

Kiss Károly:

A magyar egészségügy a szocialista eszme túlélésétől szenved

„A mostani egészségügyi szektor nyakig benne van a szocializmusban; vagy fordítva, abban nyakig benne van a szocializmus.” – Így jellemezte Kornai János a 2010-es évek elején a hazai egészségügyet, melyen nem sokat változtatott a rendszerváltozás. A magánpraxis, a magánintézmények megengedése csak összekuszálta a helyzetet. A magán- és közegészségügy zavarosan összefonódott. Az állami egészségügy a magánklinikák „szolgáltatóházaként” működött. Megjelent egy különös státusz: a közkórházat használó magánorvos, az externista. Ha páciensének kórházi ellátásra volt szüksége (vagy gyógyszerre), a magánbeteg ilyenkor átvedlett biztosított beteggé, az orvos pedig éjszakai ügyelettel „törlesztette” a műtő bérleti díját. A hálapénz „új rendszerében” önkéntes orvosok jelentek meg a kórházakban, akik bér nélkül, a paraszolvenca fejében dolgoztak. Voltak részmunkaidősök is, akik töredékfizetésért dolgoztak. Az externisták, önkéntesek és részmunkaidősök a kórház honlapján hirdették magánrendelésüket, magánrendelésük honlapján pedig a kórházi szolgáltatásokat. Ez a szocialista tervgazdaság agóniájára emlékeztetett: amikor az állami vállalaton belül a gmk-k révén próbálták meg a teljesítményt javítani.

A Gyurcsány-kormány nekilátott a jóléti szektor piaci átalakításához, bevezette a vizitdíjat, a kórházi ellátás díját és a felsőoktatási hozzájárulást.

Amikor a Fidesz 2010-ben kormányra került, eredeti gazdaságpolitikájával sikeresen megszabadult a gazdaságot gúzsba kötő washingtoni konszenzus és az IMF béklyóitól. De hogy biztos legyen a választási győzelem, előzőleg a demagógiát is bevetették: népszavazást kezdeményeztek a Gyurcsány-kormány által bevezetett díjakról, melyeket a szavazók többsége nyilvánvalóan elutasított. (A kialakuló magán nyugdíjpénztárak tőkéjének az állami rendszerbe irányításával ott is megakadályozták a piacosodást.)

Az elmúlt 15 év azonban azt bizonyítja, hogy a csupán állami keretek között működő egészségügy nem lehet sikeres, szükség van a magántőke masszív bevonására, szabad utat kell nyitni a magánérdekeltségnek. A műszaki fejlődés, az információtechnológia, a digitalizáció és a mesterséges intelligencia, a genetika, a genomika, a génszerkesztés forradalmasítja a gyógyászatot és a gyógyszeripart. Ez a fejlődés igen tökeigényes és költségrobbanást okoz. Az előregedő társadalmak amúgy is egyre többet kell költsenek az egészségügyre és a nyugdíjakra.

Az EU tagországok átlagosan GDP-jük 10,4 százalékát költik az egészségügyre. (Amerikában ez az arány hagyományosan igen magas, 16,5 százalék, mivel az egészségügyben nem érvényesül a szolidaritás, a piaci elvek szerint működik.) A nyugateurópai arány 10 százalék fölötti, a miénk az EU-ban a legalacsonyabbak közé tartozik, 6,4 százalék. (Valamivel magasabb ennél a lengyel és a balti országok egészségügyi kiadása.) Tehát az eleve alacsonyabb nemzeti termékünkéből még ráadásul kevesebb is jut az egészségügyre. Azzal sem

számoltunk, hogy milyen következményei lesznek annak, hogy az EU egységes piaca lehetővé teszi a munkaerő szabad áramlását: az itthon kiképzett orvosaink tömegesen vállalnak munkát a jobban fizető nyugati országokban.

2021-ben a kormány jelentős intézkedéseket hozott: büntetendővé nyilvánította a hálapénz elfogadását és szétválasztotta a magánpraxist az állami egészségügytől, melyek egészségtelenül összekuszálódtak. Ez helyes volt, de nem elegendő. Az egészségügyi költségek emelkedése és a népesség elöregedése mellett nincs az a kormány, amely csupán az állami egészségbiztosítás révén képes az ellátást megfelelő szinten biztosítani. Be kell látnunk: a mindenkinek azonos és magas szintű ellátást nyújtó állami egészségügy illúzió, a szocialista eszme túlélése.

Egy 2007. januári egészségügyi reformvitán Kornai János 27 pontba foglalta azokat a kérdéseket, melyekre választ kell adni egy piacgazdasági alapú egészségügyi rendszer kialakításakor. Legyenek-e magánbiztosítók is a rendszerben, vállalhassanak-e alapbiztosítást, vagy csak kiegészítőt, meghatározható-e az alapvető biztosítási csomag tartalma és az kötelező legyen-e, szétválasszuk-e a biztosítás és a szolgáltatás intézményeit, válogathat-e a magánbiztosító az ügyfelei között, mennyire szabad az orvos- és kórházválasztás, ki szedi be a járulékot és ki kényszeríti ki a befizetését, stb. Közel két évtized múltán ezek az alapvető kérdések mai is aktuálisak.

Ha szolidáris rendszert építünk ki, akkor nyilvánvaló, hogy a biztosításnak kötelezőnek kell lennie és az az ésszerű, hogy az alapvető biztosítási csomag legyen a kötelező biztosítás tárgya. A szolidáris rendszerben az állam átvállalja azoknak a díjfizetési kötelezettségét, akik alacsony jövedelmüknél fogva arra képtelenek, vagy még fiatalok, és fedezi a veleszületett vagy később krónikussá vált betegségekkel sújtott emberek és az öregek egészségügyi költségeit. A szolidaritás azonban nem jelentheti azt, hogy mindenki egyformán részesül az egészségügyi szolgáltatásokból; a szolidaritást szükségszerűen a minimális ellátás meghatározására kell korlátozni és arra, hogy az állam mindenkit hozzásegít ahhoz, hogy azt igénybe tudja venni. A mérvadó nyugat-európai országok gyakorlatában a fenti kérdésekre a legkülönbélebb válaszokat találjuk meg. Németországban pl. magánbiztosítók is működnek, nem korlátozzák a „betegutakat”, bárki bármilyen intézményt és orvost felkereshet, de azt a többletköltséget, amit biztosítója nem fedez, ki kell fizetnie, vagy pótlólagos biztosítással kell kiegyenlítenie.

Miközben számtalan megoldást találhatunk, egyvalamit nem tudunk kikerülni: az alapsomag és a kiegészítő biztosítások rendszerét. Ezek nélkül nem építhető ki egy jól működő egészségügyi rendszer. Emellett természetesen lehetővé kell tenni a magánbiztosítók működését is.

Az egyre növekvő költségek miatt elkerülhetetlenül szükség van a magántőke bevonására és a hatékonyságot biztosító piaci elv korlátozott érvényesítésére is. A rászorulóknak nagyobb mértékű költségvállalására és a magánszolgáltatások nem rendszeridegennek tekintésére. Azok hiányában sorozatos kellemtelenségekkel találkozunk: a hosszú várakozási listákkal és egyes költséges beavatkozások elmaradásával, melyeket a magánegészségügyben kell elvégeztetni. Nem szabad a társadalmat abban a tévhitben ringatni, hogy a jóléti

szolgáltatásokban megvalósítható az egyenlőség eszméje. Tudomásul kell venni, hogy piacgazdaságban élünk, és az anyagi, jövedelmi különbségek a jóléti szektorokban is megjelennek – bár a kormány azok mérséklésére törekszik. Elkerülhetetlen az alapbiztosítás és a kiegészítő biztosítások rendszerének bevezetése: amikor a kötelező társadalombiztosítás nem fed le minden esetet. Speciális, és emiatt igen drága beavatkozások finanszírozására a társadalombiztosítás nem képes, ezekre az érdekelteknek külön biztosítást kell kötniük. (És itt már jelentkeznek a vagyoni különbségek.) Ugyancsak megfontolandó egy olyan rendszer bevezetése, amikor a beteg szabadon választ az állami és a magánegészségügy szolgáltatásai között, és a társadalombiztosítás mindkettőt egyformán elfogadja. Ez több előnnyel is jár: megszünteti az állami intézmények monopolhelyzetét, és ezzel versenyre kényszeríti őket. Továbbá elősegíti, ösztönzi a tőkebevonást a magán-egészségügybe.

Miközben tehát megtagadjuk a kommunista és a szocialista múltat, az egészségügyben – demagóg módon – ragaszkodunk annak elveihez, életben tartásához. Az a kormány, amelyik rászánja magát, és leszámol e téveszmével, nagy kockázatot vállal, elveszítheti a hatalmat. De a realitások előbb-utóbb a választókat is meg kell győzzék.

Köln, 2025 június

Melléklet: Várakozó listák a német egészségügyben

A skála egyik végén a magánalapú amerikai egészségügy van, ahol nincs kötelező biztosítás, a másikon – nem számítva a világon még itt-ott fennmaradt posztkommunista és posztszocialista egészségügyi rendszereket – a nyugateurópai jóléti államok egészségügyi rendszere. Miközben elkerülhetetlennek tartom, hogy a miénk is továbblépjen ez utóbbiak felé, látnunk kell, hogy ezek sem működnek fennakadás nélkül. Az a fantasztikus műszaki, információtechnológiai és géntechnológiai fejlődés, mely korunkban lejátszódik, és a népesség elöregedése – mint korábban említettük – olyan költségrobbanást okoz az egészségügyben, amely még a gazdag jóléti államoknak is gondot okoz.



Átlagos várakozási idő napokban online időpontkérésnél:

A kék számok a magánrendelésre, a pirosak az állami egészségügyre vonatkoznak. A kötelező egészségbiztosításban „kötött árak” vannak, ezért a magánorvosok és intézmények előnyben részesítik a magánbetegeket, akik többet hajlandók fizetni.

A döbbenetes az, hogy még a magánbetegeknek is átlagosan egy hónapot kell várniuk. Orvoshiány Németországban nincs, hiszen ha az ember kezelésre szorul, lépten-

nyomon keleteurópai orvosokkal találkozik. *(A diagram forrása: Kassenpatienten, bitte warten! Der Spiegel Nr. 21 /17.5.2025. Anna Behrend et al.)*

Mivel a rendszert én ideálisnak vélem, a magyarázat csak az lehet, hogy az nem tud lépést tartani a lakosság elöregedésével és a hihetetlenül növekvő orvosi- és gyógyszerkiadásokkal. Továbbá: bármennyire is szolidaritás-alapú egy rendszer, a vagyoni jövedelmi különbségek itt is megjelennek.

Köln, 2025. június