlíthatóvá. Mint erről már szóltunk, kell lenniük ilyen adatoknak is, hiszen az átlagos vásárlóerő-paritást csak úgy lehet kiszámolni, ha előbb rendelkezésre állnak a kiadáscsoportonként kiszámolt, specifikus koeficiensek is, amelyek összehasonlíthatóvá teszik az összehasonlításhoz kiválasztott kulcsvaluta belső és nemzetközi vásárlóerejét. Egyetértve *Oblath* [2005] következtetésével kijelenthetjük, hogy amennyiben *nem a GDP egészét, hanem annak egyes felhasználási összetevőinek nemzetközi összehasonlítását kívánjuk elvégezni, akkor erre*

adatok idősorait az egyes publikációkban nem évente változó, GDP-szintű vásárlóerő-paritásos árnindexszel korrigálja, hanem egy négy-öt éves perióduson keresztül egy kiválasztott év – jelenleg a 2000. év – indexével.

nem a GDP-szintű vásárlóerő-paritást, hanem az összehasonlítható felhasználási tételek saját vásárlóerő-paritását célszerűbb használni.<sup>26</sup>

Első egészségügyi tárgyú könyvemben már felhívtam a hazai szakirodalom figyelmét arra (Mihályi [2000] 80. o.), hogy ha a szektorspecifikus vásárlóerő-paritást tesszük összehasonlíthatóvá a folyó áras, nemzeti kiadási adatokkal, akkor azt kapjuk, hogy

a) az egy főre jutó magyar adatok sokkal kevésbé maradnak el a legfejlettebb országokétól, mint ahogyan az a szakmai köztudatban él. Így – például – a szomszédos Ausztriához viszonyított lemaradásunk is sokkal kisebbnek adódott (lásd a 4. táblázat utolsó sorának adatait).

#### 4. táblázat

Az egy főre jutó egészségügyi kiadások volumene többféle módszertan szerint, 1996

Ország	Hivatalos valuta- árfolyamokon (1)	GDP-szintű átlagos vásárlóerő- paritáson (2)	Egészségügy- specifikus vásárló- erő-paritáson (3)	A (2) és a (3) oszlop adatainak eltérése (4)
	nemzetközi vásárlóerejű dollár			százalék
Csehország	363	933	2118	227,0
Magyarország	266	684	1232	80,1
Lengyelország	257	485	729	50,3
Franciaország	2806	2130	2674	25,6
Egyesült Királyság	1290	1464	1627	11,1
Németország	2628	2355	2227	-0,5
Egyesült Államok	3650	3803	3101	-18,5
Spanyolország	954	1246	1013	-18,7
Portugália	741	1176	921	-21,7
Ausztria	2364	2351	1895	-25,1
Magyarország/ Ausztria (százalék)	11,3	29,1	65,0	-

*Megjegyzés:* a (2) és (3) oszlop adataihoz a vásárlóerő-paritást az OECD 24 tagországának átlagárszintjén kell érteni.

*Forrás:* (1) és (3) oszlop: OECD [1998] 7. táblázat; (2) oszlop: OECD Health Data 2008. évi kiadás internetes változat – 2008. október.

b) Mint a 4. táblázatból is látszik, éppen a volt szocialista országok esetében adóttak nagy – 50 és 230 százalék közötti! – különbségek abból, hogy melyik módszerrel számítjuk az egészségügyi kiadások volumenét. Mivel Csehországban, Magyarországon vagy Lengyelországban az egységnyi nemzeti valuta belső vásárlóereje az egészségügyi áruk és szolgáltatások piacán – e piac különösen nyomott árszínvonala miatt – lényegesen nagyobb, mint a gazdaság egészében átlagosan, ezért az egészségügyi kiadások nemzetközileg is összehasonlítható reálértéke is magasabbnak adódik, ha a szektorspecifikus vásárlóerő-paritáson számolt indexet alkalmazzuk.

<sup>26</sup> Természetesen ezt tudják a WHO és az OECD egészségügyre szakosodott divíziójának statisztikusai is (lásd Klavus és munkatársai [2002], Huber [2006]). Lassan egy évtizede folyik e két szakosított szervezet vitája a Világbankkal arról, hogy miként lenne a leginkább célravezető az egészségügy-specifikus vásárlóerő-paritás kiszámítása. Az OECD, a WHO és az Eurostat ágazati szakértői szeretnék elérni, hogy a soron következő (2008. év adatait feldolgozó) ICP-fordulóban az általuk javasolt új eljárásokat alkalmazzák. A szerző köszönettel tartozik e cikk egyik anonim bírálójának, aki felhívta a figyelmét a nemzetközi szervezetek között folyó szakmai vitára.

c) A 4. táblázat (3) oszlopának adataiból levonható harmadik megállapítás az, hogy a két volt szocialista ország, Csehország és Magyarország abszolút értékben – egy főre számítva – még 1996-ban is többet költött egészségügyre, mint akár Portugália, akár Spanyolország, jóllehet e két utóbbi ország lényegesen fejlettebb volt náluk.<sup>27</sup>

Ezek után egyáltalán nem meglepő, sőt az esetleges módszertani aggályokat még el is oszlató eredmény azt, hogy az ICP 2005. évi adatai (5. táblázat) ugyanezt a három következtetést igazolják.

5. táblázat

Az egy főre jutó egészségügyi kiadások volumene többféle módszertan szerint, 2005

Ország	Hivatalos valuta- árfolyamon (1)	GDP-szintű átlagos vásárlóerő- paritáson (2)	Egészségügy- specifikus vásárló- erő-paritáson (3)	A (2) és a (3) oszlop adatainak eltérése 4)
	nemzetközi vásárlóerejű dollár			százalék
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
Magyarország/ Ausztria (százalék)	32,0	41,1	69,6	-

Megjegyzés: a (2) és a (3) oszlop adatainál a vásárlóerő-paritás a 146 ország átlagárszintjén értendő.

Forrás: (1): *World Bank* [2008b] 5. táblázat; (2): *OECD Health Data* 2008. évi kiadás internetes változat – 2008. október; (3): *World Bank* [2008b] 6. táblázat.

A 4. és 5. táblázatból az is jól látható, hogy – 1996-hoz képest – lényegesen csökkent a különbség a háromféle módszerrel számolt volumenadatok között, méghozzá nemcsak Magyarország, hanem legalább két másik posztoszocialista ország esetében is. Ez is azt jelzi – miként a 2. táblázat is –, hogy a posztoszocialista országok árrendszere egyre jobban közelít a fejlett országokéhoz. Ha csak Magyarországot nézzük, akkor azt látjuk, hogy 1996-ban a kiadások piaci valutaárfolyamon számolt értéke és szektorspecifikus vásárlóerővel számolt adata közötti arány majdnem 1:5 volt, ami 2005-re 1:3 arányra csökkent. Ugyanakkor viszont aggodalomra adhat okot az a tény, hogy szektorspecifikus vásárlóerő-paritáson számolva az egészségügy területén a lemaradásunk Ausztriához képest közel egy évtized alatt csak csekély mértékben, kevesebb mint öt százalékpontot csökkent.

Miután megvizsgáltuk az egészségügyi kiadások volumenadatait, nézzük meg, miként alakultak az egészségre kifejezetten káros termékek volumenben mért fogyasztási adatai (6. táblázat)! Mint korábban, a 3. táblázatban láttuk, a posztoszocialista országokban a szeszes italok, de különösen a dohánytermékek árszínvonala – a fejlett országokhoz képest – meglehetősen nyomott. Ha a ténylegesen megvásárolt és feltehetően el is

<sup>27</sup> Egy más megközelítésben, regressziós elemzés alapján hasonló következtetésre jutott *Orosz–Ellena–Jakab* [1998], *Kovács* [1999], *OECD* [1999] 100–102. o., *Kornai–McHale* [2001] is.

fogyasztott alkohol- és dohánytermékek volumenét nézzük, akkor alapos okunk van azt feltételezni, hogy *az alacsony ár többletfogyasztásra 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 százaléka rendszeres dohányos, míg ez az arány az Egyesült Államokban csak 17 százalék! Magyarország a 13 liter/fős alkoholfogyasztási adatával – Írország kivételével – mindenkit megelőz az OECD-ben.<sup>28</sup> A 6. táblázat adataiból hasonló, lehangoló következtetés adódik a legkevésbé fejlett posztszocialista országokra – Oroszország, Románia – is. Oroszországban például az egy főre jutó szeszesital-fogyasztás 5 százalékkal magasabb, mint az Egyesült Királyságban, jóllehet az egy főre jutó orosz GDP szintje nem éri el a brit szint 40 százalékát sem!

#### 6. táblázat

Az egészségre káros kiadások és az egészségügyi kiadások egy főre jutó fogyasztásának volumene, 2005 (dollár, OECD szektorspecifikus vásárlóerő-paritáson)

Ország	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
<i>Magyarország</i>	<i>377</i>	<i>262</i>	<i>1950</i>
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

*Forrás:* OECD.Stat Extracts, 2005 PPP Benchmark results, 2009. július 3-i letöltés.

#### *Egyszerre nyomjuk a féket is, meg a gázt is*

A nemzetközi összehasonlító program (ICP) eredményei nyomán lehetőségünk nyílik arra, hogy nagyságrendileg összevevessük az egy főre jutó egészségügyi kiadások nagyságát a szeszes italokra, illetve dohánytermékre 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 posztszocialista országok – és így Magyarország is – arra a kezdő autóvezetőre hasonlítanak, aki annyira ügyetlen, hogy egyidejűleg tapos bal lábával a fékre és jobb lábá-

<sup>28</sup> A dohányzásra vonatkozó, legfrissebb OECD-adatok 2003. évi, az alkoholfogyasztásra vonatkozóak a 2005. évi helyzetet tükrözik.

val 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 egyharmadát annak az – OECD-átlagáron számított<sup>29</sup> – „hasznos” 1950 dollárnak (6. táblázat), mint amennyit a GDP-ből egészségügyre fordítunk. Ausztria esetében ez a káros–hasznos arány egyötöd. Az Egyesült Államok esetében a „káros” fogyasztás aránya a „hasznoshoz” viszonyítva nem éri el az egyhatedet sem.

### Az egészségügyi kiadások részaránya

Az ICP-módszer lényegéből – tehát abból, hogy a GDP valamennyi kiadási tétele átárazásra kerül – szükségszerűen következik, hogy az egészségügyi kiadások GDP-n belüli részaránya más értéknek adódik, mint a szokásos módszer alkalmazása esetében, amikor e kiadások részarányát a nemzeti valutában, tényleges árakon számba vett adatokból számítják ki az erre hivatott nemzetközi szervezetek (OECD, WHO).<sup>30</sup> Az is magától értődő, hogy más arányokat kapunk, ha a vásárlóerő-paritásra történő átszámítás esetén nem a GDP egészére vonatkozó *átlagos*, hanem az adott kiadási csoportra jellemző, *specifikus* vásárlóerő-paritásokat vesszük alapul az egészségügyi kiadások esetében ugyanúgy, mint a GDP-t alkotó többi tételnél. Hogy ezek a különbségek mennyire számottevők, azt a magyar adatok segítségével a 3. ábra szemlélteti.

Az már az 1996. évi adatok alapján is látható volt, hogy a GDP-t alkotó kiadási kategóriák teljes átárazásával számolt, az egészségügy szektorális vásárlóerő-paritását tükröző számítás esetén Magyarország esetében az egészségügyi kiadások GDP-n belüli részaránya jóval magasabbnak adódik – éppenséggel pontosan kétszerese –, mint amit a közvélemény a közkezen forgó statisztikai kiadványok és az arra hivatkozó egészség-gazdaságtani publikációkból tudni vélt.<sup>31</sup> Az 1996. évi 12,0 százalékos adat két szempontból is sokkoló volt. Egyrészt azért, mert ezzel a 28 OECD-tagország között a 3. helyre kerültünk. Nálunk nagyobb ráfordítási arányt csak a Csehország (15,1 százalék) és Japán (14,2 százalék) produkált, az OECD-átlag pedig 9,9 százaléknak adódott. Másfelől azért volt sokkoló az 1996. évi ICP eredménye, mert a három évvel korábbi számítások során Magyarország esetében százalékpontban mérve még nem jött ki nagy különbség a hazai arányokkal számolt (6,8 százalék), illetve a teljes átárazással nyert eredmény (8,8 százalék) között.<sup>32</sup>

Az 1996. évi adatokból kitűnt az is, hogy a mindig fontos, negatív példaként emlegetett amerikai egészségügy ráfordításai valójában nem is olyan kiugróan magasak. Az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított részaránya 10,1 százaléknak adódott – tehát

<sup>29</sup> Két – egymással is összefüggő – okunk is van arra, hogy ebben az esetben nem a 146 ország, hanem csak az OECD-tagországok adatai alapján képeztünk hipotetikus világarrendszerben 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.

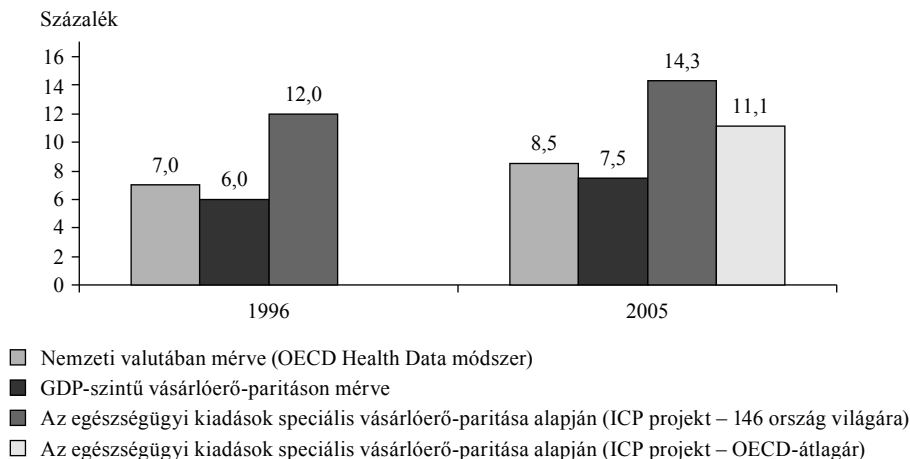
<sup>30</sup> Az arányszámítás szempontjából további problémát jelent, hogy az egészségügyi ágazat körülhatárolása a nemzetgazdaság egyéb ágazataitól országonként eltérő. Így például nincs teljes egység az ápolási otthonok besorolásában, az orvosképzés, a beruházási kiadások pontos körülhatárolásában stb. Az OECD egészségüggyel foglalkozó divíziója, illetve a WHO statisztikusai igyekeznek e tekintetben standardizálni a nemzeti szakminisztériumok által beküldött, nemzeti valutában számba vett kiadási adatokat.

<sup>31</sup> A magyar egészségügy állítólagos alulfinanszírozásáról 1999-től kezdve éles polémia folyt az Egészségügyi Gazdasági Szemle című szakfolyóirat hasábjain és másutt is (Mihályi [1999], Bondár [2000], Illyevölgyi [1999], Kincses [1999], Németh [2000], Orosz [2001]).

<sup>32</sup> Lásd az 1993-ra vonatkozó ICP-forduló adatait (United Nations Statistical Commission–Economic Commission for Europe [1996] 2. és 8. táblázat).

3. ábra

Különböző módszerekkel mért egészségügyi kiadások részaránya a GDP-ben Magyarországon



*Forrás:* saját számítások OECD és a Világbank kiadványai alapján.

alig magasabb, mint az Európai Unió 15 államának átlaga (8,7 százalék). Hogy ez miért volt – és miért van ma is – így, arról már e tanulmány árakkal foglalkozó részében szó esett. Amit az európai orvosi közvélemény akkor is, meg ma is pazarlásnak vél, az valóban nem más, mint a magas árszínvonal miatti érzéki csalódás.<sup>33</sup> A nagyobb részt piaci alapú amerikai egészségügyet nem a ráfordítások növekedése, sokkal inkább az árak (és ezen belül természetesen az egészségügyi szféra béreinek) magas színvonala jellemzi. A betegtársadalom és az adófizetők szempontjából nézve a kiugróan magas amerikai egészségügyi bérszínvonal „pazarlónak” is nevezhető – bár az amerikai orvosok és ápolónők ezt bizonyosan másképpen látják. Akárhogyan is gondolkodunk erről, annyi bizonyos, hogy az amerikai egészségügy csúcshintézményei éppen azért állnak a gyógyítás szinte minden területén a legelső helyen, mert a kiemelkedően magas bérszínvonal teszi lehetővé a legjobb munkaerő megszerzését és ösztönzését.<sup>34</sup>

Ebből az utóbbi szemszögből vizsgálva a 2005. évi ICP-vizsgálatból kalkulálható kiadási részarányokat, tulajdonképpen nincs mit csodálkoznunk a magyar helyzetet jellemző számokon. Tudjuk, mert itt élünk ebben az országban, hogy a rendszerváltás ideje óta eltelt közel két évtized során a magyar gazdaság legtöbb területén viszonylag gyors volt az arányok hasonulása a világpiacon arányokhoz. A magyar egészségügyben viszont – és ez is köztudott – az állami tulajdonlás és az állami irányítás nagyrészt érintetlenül fennmaradt,<sup>35</sup> és ez végeredményben azzal járt, hogy ebben a kiadáscsoportban az árak és szolgáltatások

<sup>33</sup> Természetesen erre az összefüggésre az amerikai egészségügyi közgazdászok közül is sokan rámutattak (lásd Pauly [1993], McKinsey [1996], Anderson és szerzőtársai [2005] és újabban Reinhardt [2009]).

<sup>34</sup> A fenti gondolatmenet azonban csak az egyik magyarázatát adja annak a ténynek, hogy hasonló fejlettségű országok, hasonló mértékű egészségügyi ráfordításból eltérő népegészségügyi állapotot „hoznak ki”. Igaza lehet Kornai [1998]-nak (77–78. o.), hogy itt olyan tényezők is szerepet játszhatnak, mint a tulajdonformák, a szervezési rendszerek elvei stb. – de, hogy ezeknek mekkora jelentőségük van, azt nem tudjuk. (Erről részletesebben lásd Mihályi [2008].)

<sup>35</sup> Mint ahogyan eddig is, a tanulmány további részeiben is csak a nemzetgazdaság egésze szintjén vizsgáljuk az egészségügyi kiadásokat. Azzal a kérdéssel, hogy ezen belül miként alakul a közkiadások és a magánkiadások aránya, egyáltalán nem foglalkozunk.



7. táblázat

Az egészségügy szempontjából jelentős kiadási tételek aránya a GDP-ben,  
szektorális vásárlóerő-paritásokon számolva, 2005

OECD–Eurostat régió 10 ezer dollár/fő szint feletti országai	Egy főre jutó			Egész- ségügyi kiadások	Szeszes ital, dohánytermék és narkotikumok vásárlása
	GDP	egészségügyi kiadások	szeszes ital, dohány- termék és narkotiku- mok vásárlása		
	nemzetközi vásárlóerejű dollárban				
Japán	30 290	4653	679	15,4	2,2
Magyarország	17 014	2434	736	14,3	4,3
Egyesült Államok	41 674	5843	627	14,0	1,5
Portugália	20 006	2778	504	13,9	2,5
Litvánia	14 085	1944	569	13,8	4,0
Lengyelország	13 573	1858	524	13,7	3,9
Horvátország	13 232	1805	330	13,6	2,5
Csehország	20 281	2756	753	13,6	3,7
Németország	30 496	4124	672	13,5	2,2
Franciaország	29 644	3934	520	13,3	1,8
Szlovákia	15 881	1990	439	12,5	2,8
Izland	35 630	4405	552	12,4	1,5
Belgium	32 077	3958	653	12,3	2,0
Málta	20 410	2460	331	12,1	1,6
Spanyolország	27 270	3280	613	12,0	2,2
Svájc	35 520	4259	1017	12,0	2,9
Oroszország	11 861	1395	478	11,8	4,0
Egyesült Királyság	31 580	3666	475	11,6	1,5
Szlovénia	23 004	2627	693	11,4	3,0
Svédország	31 995	3633	494	11,4	1,5
Lettország	13 218	1498	578	11,3	4,4
Új-Zéland	24 554	2720	551	11,1	2,2
Finnország	30 469	3235	666	10,6	2,2
Hollandia	34 724	3681	521	10,6	1,5
Dél-Korea	21 342	2247	243	10,5	1,1
Olaszország	27 750	2914	451	10,5	1,6
Ausztrália	32 798	3436	542	10,5	1,7
Észtország	16 654	1728	751	10,4	4,5
Ausztria	34 108	3499	656	10,3	1,9
Görögország	25 520	2562	844	10,0	3,3
Izrael	23 845	2369	300	9,9	1,3
Dánia	33 626	3281	706	9,8	2,1
Norvégia	47 551	4503	478	9,5	1,0
Kanada	35 078	3270	496	9,3	1,4
Mexikó	11 317	904	240	8,0	2,1
Írország	38 058	3005	589	7,9	1,5
Ciprus	24 373	1724	962	7,1	3,9
Luxemburg	70 014	4267	2954	6,1	4,2
Teljes OECD–Eurostat régió átlaga (46 ország)	26 404	3349	514	12,7	1,9

Forrás: a szerző saját számításai a World Bank [2008b] 6. táblázata alapján.

ára a többi kiadáscsoporthoz képest sokkal lassabban konvergált a világpiacon arányokhoz.<sup>36</sup> Ezért adódik 2005-re sokkal nagyobbnak – majdnem 7 százalékpontnyinak! – az egészségügyi kiadások részarányában mért különbség, attól függően, hogy GDP-szintű vagy szektorspecifikus vásárlóerő-paritáson számoljuk az egészségügyi kiadásokat.

Ahhoz, hogy ezt az igen magasnak tűnő 14,3 százalékos értéket legyen mihez viszonyítanunk, természetesen szükség van a többi ország adatának ismeretére is (7. táblázat), hiszen csak így látjuk magunk előtt a teljes mérési skálát. Mint látjuk, a fejlett piacgazdaságok közül ismét csak Japán előz meg bennünket, ami talán nem is szorul külön magyarázatra, ha visszapillantunk a 3. ábrára, amely szerint Japán az orvos–beteg találkozások gyakoriságában hozzánk hasonló, riasztóan magas adattal tűnik ki. Az viszont meglepő, hogy ezen a listán megelőzzük az Egyesült Államokat (14,0 százalék), sőt Franciaországot (13,3 százalék) is, amelyről szintén az a közvélekedés, hogy rendkívül nagyvonalú egészségügyi ellátást nyújt a népességnek. Hasonló arányokat mutatnak az egykori Szovjetunió – balti országokon kívüli – utódállamai, a FÁK-országok. Példaként érdemes megemlíteni – a táblázatban nem szereplő – Fehéroroszországot vagy Moldovát, vagyis a legkevésbé megreformált poszt szocialista gazdaságokat. Ebben a két országban az egészségügyi kiadások GDP-n belüli részaránya 17 százalékra rúg, vagyis még a magyar szintnél is lényegesen magasabb!

Ezen a ponton érdemes egy pillanatra még egyszer visszatérni az egészségi állapot szempontjából egyértelműen káros fogyasztási javak – az alkohol, a dohánytermékek és a kábítószer – problémájához. A 7. táblázatból látszik, hogy világpiacon árszintekkel számolva, ijesztően magas arány adódik ezekből a magyar adatokból is. Ezekre a demeritorikus javakra Magyarországon a GDP 4,3 százalékának megfelelő összeget fordítanak, közel háromszor annyit, mint az amerikai polgárok (1,5 százalék). A miénknél magasabb arányt csak két balti ország, Lettország (4,4 százalék) és Észtország (4,5 százalék) produkál.

### Magyarázatok és következtetések

Azt a következtetésünket, hogy nemzetközi összehasonításban a poszt szocialista országok általában – és így Magyarország is – fejlettségi szintjükhez képest nem kevés, hanem túl sok erőforrást fordítanak az egészségügyre, nem elegendő pusztán a Világbank ICP-publikációjának tekintélyére, illetve statisztikai módszertani érvek megindoklására támaszkodva védelmezni. A magyarázatra szoruló kérdés tehát az, hogy miért adódik Magyarországon lényegesen magasabbnak – 8,5 százalék helyett 14,3 százaléknak – az egészségügyi kiadások GDP-n belüli részaránya, ha az elszámolás során az egészségügyre jellemző (egészségügy-specifikus vásárlóerő-paritáson számolt) hipotetikus világarrendszert használjuk, nem pedig a különféle okok miatt eltorzult és eltorzított, de a magyar gazdaság szereplői számára közvetlenül érzékelhető belső árainkat. A választ a lényesebb közgazdász-közvélemény és – lehetőség szerint – az orvostársadalom számára is meg kell fogalmazni, s közben felelnünk kell a mindkét szakmai körben korábban már felvetett módszertani ellenvetésekre is. A válaszadást a könnyebb összefüggésekkel kezdjük, és fokozatosan haladunk a bonyolultabb válaszok felé.

1. Kézenfekvőnek tűnhet az az ellenvetés, hogy az eltérés abból adódik, hogy a Világbank számításai során csak egy viszonylag szűk áru- és szolgáltatáskosár került be

<sup>36</sup> Azt a vélekedésünket, hogy az árarányokbeli felzárkózás és a tulajdonviszonyok között szoros oksági kapcsolat van, a poszt szocialista átalakulás története a gazdaság más szektoraiiban is igazolta. Jó példa erre az energiaszektor. Addig, amíg az energiaszektor zömmel állami tulajdonban van – például Oroszországban vagy Ukrajnában – a belföldi energiaárak alaposan elmaradnak a világpiacon szinttől. Ott, ahol az energiaszektor privatizációja végbement – például Szlovákiában vagy Magyarországon –, az árak is felzárkóztak a világpiacon szintekhez.

az elemzésbe, és ez eltorzítja a képet. Ez mennyiségi tekintetben biztosan nem igaz. Az OECD–Eurostat-országcsoport tagjai – így Magyarország – esetében az egészségügyi áruk és szolgáltatások átlagárait 244 termék alapján határozták meg, ami meglehetősen nagy mintát jelent. Az is megnyugtató továbbá, hogy a korábbi ICP-forduló eredményei is hasonló különbségeket mutattak a posztoszocialista, illetve a hagyományos piacgazdaságok között, mint amit a 2005. évi adatok. Vagyis nem véletlen torzításokról, módszertani hibák miatt keletkező „zajról” van szó.

2. A mérési módszer kritikája kapcsán felvethető, hogy az egészségügyben egyetlen fejlett országban sem érvényesülnek közvetlenül a piaci árak, tehát a vevők, a betegek az esetek jelentős részében nem fizetik ki a kórház vagy az orvos munkájának ellenértékét, és a receptre kiváltott gyógyszer árában is érvényesül valamiféle támogatás. A válasz az, hogy a nemzeti statisztikai hivataloktól begyűjtött termék- és szolgáltatásárak esetében – így az egészségügy esetében is – a profitokat és adókat is tartalmazó, teljes árat rögzítették, függetlenül attól, hogy az eladónak vagy a szolgáltatónak ki fizette ki a teljes ellenértéket (a beteg, az állam, a biztosító vagy esetleg senki sem<sup>37</sup>).

3. Szilágyi [1980] klasszikusnak számító tanulmánya óta szakmai közhely, hogy a GDP nagy kiadási tételei közül különösen nehéz megfelelő összehasonlító módszereket találni az egészségügyi ágazat esetében. Képletesen szólva: az ágazat ellenáll az összehasonlításnak (*comparison resistant*). Ez igaz. Éppen ezért itt – más ágazatokhoz képest – gyakrabban kerül sor arra, hogy egy-egy alcsoport  $q$  és  $p$  adatait a statisztikusok nem kibocsátás (*output*), hanem ráfordítás (*input*) oldalról mérik. Tehát nem a vakbélműtétek száma és ára, hanem a kórházi szektorban dolgozó sebészek, illetve a műtétek során felhasznált eszközök  $q$  és  $p$  adatai kerülnek begyűjtésre. Hogy ezen lehet-e változtatni, az talán kiderül majd az ICP-mérés során következő, 2008-ra vonatkozó adatgyűjtése után, amikor az OECD egészségügyi statisztikai szakemberei az *output*mutatók egységes számbavételével kapcsolatos nehézségek megoldását ígérik.<sup>38</sup> Másfelől viszont azt is látni kell, hogy az egészségügyi ágazat nem áll egyedül mérési problémáival. Ugyanez érvényes az oktatás, a lakásgazdálkodás, a kormányzati munka, a kultúra stb. területére is, amelyek összességükben már a GDP meghatározó részét teszik ki. Ebben az összefüggésben érdemes idézni a Világbank ICP kutatásának vezetőjét – Vogel [2008] –, aki a 2005. évi forduló problémái és tanulságai között az egészségügyi szektorról egyáltalán nem tesz említést, viszont több helyütt is hangsúlyozza a lakásszektor és a kormányzati szektor outputjának mérésével kapcsolatos elvi nehézségeket.

4. Nem túloznak vajon a természetes mértékben kifejezett, eredeti egészségügyi kiadási adatok ( $Y_{hd}$ )? Sok tapasztalati érv szól amellett, hogy a posztoszocialista országok, és így a kiugróan magasnak adódó magyar volumenadatok mögött is részben álteljesítmények, vagyis álvolumenadatok bújnak meg. Gondoljunk arra, hogy Magyarországon a regisztrált orvos–beteg találkozások egy része formális vagy csak papíron létező tény, ha – például – a beteg csak receptet kíván felírni, s számára az is elegendő, ha ezt az orvos asszisztense adja.<sup>39</sup> Azt a gyógyszert is csak statisztikai értelemben fogyasztják el, amelyet kiváltanak ugyan a betegek, de sohasem vesznek be. Kétségtelen, hogy ez egy olyan torzítás, amit az

<sup>37</sup> Ezt az amerikai egészségügyben *uncompensated care*-nek nevezik, ami a kórházak esetében igen jelentős tétel.

<sup>38</sup> Huber [2006] 13. o. Az OECD, az EU és a WHO együttműködésével több nemzetközi munkacsoport is foglalkozik az egészségügyi ágazat specifikus vásárlóerő-paritások módszertanának fejlesztésével. Értelemszerűen valamennyi ágazat (például oktatás, közlekedés) esetében joggal merülnek fel módszertani bíráló észrevételek, s létrejöhetnek az előrehaladás feltételei.

<sup>39</sup> Erre a problémára keresett orvoslást 2006-ban Molnár Lajos egészségügyi miniszter, akinek első rendelete az úgynevezett 5 perces szabály bevezetése volt. Ennek az volt a lényege, hogy a járóbeteg-szakrendelés napi teljesítményének elszámolásakor az egy ellátott betegre jutó átlagos időnek meg kellett haladnia az 5 perccel, egyébként a lejelentett teljesítményt az OEP nem fizethette ki.

ICP nem képes kezelni, de mértékét tekintve ez a hiányosság aligha befolyásolja érdemben végső következtetéseink hitelességét.<sup>40</sup>

5. Természetesen lehet azt mondani, hogy ezeket a naturáliákban kifejezett magas adatokat az magyarázza, hogy a magyar lakosság egészségi állapota ennyivel rosszabb, mint más országoké. De ez – akár igaz, akár nem<sup>41</sup> – tárgyunk szempontjából lényegtelen. Sok tény szól amellett, hogy nem ez az oka a túlzott igénybevételnek. A tipikus eset az, hogy kisebb-nagyobb problémánkkal évente többször is orvoshoz megyünk, még akkor is, ha „úgy általában” egészségesek vagyunk. S ha arra gondolunk, hogy az egészen kicsi gyermekek és a nagyon idős felnőttek szinte folyamatos orvosi ellenőrzés alatt állnak, akkor nincs mit csodálkozni a magas orvos–beteg találkozás számon! Ezek mind-mind a koraszülött jóléti állam máig fennmaradt örökségéhez tartoznak.

6. Közgazdasági alapösszefüggés az árszint és a kereslet közötti negatív korreláció, vagyis az, hogy alacsonyabb árakhoz általában nagyobb fogyasztás tartozik. Ha az ágazat egészét nézzük, akkor Magyarországon a lakosság csak tompított módon érzékeli az egészségügyi szolgáltatások és termékek valódi árterhét, hiszen az igénybevétel időpontjában a költségek 65-70 százalékát a társadalombiztosítás, az OEP kasszája állja. De látni kell azt is, hogy az alacsony – és ráadásul áfamentes! – árak nemcsak a végső fogyasztók, a betegek döntéseire hatnak vissza, de befolyásolják a gyógyítási folyamat valamennyi döntéshozóját, a receptet felíró orvost, a műtétet javasoló szakorvost, az OEP-et mint monopolhelyzetű, nagytételben vásárló szervezetet, a települési önkormányzatokat és végső soron a kormányt is. Nagyon nem mindegy, hogy ezek a döntéshozók milyen árakkal találkoznak. A válasz egyértelmű: alacsony árakkal ( $p_h$ ). Így tehát nagyon is érthető, hogy végeredményben Magyarország képes és hajlandó az ország gazdasági fejlettségéhez képest aránytalanul sok egészségügyi szolgáltatást ( $q_h$ ) vásárolni.

7. Az élvezeti cikkek világgpiaci árszinthez képest különösen alacsonyan tartott árai is visszahatnak a keresletre. Mint azt a 3. és a 6. táblázat illusztrálta, az alacsony árakat relatíve magasabb alkohol- és dohánytermék-fogyasztás kíséri, ami azután közvetlenül és közvetett módon tovább növeli az orvosi beavatkozások iránti – orvosi szempontból vitathatatlan – igényeket.

### *Az alacsony bérszint kezelése*

Utoljára maradt és ezért egy külön tárgyaljuk a legnehezebb kérdést, azt, hogy az ICP-kutatásban követett logika szerint miként értelmezzük azt a tényt, hogy Magyarországon – és más volt szocialista országokban is – az egészségügyben dolgozók hivatalos bére igen

<sup>40</sup> A naturáliákban mért legfontosabb adatok nemzetközi összehasonlítása ugyanis azt mutatja, hogy Magyarország – fejlettségi szintjéhez képest – olyannyira sok erőforrást használ, hogy ezt nem ellensúlyozhatják az említett csalások, torzítások. Csak példaként idézve a sokszor emlegetett arányokat, Magyarországon ezer lakosra

– 3 aktív orvos jut, több mint Finnországban, az Egyesült Királyságban vagy az Egyesült Államokban;

– 12 900 orvos–beteg találkozás jut évente, s ezzel Csehországot és Japánt kivéve mindenkit megelőzünk (lásd a 2. ábrát);

– az aktív kórházi ágyakra jutó esetszám egy évben 227, az EU–10 körében csak 210, Angliában és az Egyesült Államokban 120-130;

– közel 230 hagyományos kórházi műtét jut egy évben, több mint bármely más OECD-országban (Egyesült Államok: 90, Anglia: 64, Hollandia: 40), miközben az úgynevezett egynapos műtétek számát tekintve az utolsók között áll Magyarország, ennek ellenére a kétféle műtétet együtteszámolva is világszerte.

<sup>41</sup> Azt gondolnánk, hogy 50 évi tervgazdasági múlttal a hátunk mögött a betegségek előfordulásának gyakoriságát (prevalencia, incidencia) ismerjük Magyarországon, s ezáltal a kérdés könnyen eldönthető. De ez nem így van! Csak az egyedi beavatkozásokra vonatkozóan vannak jó adataink, a megbetegedések gyakoriságáról nincs átfogó és megbízható adatgyűjtés. A kormányzat és a szakmai kollégiumok információs bázisa valójában az amerikai és a skandináv egészségügy. Az ott tételesen számba vett gyakorisági adatokból próbálnak meg közelítő becsléseket gyártani Magyarországra. Néhány fontos népbetegség (sokizületi gyulladás, csontritkulás, szélütés) példája kapcsán erről fontos részletek tudhatók meg *Gulácsi* [2009] írásából.

alacsony. Ez pedig a  $p_h \times q_h$  szorzatban meghatározó jelentőségű, miután az ágazatban az élők munkaköltség aránya – Magyarországon is, másutt is – 50–70 százalék.

Először is arra kell felhívni a figyelmet, hogy az alacsony keresetek egyszer mind alacsony béradokat, illetve bérre kivetett járulékokat jelentenek. S miután az ICP-ben – mint erről már volt szó – a teljes költség alapján történik az árregisztráció, ennek az alacsony bérszintnek a hatása felerősítve jelentkezik.<sup>42</sup> Azt is látni kell, hogy itt nem pusztán a szocializmus örökségéről van szó, mert *minden gyengén fejlett országban alacsony az egészségügyi szektor árindexe* – a GDP átlagárindexéhez képest 15–30 százalékponttal van lejjebb (lásd a 2. táblázatot). Az adatok azt is mutatják, hogy a kevésbé fejlett országokban nemcsak az egészségügyet, de az oktatási szektort is az átlagosnál alacsonyabb árak jellemzik.

Másfelől azonban további ellenhatásokat is figyelembe kell venni. Ahogy a poszt szocialista viszonyoktól eltorzított magyar egészségügyre jellemzők a hamis volumenadatok, ugyanúgy jellemzők a hamis áradatok is! Ez a hálapénzrendszer következménye. Mindenki tudja, hogy számos orvosi beavatkozás ára valójában nem annyi, amennyit az egészségbiztosító a kórháznak fizet, hanem ennél éppen a hálapénz összegével magasabb. Vagyis kimondható, hogy az ICP keretében összegyűjtött magyar orvos- és nővér béradatok a valósághoz képest lefelé torzítottak.

A világgiazi átlagnál lényegesebb alacsonyabb hivatalos bérszínvonal ténye kétféleképpen is értelmezhető, és mindkét magyarázat ellentmondásokkal terhes. Egyfelől logikus az a következtetés, hogy amennyiben *ugyanazt* a szolgáltatást *A* országban sokkal olcsóbban végzik el, mint *B*-ben, akkor az nemzetgazdasági szinten termelékenységi többletet jelent. Az ICP-adatokra alkalmazva ezt a gondolatmenetet – éppen az egészségügyet tekintve példaként –, a  $p_{hd}$  adatok azt jelzik, hogy Laoszban az egészségügyi dolgozók keresete 120-szor alacsonyabb, mint Hongkongban. Ezt a hatást tompítandó, az ICP szakemberei úgy döntöttek, hogy a kevésbé fejlett ázsiai, afrikai stb. régiókban – egy bonyolult ökonometriai becslési eljárással – a reálisnak tekinthető termelékenységi különbséggel utólagosan, felfelé korrigálják az árindexeket. Egy másik logikai úton elindulva viszont azt is gondolhatjuk, hogy egy laoszi orvos vagy nővér *mégsem pontosan ugyanazt a munkát végzi*, mint egy hongkongi, miután a hongkongi egészségügyi dolgozókról okkal feltételezhető, hogy jobban képzettek, s emiatt jobban gyógyítanak és ápolnak. Hogy a két megközelítés közül mikor melyik helyes, azt 146 országra és a GDP tucatnyi komponensére külön-külön nyilván nem lehet eldönteni. Így és ezért született az a döntés, hogy a szélsőségesen alacsony bérek miatti, utólagos korrekciót a Világbank ICP-szakértői csak a nagyon elmaradott országok esetében alkalmazzák, az OECD–Eurostat régióban – tehát Magyarországon – nem.

Mindent összevetve életszerűt az feltételezni, hogy az alacsony magyar egészségügyi bérszint mögött részben mégis csak alacsonyabb teljesítmények vannak. Ez egybevág azzal a magyar egészségügyben elfogadott vélekedéssel, hogy Magyarországon minden egészségügyi dolgozó a képzettségénél egy szinttel alacsonyabb munkát végez: az orvos a szakképzett nővérét, a szakképzett nővér a segédápolóét, a segédápoló a takarítónőét. S ha egyszer elfogadtuk ezt a gondolatmenetet az élők munkája ára kapcsán, akkor persze könnyen kiterjeszthetjük ennek érvényességét az egyéb inputokra is. A magyar fogyasztók kénytelenek megelégedni – a világélvonalához képest – középszerű diagnosztikai berendezésekkel, a magyar középosztály otthonaihoz képest is gyatra komfortú kórházakkal!<sup>43</sup>

<sup>42</sup> A torzítás mértékére vonatkozóan iránymutató lehet *Kornai és szerzőtársai* [1999]-nek a becslése. E szerint a hálapénz tömege a vizsgálatba bevont orvosi kör nettó jövedelmének 161 százaléka volt – éppen azért, mert a hálapénzt nem terheli sem szja, sem tb-járulék.

<sup>43</sup> Valójában még ennél is rosszabb a helyzet. Szakmai körökben jól ismert, de a szélesebb közvélemény is hallhatott már arról, hogy Magyarországon a működő kórházi osztályok többsége csak úgynevezett ideiglenes működési engedéllyel rendelkezik, mert az orvosellátottsága vagy a műszerezettség nem felel meg minden tekintetben a hazai szakmai kollégiumok által kidolgozott szakmai minimumfeltételeknek.

*Mire számíthatunk?* Időrendben átgondolva az 1993 és 2005 között eltelt, és az ICP által nyomon követett változásokat a magyar – és más posztszocialista országok – egészségügyében, nem kell nagy bátorság annak megjóslásához, hogy a következő évek során is folytatódni fog az árrendszerek konvergenciája a nemzetközi arányokhoz. Az egészségügyben felhasznált termékek és szolgáltatások árai tehát gyorsabban fognak emelkedni, mint a GDP árindexe. Nőni fognak az orvosbérek, már csak azért is, mert tovább fog nőni a szakvizsgával rendelkező orvosok aránya az általános orvosokhoz képest.

Ezek első hallásra jó hírek az orvosoknak, ápolóknak meg a gyógyszergyáraknak is. De ennek lesz hatása a keresletre is: bizonyosra vehető, hogy az árszint-emelkedés együtt fog járni a volumenek csökkenésével. Folytatódni fog az ágyszámcsökkentés és a kórházbezárás, újra meg újra meg fognak jelenni a fizetési hozzájárulás (*co-payment*) bevezetésére és hatókörének kiterjesztésére vonatkozó kormányzati kezdeményezések – vagyis belép ez az árnövelő tényező is. Hogy a kereslet és a kínálat egymáshoz való alkalmazkodása elsősorban úgy zajlik-e, hogy a kereslet minden szakmai és minden földrajzi területen egyaránt csökken, vagy inkább az történik, hogy az alacsonyabb jövedelemmel rendelkezők és az ország elmaradottabb területein élők lesznek kénytelenek visszafogni a keresletüket – az ma még nem látható biztosan előre. Magyarország esetében a 2006–2007. évi biztosítási reform kudarca mindenestre rossz jel, és inkább a második feltételezés bekövetkezését valószínűsíti, vagyis azt, hogy az egészségügyi ágazat iránti összkéréslet csökkenése az alacsony jövedelmű rétegek fogyasztáscsökkenésén keresztül fog megvalósulni.

Népegészségügyi szempontból optimizmusra ad okot a jövő abból a szempontból is, hogy valamennyi posztszocialista országban számolni lehet az egészségre káros fogyasztási cikkek, a dohánytermékek és a szeszes italok árának az átlagos árszínvonalhoz képest gyorsabb emelkedésére. Ha ez bekövetkezik, az fékező hatással lesz a fogyasztásra, s ez önmagában is javítani fogja a kelet-európai polgárok életkilátásait.

A Magyarországnál fejlettebb országok relatív árárányaihoz való felzárkózás egyben szükségszerűen csökkenteni fogja a nemzetközi összehasonlítások ma még meglévő nehézségeit. Minél inkább hasonlítanak a posztszocialista országok belső árai a világgazdasági árarányokhoz, annál kisebb lesz az a ma még szembeszökő eltérés (3. ábra), ami az egészségügyi kiadások GDP-n belüli részarányát illetően adódik – attól függően, hogy az egész nemzetgazdaságra, átlagosan jellemző vásárlóerő-paritási indexet vagy az egészségügyi ágazatra jellemző, szektorspecifikus vásárlóerő-paritási alapján számolt indexet alkalmazzuk-e.

### Hivatkozások

- ANDERSON, G. F.–UWE, E. R.–HUSSEY, P. S.–PTEROSYAN, V. [2003]: It's the prices, stupid. Why the United States is so different from other countries. *Health Affairs*, Vol. 22. No. 3. 89–105. o.
- BONDÁR ÉVA [2000]: Mekkora a magyar egészségügyi kapacitás nemzetközi összehasonlításban? *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 36. évf. 6. sz.
- BORENSTEIN, I. [1993]: *Comparative GDP Levels. Physical indicators, Phase III. Economic Commission for Europe–United Nations*, New York.
- CHENG, M. T.–REINHARDT, U. E. [1998]: The 'Quality' of Health Care Reform. An Economic Viewpoint. *International Conference on the Quality of Health Care*, Tajpej, Tajvan
- CSERNOK ATTILA–EHRILICH ÉVA–SZILÁGYI GYÖRGY [1975]: *Infrastruktúra. Korok és országok*. Kossuth Könyvkiadó, Budapest.
- 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. o.
- FEHÉR FERENC–HELLER ÁGNES–MÁRKUS GYÖRGY [1991]: *Diktatúra a szükségletek felett*. Cserépfalvi, Budapest.

- FUJISAWA, R.–LAFORTUNE, G. [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.
- GULÁCSI LÁSZLÓ [2009]: Prioritásképzés és a finanszírozási küszöb alkalmazásának kérdései. Magyarország, 2008. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME), október, 8–14. o.
- GYÖRFFY BALÁZS [2009]: Világméretű vásárlóerőparitás-számítás. Statisztikai Szemle, 1. sz.
- HUBER, M. [2006]: International Comparisons of Prices and Volumes in Health Care among OECD Countries. Kézirat, december 18.
- ILLYEVÖLGYI PÉTER [1999]: „Szegény (!?) egészségügy”. Válasz egy vitaindító hatású cikkre. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 37. évf. 391–398. o.
- JÁNOSY FERENC [1963]: A gazdasági fejlettség mérhetősége és új mérési módszere. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.
- KINCSES GYULA [1999]: Mi mennyi, azaz hány éves Mihályi Péter? Hozzászólás az előző cikkhez. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 37. évf. 2. sz. 148–149. o.
- 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.
- KOLTAY GÁBOR–VINCZE JÁNOS [2009]: Fogyasztói döntések a viselkedési közgazdaságtan szemszögéből. Közgazdasági Szemle, 6. sz. 495–525. o.
- KORNAI JÁNOS [1992]: Posztoszocialista átmenet és az állam. Gondolatok fiskális problémákról. Közgazdasági Szemle, 6. sz.
- KORNAI JÁNOS [1998]: Az egészségügy reformjáról. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.
- KORNAI JÁNOS ÉS SZERZŐTÁRSAI [1999]: Hálapénz a magyar egészségügyben. Társki Társadalompolitikai Tanulmányok, 17. sz.
- KORNAI JÁNOS–MCHALE, J. [2001]: Eltérnek-e a nemzetközileg szokásostól a posztoszocialista országok egészségügyi kiadásai? Közgazdasági Szemle, 7–8. sz. 555–580. o.
- KOVÁCS GÁBOR [1999]: A hazai egészségügy jövőképe. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 37. évf. 1. sz. 1–22. o.
- KRAVIS, I. B.–KENESSEY, Z.–HESTON, A. W. [1975]: A System of International Comparisons of Gross Product and Purchasing Power. ICP Phase I report. John Hopkins Press, Baltimore, MD.
- FARRELL, D. M.–JENSEN, E. S.–KOCHER, B. [2008]: Why Americans Pay More for Health Care. The McKinsey Quarterly, december.
- McKINSEY [1966]: Health care productivity. McKinsey Global Institute, Washington, D.C.
- MIHÁLYI PÉTER [1999]: Alufinanszírozott-e a magyar egészségügy? Egészségügyi Gazdasági Szemle, 37. évf. 2. sz. 136–147. o.
- MIHÁLYI PÉTER [2000]: Magyar egészségügy: diagnózis és terápia. Springer Orvosi Kiadó, Budapest.
- MIHÁLYI PÉTER [2003]: Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába. Veszprémi Egyetemi Könyvkiadó, Veszprém.
- MIHÁLYI PÉTER [2006]: A bérfelzárkózás folyamata a magyar egészségügyben. Megjelent: Előmunkálatok a társadalmi párbeszédhez. Gazdasági és Szociális Tanács, Budapest, 99–110. o.
- MIHÁLYI PÉTER [2008]: A 21. század egészségügyének alapproblémái – Amerikai egészségügy magyar szemmel. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 46. évf. 5. sz. 11–18. o.
- MUSGRAVE, R. A. [1957]: A Multiple Theory of Budget Determination. FinanzArchiv, New Serie, Vol. 25. No. 1. 33–43. o.
- NÉMETH GYÖRGY [2000]: Mihályi Péter diagnózisa és terápiája. A magyar egészségügy finanszírozási forrásai. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 38. évf. 4. sz. 405–420. o.
- OBLATH GÁBOR [2005]: Mire jó a vásárlóerő-paritás? A hazai felhasználás szintje és szerkezete nemzetközi összehasonlításban. Világgazdaság, április 19.
- OECD [1998]: Purchasing Power Parities, 1996 Results. OECD, Párizs.
- OECD [1999]: The Health Care System in Hungary 1998/1999. OECD Economic Surveys, Vol. 1999. No. 5.
- OROSZ ÉVA [2001]: Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest.
- OROSZ ÉVA–ELLENA, G.–JAKAB MELITTA [1998]: Reforming the Health Care System: The Unfinished Agenda. Megjelent: *Bokros, L. – Dethier, J.-J.* (szerk.): Public Finance Reform during the Transition: The Experience of Hungary. The World Bank, Washington.

- PAULY, M. V. [1993]: US health care costs: The untold true story. *Health Affairs*, őszi szám, 152–159. o.
- REINHARDT, U. E. [2009]: Way Too Much for Way Too Little. What Matters? McKinsey, február 26. [http://whatmatters.mckinseydigital.com/health\\_care/way-too-much-for-way-too-little](http://whatmatters.mckinseydigital.com/health_care/way-too-much-for-way-too-little).
- SZILÁGYI GYÖRGY [1980]: Comparison Resistant Services. Az ENSZ The treatment of services provided by governments in international real output comparison című szakértői tanácskozásra beadott tanulmány és előadás, Bellagio, december.
- SZILÁGYI GYÖRGY–BÓDAY ERZSÉBET [1985]: Nemzetközi összehasonlítás Európában. *Statisztikai Szemle*, 8. sz.
- UNITED NATIONS STATISTICAL COMMISSION–ECONOMIC COMMISSION FOR EUROPE [1996]: International Comparison of Gross Domestic Product in Europe, 1993. Results of the European Comparison Programme, United Nations, New York.
- VOGEL, F. A. [2008]: Lessons learned about global statistical initiatives from the international comparison program. *Statistical Journal of the IAOS*, 25. évf. 63–68. o.
- WORLD BANK [2008a]: Global Purchasing Power Parities and Real Expenditures – 2005 International Comparison Program, The World Bank, Washington, D.C. <http://siteresources.worldbank.org/ICPINT/Resources/icp-final.pdf>.
- WORLD BANK [2008b]: Tables of Results. Global Purchasing Power Parities and Real Expenditure. The World Bank, Washington, D.C.