

Ferge Zsuzsa
Meztelen-e a hús?

Kritika. XXXVI. évf, 4. szám, 2007. április, 5-7. o.

- kérdi Esterházy Bacchusa. A válasz evidens, írja EP nyomán Pályi András (akitől szemérmetlenül eloroztam címadó ötletét). Csak éppen mi? Igen vagy nem? És Bacchus sorolja a kérdéseket. „Lehet-e, szabad-e, kell-e örülni az életnek? Mellékkérdés: mi az élet?... És vajon e kérdésekre választ kapunk-e az előadásból? Egyáltalán, létezik olyan kérdés, amelyre választ kapunk? Vagy a szokásos: válaszokra fogunk kérdéseket kapni?”

Hát, valahogy ilyen mederben folyik a „többiztosítás” vita. Az egészségügy „paradigmaváltását” sürgetőknek kész válaszuk van: a piaci egészségbiztosítás szükségessége számukra evidencia. Amikor ezt az álláspontot (mintegy axiómaként) elfogadták, azaz amikor megvan a válasz, akkor már érdemesnek látnak procedurális kérdéseket feltenni. Ezekben pedig kellő gazdasági-igazgatási-taktikai szakértelemmel meg lehet egyezni.

Holott vannak megválaszolatlan, valószínűleg megválaszolhatatlan alapkérdések. Miért van az, hogy az egészség alapvető, az élet után talán legalapvetőbb értékünk? (Már ha igaz az, hogy az élet a legfontosabb emberi érték. És ez majdnem olyan nehéz kérdés, mint az, hogy meztelen-e a hús?) Miért van az, hogy amikor a polgári társadalom Európában eszmélni kezdett és jogokat követelt, az egészségügyi ellátáshoz való jogot az emberi alapjogok közé sorolta? Miért, hogy ezt a követelést az európai államok többsége magáévá is tette? (Miért, hogy az Egyesült Államokban nem így történt? A következmény nem kérdéses: igen nagy és emelkedő azoknak az amerikaiaknak a száma, akiknek nincs egészségbiztosításuk. 2000-ben 40 millió, 2004-ben 46 millió, 2007 januárban 47 millió ember volt biztosítás nélkül. Ebből most 9 millió a gyerek – 1. tábla.) Miért van az, hogy amikor az emberek foglalkozásokat rangsorolnak társadalmi megbecsültség szerint, többnyire az orvosok kerülnek első helyre? Miért, hogy az állam feladatai közül világ varázstalanodásának folyamatában egyre inkább az orvosok töltötték ki azt az űrt, amelyet a transzcendencia közvetlen képviselői elhagytak? Miért van az, hogy amikor betegek vagyunk, vagy még inkább, ha a gyerekünk beteg, szinte minden racionális megfontolást alávetünk a gyógyulás érdekének? Erkölcsi, metafizikai, az ember értékével és törekénységével összefüggő kérdések, amelyekre válaszolni is csak hasonlóan komplex gondolkodással lehetne – ha egyáltalán lehet. Én sem próbálkozom válaszokkal. Ám annyi feltehető, hogy efféle kérdések ösztökélték a társadalmakat az ókor óta arra, hogy keressék azt a módot, ahogyan humánusabb lehet a gyógyítás elosztása.

A közgazdaságtudomány a maga tiszta (vagy annak vélt) racionalitás-igényében egyszerűen zárójelbe teszi a fenti miérteket. Megmarad a szikár gazdasági tényeknél. A források szűkösek, tehát az igényeket valahogy rangsorolni, illetve korlátozni kell. Az állam, mondják, és természetesen sokban igazuk van, eddig e kérdéseket rosszul

oldotta meg. Hagyta, hogy a források elosztását homályosan átlátható társadalmi erőviszonyok alakítsák. Akinek társadalmilag több befolyása volt, vagy egy átláthatatlan hálapénz-rendszerrel külön előnyt vásárolt, annak többet és jobbat osztott. A többiek kiszolgáltatottá váltak. Ezért a rendszer igazságtalan lett. „A hozzáférés esélyei drámaian egyenlőtlenek” – írja Bokros Lajos. Ráadásul túl kevés forrással és számtalan technikai hibával – pazarlással, rossz hatékonysággal, stb. működött a rendszer.

A megoldás (számukra) szinte adja magát. A piacra kell bízni az ügyet. Ha profitlehetőséget kínál az egészségügy, lesz tőke. (A nálunk emlegetett úgy ezer-ezeröttszáz milliárdos „piac” már kecsegtető). Ha a források elosztását a piac intézi, akkor a fizetőképesség tiszta beszéde a mai burkolt előnyöket, társadalmi részrehajlásokat megszünteti. Ha a piaci érdekelttség működik, a verseny kikényszeríti a hatékony, takarékos működést. Ráadásul, állítják, a piaci biztosítók a betegek kegyeiért fognak versengeni, igyekezni fognak klienseik érdekeit maximálisan képviselni. Így aztán *hatalommal ruházódnak föl a laikus és gyenge pozíciójú betegek*, „enyhül a beteg kiszolgáltatottsága”, és „nagyságrendekkel fog nőni a hozzáférés esélyegyenlősége.”

Hogy ez így lesz-e? Sokan sokféle kérdőjelet kitétek már, hiszen a fenti leírások egy ideálról szólnak. Még csak nem is azt kérem a piaci biztosítás híveitől, hogy a piaci ideálképet a közösségi ideálképpel vessék egyszer ebbe. Már azzal is elégedett lennék, ha teljesebb képet adnának a létező közösségi megoldásokról. Az egészségüggyel szemben támasztott legfontosabb követelmények – közös európai normák szerint – *az egyenlő hozzáférés, a beteg érdekeinek tisztességes képviselete, a homogénen jó minőségű ellátás, a tisztas költséghatékonyság*. Ám például Bokros Lajos szerint ezeket „egyetlen, *monopolhelyzetű* biztosító – legyen bárki tulajdonában - *sohasem fogja*” teljesíteni. Én úgy látom viszont, hogy a mindenki által elfogadott ideálisnak tekintett helyzetet eddig *csak olyan országok voltak képesek valamennyire megközelíteni, amelyekben az egyetlen „monopóliumé” volt és maradt még a fő szerep* (első renden a skandináv országok). Az Egyesült Államokban, a piaci egészségbiztosítás őshazájában messzebb vannak ettől az ideáltól, mint az EU országainak zömében. (Még a hatékonyság is rosszabbnak tűnik: a gazdag és fejlett országok között az USA költ legtöbbet egészségügyre, mégis ott a legmagasabb a csecsemőhalandóság, a legrövidebb a várható élettartam.)

Hosszan lehet sorolni, hogy miért és mennyiben tér el ideál és valóság az inkább közösségi, vagy az inkább piaci modellt alkalmazó országokban. Ám nem is ezek az igazi kérdések, hiszen *tökéletes rendszer nincs*. További kérdéseim néhány olyan bizonytalanságot és ellentmondást érintenek, amelyek még messze nem jutnak el a metafizikai szintig, mégis olyan ügyeket bolygatnak, amelyekkel a profitorientált piaci biztosítás gondolatának elfogadása előtt kellene bajmóldni.

(1) *Kellő alaposággal vizsgáljuk-e az egészségügyi piac sajátosságait, mint amilyen például az ún. információs aszimmetria?* Úgy gondolom, nem, és ebből a piaci megoldás mellett érvelők logikájában furcsa ellentmondások adódnak. Egyetlen példa. A piac minden híve jól ismeri a problémát. Mindenki hangsúlyozza is, hogy a beteg

rosszul informált, laikus, sem saját betegségeit, sem a számára alkalmas lehetséges gyógymódokat, sem a biztosítók politikáját, sem a szolgáltatókat nem ismerheti igazán. Mégis hangsúlyozzák, hogy mennyire fontos, hogy e laikus betegek „szabadon válasszanak” a biztosítók között, a lábukkal szavazzanak a biztosító megválasztásánál. Kérdés, hogy milyen szabadság a tájékozatlanság szabadsága?

Ugyanennek a kérdésnek a másik oldala, hogy elfér-e a rendszerben az, hogy a beteg ne csak biztosítót, hanem orvost, szolgáltatót is válasszon. Ez a választás ma sok helyen (Magyarországon is) szűkre szabott. Kérdés, hogy kinek a piaca az, amelyik semmilyen, vagy csak korlátozott választást kínál az igénybevevőnek, a fogyasztónak?

(2) Kérdés, hogy mennyire tisztázott az *állam szerepe*. Az európai piaci modellekben rendkívül fontosként van feltüntetve az állam szerepe. Mégis van egy sajátos ellentmondás. A piacpártiak szemléletében az *állammal szemben totális a bizalmatlanság* minden, a betegeket és a társadalombiztosítást érintő ügyben, és *maximális az államba vetett hit* a magánbiztosítók szabályozásánál. Legtöbbször szabályozhatónak, többnyire szabályozandónak tekintik a biztosítási díj nagyságát, a plafonozott költségszintet, a betegek közti szelektálás szabályait, illetve a „rossz” betegek kiszelektálásának tilalmát, minden jelentkező elfogadásának kényszerét, kiegyenlítő kassza felállítását, amely a betegek összetételének arányában osztaná újra a biztosítóknak befizetett díjakat. Ez természetesen ugyancsak kényszerszolidaritás, a biztosítók, és végső fokon a polgárok között is.

Más szavakkal, a piac mellett érvelők elutasítják a társadalom egészét átfogó kényszerszolidaritást, de elfogadják ugyanezt, ha magánbiztosításról van szó.

Ha az állam valóban olyan, ügyetlen, átláthatatlan, politikai befolyásokkal túlterhelt megoldásokat kínált eddig, mint azt a társadalombiztosítás kritikusai állítják, akkor kérdés, hogyan fogja érvényesíteni a biztosítókkal szemben a kényszerszolidaritás közérdekét? Kivált érdekes a kérdés akkor, ha a biztosítási piacot vezérlő multinacionális biztosítókkal kerül szembe egy-egy kisebb állam. A játszma nem eldöntött. A 2006. decemberi PricewaterhouseCoopers jelentés a piaci egészségbiztosítás kilátásairól bizakodó: „egy versenypiacon a nagy egészségbiztosítók jobb alkupozícióban vannak, mint az állam....” .

Lesz-e ilyen versenytárral szemben az államnak ereje a tervezett kényszerítő szabályozásra? Az eddigi gyakorlat nem különösebben biztató, sem pl. a hazai magánosított közüzemeknél, sem a külföldi magánbiztosításban. (Hollandiában már a második évben emelték a díjakat, lazítják a kényszerszolidaritási szabályokat.) Másként fogalmazva: meddig fogják túrni a piaci biztosítók a rájuk kényszerített szolidaritást?

Ha viszont azt feltételezzük a piaci biztosítás hívei, hogy ez az állam is működhet másként, akkor miért nem kerül elő kellő súllyal e kérdés akkor is, ha a

társadalombiztosítás és az állam javítandó viszonyáról van szó? Holott ebben az esetben talán még jobbak is az állam esélyei, mint a magánbiztosítókkal szemben.

(3) Igaz-e, hogy a drámaian egyenlőtlen „hozzáférési esélyek” a bajkeverők? A kirívó példák félrevezetők. Az országos statisztikák nem ilyen egyértelműek. 2000 körüli adatok szerint a családorvoshoz eljutók aránya egy év során 70 százalék körüli volt, legföljebb 5 százaléknyi (vagy kisebb) különbséggel az iskolai végzettség, szegénység, etnikai csoport szerinti szélső csoportok között^{1 2} (2. Tábla) Vagyis az emberek – kivéve a rosszul megközelíthető falvakban a sürgősségi, mentőt igénylő eseteket – az orvoshoz többnyire eljutottak.

Amiért mégis szívszorítóak és növekvőek a megbetegedési és halálozási különbségek a társadalmi lejtő mentén, az nem elsősorban a hozzáféréseken múlik. Múlik persze azon, hogy milyen színvonalú az az ellátás, amelyhez a beteg „hozzáfért”, ám erről nincs adat. Múlik azon, hogy későn keresik fel az orvost, ezer ok miatt.

A két fő ok közül az egyik a *betegítő körülmények*: létbizonytalanság, pénzhiány, szűkölködés, egészségtelen lakás, szorongató stresszek, és persze „önhibák”, a rosszul választott stresszoldók, dohány, alkohol³. Már megint Eötvöshöz fordulok megértésért: „S habár Dublin utcáin végigmenve a népet részegen dorbézolni látjuk, s habár évről évre nevededik a szeszitalok használata, nem a népé a vétek, nem azé, kinek meg kell felejtkezni magáról, ha örülni akar, kinek pálinkába kell fojtani emberi méltóságát, hogy elfeledje, mennyiszor nem becsültetett az.”

A másik fő ok, hogy *az orvos felkeresése után nem tudják betartani az orvosi tanácsokat*. A szegények (alsó jövedelmi harmad) 30-40 százaléka nem tudja megvenni a felírt gyógyszereket. A „kímélő életmód”, könnyű és egészséges étkezés, „a ne cipeljen nehez” parancs betartása meg az álmok világába tartozik.

Mondhatjuk, hogy mindez az egészségügyön messze túlmutat, nem érdemes a piacosítás kapcsán szóvá tenni. Ám ez csak részben igaz. A jobb egészségügy is sokat segíthetne – többek között szűrésekkel, a szűrés eredményének követésével, megelőzéssel, tanácsadással, utánkövetéssel. Például a teenager-kori terhesség megelőzésére értő tanácsadás kellene, ingyenesen adott drága fogamzásgátló

¹ TÁRKI (1998) Empirikus felmérés a népesség egészségi állapotának meghatározottságáról. Zárótanulmány. 1998. május, Budapest: TÁRKI, p.137, 4.Tábla

² Ferge Zs., Darvas Á., Tausz K., (2002) Küzdelem a szegénység és a társadalmi kirekesztés ellen. I. kötet. Esettanulmány Magyarországról. Nemzetközi Munkaügyi Hivatal, Közép-Kelet Európai Iroda, Budapest.

³ Losonczy Ágnes egy fél életet töltött mindennek a bizonyításával (Pl. Losonczy Ágnes: *Ártó-védő társadalom*. Közgazdasági és Jogi könyvkiadó, 1989, Úó: 1998. *Utak és korlátok az egészségügyben*. Budapest, 1998, Magyar Tudományos Akadémia.

eszközökkel kísérve. Mindez azonban drága és profitot nem hoz, tehát a magánbiztosító vagy rosszul fogja csinálni, vagy hagyja az egyre szegényebb államra.

4) *Az egyenlőtlenségek kezelése* is kérdéseket vet fel. A piaci biztosítás hívei is tisztában vannak azzal, hogy ezzel a megoldással „felszínre kerülnek, láthatóbbá válnak a társadalmi rétegzettség következményei”⁴. A gyógyításban ez vagy azt jelenti, hogy a döntéshozó nagyon szűkre szabja az alapszolgáltatások körét, vagy azt, hogy a biztosítóra bízta, hogy a kötelező biztosításon belül csak a legolcsóbb eljárást fizeti ki. Kolosi Tamás világosan beszél a valószínűsíthető társadalmi következményről⁵. Szerinte a piacosított egészségügy potenciális nyertese (a korrupcióról lemondó orvosokon kívül – és ezzel az inkorrekt gyanúsítgatással nem foglalkozom többet) „az a fizetőképes réteg, amelyik a *jelenleginél jobb* egészségügyi szolgáltatásokat szabályozott és tisztességes körülmények között tudná megkapni. Ezzel szemben a reformok vesztese lesz az a nem fizetőképes réteg, amelyik orvosszakmailag *továbbra is ugyanolyan ellátásban fog részesülni, mint eddig*, de meglévő társadalmi hátrányai az egészségügyi rendszer keretei között láthatóbbá válnak”.

Egyszerűbben szólva, közgazdász és szociológus egyaránt arra számít, hogy a jómódúak ellátása jobb lesz, mint a rosszabb helyzetű tömegeké, akik a mai színvonal javulására nem nagyon számíthatnak. Természetesen már messze nem az ellátás feltételeiről – külön szobáról és TV-ről – van szó, hanem az ellátás minőségéről. Mindezt sokkal inkább egy egyenlőtlen társadalom természetes következményének tekintik, mint jogtalanságnak, méltánytalanságnak, vagy épp az európai normák átlépésének.

Mindemellett a versengő piac számos szószólója szerint ilyen következmény nem lesz, az egészségügy ilyen differenciálódása nem fog megtörténni. A homogén ellátást szorgalmazó állami szabályozás ezt szerintük meg fogja akadályozni. Az állam erejével kapcsolatos fentebb említett kételyek azonban erre az esetre is vonatkoznak.

5) De miért is ragaszkodunk a társadalombiztosításhoz? A piacosított modell, ha nem csak a kiegészítő biztosításra szorítkozik, mindenképp megbontja a társadalombiztosítási közösséget. A radikális szószólók szerint ennél is tovább lehet menni. 2007 február 22-én jelent meg egy mérvadó forrásokra hivatkozó újsághír, mely szerint „az OEP mindenképp részvénytársasággá alakul. Ennek egyetlen tulajdonosa az állam lenne. *Később azután privatizálhatnák az egészségpénztárat.*”

A társadalombiztosítás egyik alappilléreinek részleges vagy teljes lebontása előtt érdemes feltenni azt a kérdést: Miért is alakult ki az egészségügyi társadalombiztosítás?

⁴ A biztosítási piac megnyitása. (Szakmai vitaanyag) 2007. január. Az Egészségügyi Minisztérium felkérésére az anyagot összeállította Prof. Dr. Mihályi Péter, az Államreform Bizottság Egészségügyi Szakmai Munkacsoportjának vezetője.

⁵ Kolosi Tamás: Miért kellene reformok (NSZ 2007 febr 10)

A felvilágosodással létrejött a modern egyén és a modern állam. Az új állam első funkciói a szabad polgárok életének és tulajdonának védelme voltak. *Ebben a felfogásban az egyén önmagának, mint szabad és autonóm individuumnak is tulajdonosa.* Csakhogy ez a lendületes kor nem tette föl azt a kérdést, hogy miből fog élni az, aki csak önmagának tulajdonosa, mi lesz a tulajdon nélküliek biztonságával?

Számukra a megélhetés alapjává a szabad munka vált. Ha nem sikerült munkát találniuk, megélhetésük veszélybe került, létbiztonságuk megszűnt. A tulajdon és védelem közti összhang felbomlása okozta szenvedések átszövik a 19. századot. Egyebek között azért is, mert az egészségügyi ellátáshoz való jog sem érvényesült. A megoldás a társadalombiztosítással formálódott ki. A társadalombiztosítás nem más, mint átfogó közösségi védelem, amely pótolja a korábbi „természetes” megtartó hálókat, és (bizonyos határok között) ellensúlyozza a magántulajdon hiányából adódó létbizonytalanságot.

A társadalombiztosítást szükségessé tévő okok mára nem változtak. Sőt, a létbizonytalanságok, kockázatok a XX. század közepe óta nőttek, egyre inkább „kockázati társadalomban” élünk. Mind világosabb, hogy az erőforrások végesek, ezért a verseny során koncentrálódó magántulajdon szükségképpen sokakat kirekeszt a tulajdonlás lehetőségéből. A jövedelem és vagyon eloszlása mind egyenlőtlenebb. (Az ENSZ kutatóintézetének a 2000 körüli évekre vonatkozó vagyon-kutatása szerint például a jómódú európai országokban a népesség alsó 40 százalékához jut az összes forrás 1-8 százaléka, a leggazdagabb 10 százalékhoz meg 40-70 százalék. Ez természetesen paradicsomi helyzet a világeloszláshoz képest. A világ leggazdagabb 10 százalékához kerül az összes forrás 85 százaléka, míg a szegényebb 50 (!) százaléknak az összes forrás kevesebb, mint 1 százaléka jut.) A jövedelmek és vagyonok eloszlására vonatkozó ilyen statisztikákra alapozott becslésem szerint még a gazdag európai országokban is legalább 50 százalék azok aránya, akiknek nincs önfelöltséget garantáló vagyonuk, illetve az egészségbiztosítási járulék fizetését folyamatosan garantáló jövedelmük. Európa-szerte végzett értékvizsgálatok szerint a jobb helyzetű csoportok többsége is úgy látja, hogy a versengő piac feltételei között egyéni biztonságuk véges. Ezért van az, hogy minden európai országban a polgárok 80-90 százaléka fontos, vagy kiemelkedően fontos állami feladatnak tartja például az egészségügyi ellátás biztosítását. (Ehhez hasonló fontosságú állami feladatnak csak az időskorúakról való megfelelő gondoskodást tartják.)

A polgárok véleményét az egészségügy magánosításánál nem lehet figyelmen kívül hagyni. Ez a változás nem egyszerű megszorítás, vagy induló hatásaiban esetleg kellemetlen reform. A társadalombiztosítás felbontása az egészségügy piacosítása révén egy modern társadalmi alapjog megrendítése, a közfelelősség eddig legradikálisabb megkérdőjelezése.

(6) És ezzel eljutottunk a legmeztelenebb húshoz, a legkényesebb alapkérdéshez. Minden eddigi elosztás – orvosi döntés, állami mechanizmus – igazságtalanságot szült, mondják joggal az egészségügyi piac hívei. A piac a problémát jobban megoldja. Az egészségügyi piacon azonban a vásárlóerő az eredeti piaci elosztás kimenete szerint,

azaz igencsak egyenlőtlenül oszlik el. Ez a kimenet azonban a piac hívei számára megkérdőjelezhetetlen, ugyanúgy szent, mint a tulajdon maga. A piaci elosztás igazságosságára többnyire nem kérdeznak rá, mert a kérdést – Hayek nyomán – értelmezhetetlennek tartják. Akiknél mégis felmerül a kérdés, azok a kimenetet a piaci értékítélet méltányos következményeként fogadják. A piac mindenhatóságában kételkedők sem „utasíthatják el” a piaci kimenet valóságát, még ha azt abszurdan igazságtalannak tartják is. Ám ha a kimenetet – helyeslően vagy kényszerűen - elfogadjuk, és ugyanakkor az embert, az életet, az egészséget továbbra is értéknek tartjuk, akkor olyan feszültség áll elő, amely feloldásra vár. Vajon nem az az egyetlen reális feloldási lehetőség, hogy az egészségügyet olyan társadalmi területnek tekintjük, ahol a biztosan problematikus piaci kimenetet minden lehetséges eszközzel és a lehető legnagyobb mértékben ellensúlyozni kellene?

Íme néhány kérdés egy már sokak által késznek tekintett válasz elé. Nem kéne legalább némelyiket feltenni egy szinte visszafordíthatatlan döntés előtt?

Ferge Zsuzsa

1. Tábla

Biztosítás nélküliek száma az USA-ban

Év	Fő
2000	39,8 millió
2004	45,8 millió
2007 januárban	47 millió
Ebből gyerek:	9 millió

2. Tábla

A kérdezettek hány százaléka vett igénybe az előző évben családorvosi ellátást?

	Szegények (ELTE-ILO kutatás, 2001)	Össznépesség, TÁRKI (1997)
<i>Iskolai végzettség</i>		
8 általános	64	73
Szakmunkás	58	63
Érettségi	65	68
Főiskola, egyetem	(.)	72
<i>Településtípus</i>		
Község	62	67
Város	63	70
Budapest	60	69
<i>Roma kisebbséghez tartozás</i>		
Nincs roma a háztartásban	63	N.A
Van roma a háztartásban	63	N.A

A Népszabadság konferencián elhangzott előadás írott szövege