

Beköszöntő



Úgy tűnik, az egészségügyi finanszírozás több-biztosítós modelljében (a továbbiakban TBM) az SZDSZ megtalálta azt a megkülönböztető jegyet, amivel el tudja határolni magát a nagyobbik kormányzó erőtől. Az elmúlt évek kényszerű kompromisszumai egyre jobban elkoptatták a párt *raison d'être*-jét, az egészségügyi több-biztosítós modelljével azonban az SZDSZ végre szilárdan megvethette a lábát, a párt vezetői ennek megfelelően teljes mellszélességgel sorakoztak fel a modell mögé. A szakminiszter már-már fundamentalista buzgalommal hirdeti: a piac, a biztosítók versenye mindent megold majd az egészségügyben. Az Isten, a fejlődés és a természet metafizikai struktúráinak összeomlása után a piac mint kvázi-transzcendens fogalom még mindig mágikus vonzerőt gyakorol sokakra a gondolkodás posztmodern vagy posztmetafizikai fordulata után is.

Jóllehet, a Államreform Bizottság Egészségügyi Szakmai Munkacsoportja (a továbbiakban Államreformbizottság) már az átállás menetrendjét is nyilvánosságra hozta, Gyurcsány Ferenc, mint az MSZP egyszemélyes reformszárnya még szemlátomást nem kötelezte el magát a TBM mellett, és mintha növekvő gyanakvással viseltetve a TBM melletti érvek megalapozottságát illetően. Szemlátomást nem nyugtatta meg minisztere *bon mot*-ja sem, miszerint az 1948-as politikai fordulatot sem előzték meg hatástanulmányok Magyarországon. „Várjuk meg a szakmai érvek csatáját”, hangoztatta a miniszterelnök a TBM-ről a Parlamentben rendezett konferencián, „halasszuk a döntést március végére, a napi sajtóban képviselt vélemények fontosak, de nem elegendők egy ilyen horderejű reform elindításához.” Gyurcsány óvatossága indokolt, a politikai kockázatok számára nagyobbak, a várható nyereség pedig kisebb, mint a másik kormányzó párt számára. A TBM-et, ha netán még sikertörténetnek bizonyulna is, elsősorban az SZDSZ-hez kapcsolná a közvélekedés, a sikernél valószínűbb kudarc ugyanakkor Gyurcsány bukását eredményezhetné. Azonban ne feledkezzünk meg arról sem, hogy a konvergencia-programban vállalt kigazítás és az államháztartási hiány kezelése ugyan TBM nélkül is lehetséges, de egy másik módszer alkalmazására egyre kevesebb az idő.

Maga a dolog – A TBM hívei a piac „láthatatlan kezére” bíznák a szolgáltatások elosztását az egészségügyben is. Miért ne a piac szabályozna itt is a legjobban, mint a gazdasági élet egyéb területein? – kérdezik a több-biztosítós egészségügyi hívei.

És tényleg, miért is ne? Először is vegyük figyelembe, hogy az univerzális piaci szabályozás legitím volta már régóta nem elfogadott alaptétel a mainstream közgazdaságtan részéről. A közgazdászok nagyobb része trivialitásként kezeli a piaci kudarcok elméletét, amely kimondja: bizonyos körülmények között a tiszta piaci szabályozás nagyobb veszteséget okoz, mint a részleges állami beavatkozás. Nota bene, elsősorban éppen az egészségügyet szokták felhozni ezzel kapcsolatban. Ennek több oka is van, itt csak egyre utalok: az egészségügyben olyan jelentős tudásbéli különbség áll fenn a fogyasztó és a szolgáltató között, oly nagy az „információs aszimmetria”, hogy a vevő jóval korlátozottabb mértékig képes racionális döntéseket hozni, amikor alternatív szolgáltatások között választ, mint a gazdasági élet más területein. Bár kétségtelen, hogy egy átlagfogyasztó az árat leszámítva kevés fogodót talál egy 120 cm-es folyadékkristályos és egy plazmaképcsöves televízió közötti választás során, csakúgy, mint a mobilszolgáltatók csomagjainál. A fogyasztó a pénzügyi szolgáltatások területén is nehézségekbe ütközik, pedig azok bonyolultsága gyerekjáték a különböző biztosítók által kínált szolgáltatási csomagok komplexitásához képest. Viszont a rossz döntés következményei sokkal komolyabbak lehetnek, mint egy TV vagy egy mobiltelefon csomag választásakor. A teljes hiteldíj mutató iránytűjének megjelenése jelentős segítség volt a hitelezési piacon a fogyasztó számára, ennek analógiája azonban elképzelhetetlen a biztosítók által kínált csomagok esetében. Az egyéb minőségmutatók ugyan sokat segíthetnek, de ezekre a laikus közönség – legalábbis amerikai tapasztalatok alapján – nem igazán érzékeny.

Európa és Amerika – A legtöbb fejlett európai állam több-biztosítós modellt alkalmaz ugyan, ezek a modellek azonban távol állnak az Államreform Bizottság által propagált TBM-től. Az „európai modell” – ha beszélhetünk egyáltalán ilyenről a változatos európai finanszírozási formák mellett – inkább az, hogy egyetlen nagy állami biztosító fedezi a biztosítottak alapellátását, míg a speciális ellátásokra és szolgáltatásokra – aki akar és tud – kiegészítő biztosítást köthet. Ez a modell csupán a kiegészítő biztosítók között teremt piaci versenyt. Az Államreform Bizottság által javasolt modell ezzel szemben az alap ellátási csomagot is felosztaná több biztosító között, ez pedig sokkal inkább emlékeztet az USA biztosítási rendszerének egy részére (kivéve Medicare és Medicaid, azaz kivéve a fele), semmint az európai országokéra. Ez önmagában még nem lenne baj, csak hogy a gyógyítás fajlagos költségei éppen az USA-ban a legmagasabbak az egész világon, abban az országban tehát, amelynek az egészségügye leginkább piacosított. A csillagászati árakkal dolgozó amerikai egészségügy léte már önmagában is cáfolata annak a tételnek, hogy a több piac olcsóbb egészségügyet hoz létre.

A számszerűsített célok hiánya – Ahhoz, hogy dönteni lehessen egy ilyen léptékű átalakításról, célszerű megnézni, mit várunk el eredményeképpen. Hatékonyságjavulást, természetesen, halljuk az Államreform Bizottságtól, ami olyan, mintha azt mondanák: boldogságot! Hatástanulmány nélkül belevágni a TBM-be ugrás a sötétbe, számszerűsített célok nélkül pedig lehetetlen értékelni a hatékonyságjavulást. Értelmes kérdések, illetve célkitűzések lehetnének például a következők: a biztosított egységnyi befizetése minőségi szempontból jobb ellátást eredményez-e, hatásosabb lesz-e a terápia, gyorsabban gyógyul-e

a beteg, tisztább lesz-e a WC? Vagy: adott mennyiségű befizetésből több beteg gyógyulhat; vagy: adott egységnyi befizetés magasabb életminőséget fog jelenteni, X évvel megnő a várható átlagéletkor 2015-ig, a szívinfarktust követő 30 napon belüli halálozási ráta x%-kal csökken 2010-ig etc.

Az érvek hiánya: mitől lenne hatékonyabb a rendszer? – Ha meghatározzuk az elérendő célokat, azt is meg kell nézni, hogyan valósulhatnak meg. Lesz-e több pénz a rendszerben? – A forrásteremtés oldaláról nem várhatunk lényeges változásokat, a biztosítottak, illetve a helyettük kéretlenül – bár törvényesen – osztogató APEH – OEPHH lényegében eddigi befizetéseiket irányíthatják majd át átláthatatlan kulcsokat alkalmazva a több biztosító felé. E tekintetben a fő kérdés, hogy a járulékbefizetésekből hiányzó mintegy ezer milliárdból mennyivel több folyna be. Ismerve az APEH eddigi tevékenységét, feltehetőleg semennyivel sem. Az pedig, hogy az orvos legyen az APEH rendőre, és ő csípje fülön a potyautasokat, nehezen képzelhető el, hiszen nem a hozzá forduló beteg nem fizetett, hanem annak munkáltatója, akivel szemben a munkavállaló gyenge helyzetben van. A kiegészítő vagy extraszolgáltatásokért csak kevesen lesznek képesek jelentős többlet-befizetéseket teljesíteni, ez legfeljebb évi 3-4%-os többletbevételt jelenthet majd a teljes biztosítási kasszában.

Ha több pénz nem is lesz, esetleg olcsóbb lesz majd a TBM? – Az adminisztratív költségek biztosan magasabbak lesznek a mostani 1,5%-nál, és valahol az amerikai szint környékén fognak megállapodni, ahol a működtetési költségek 15-25% körül vannak, ma az európai átlag 8-10%. Ez ugyan lehet kevesebb is, ha a felelősségbiztosítások és az ezek által fedezendő (de nem fedezett) kártérítési perek nem jutnak amerikai magasságokba. Csökkennek-e a gyógyítás költségei? – Itt elsősorban az ún. felesleges (orvosi szempontból indokolatlan) beavatkozások csökkentésével lehet megtakarításokat elérni. Az aktív fekvőbeteg-elszámolás teljesítményarányos finanszírozásának alkalmazása és az ellenőrzési rendszer fejlesztése azonban a jelenlegi modell mellett is alkalmas arra, hogy visszaszorítsa a felesleges ellátásokat. Az új biztosítók pedig könnyen kísértésbe eshetnek majd, hogy olyan beavatkozásokat se engedélyezzenek, amelyek a jelenlegi orvosi gyakorlat mellett indokoltnak számítanak. A költségsökkentés így nem a nagyobb hatékonyságból eredne, hanem a minőségromlásból. Éppen ez a megfontolás vezetett a Medgyessy-kormány által favorizált profitorientált betegirányítási modell elvetéséhez a 24. órában.

Minőségi összehasonlítás – A korábban említett információs aszimmetria miatt a beteg egyszerűen képtelen arra, hogy összevesse két gyógyítási protokoll minőségét, és még csekélyebb az esélye arra, hogy két egészségügyi biztosítási csomaggal tegye meg ugyanezt. Félő ezért, hogy a biztosítók majd az egyetlen olyan paraméter területén fognak versenyezni, amelyek a fogyasztó számára összevethetők egymással. Ez pedig az ár. Hasonló jelenséget figyelhetünk meg a gépjárművek kötelező felelősségbiztosításánál is.

A kartellek lehetősége – Végül, de nem utolsó sorban, itt van még az oligopólium veszélye. 5-6 szereplő esetén könnyű megállapodást kötni a verseny kiküszöbölésére, ahogyan ez mostanában történt ugyancsak a gépjárművek biztosítási piacán. A Gazdasági Versenyhivatal azért rótt ki példátlanul magas, összesen mintegy 6 és fél milliárd forintos bírságot a biztosítókra, mert azok megállapodtak egymással, hogy milyen árszabást érvényesítenek a javító szervizek felé a szerviz-óradíjak elfogadásánál. Ugyan mi gátolhatná meg az egészségbiztosítókat abban, hogy hasonló titkos megállapodásokat kössenek egymással a kórházakkal és a járóbetegellátókkal szemben alkalmazott díjszabásoknál?

Következtetés – A fentiek alapján kimondhatjuk, a több-biztosítós modell előnyei nem bizonyítottak. A piaci kudarcok elmélete, a drága amerikai egészségügy és a cikkben felsorolt egyéb érvek arra figyelmeztetnek, hogy a reform kockázata nem áll arányban a várható nyereséggel. A mostani egybiztosítós modell még jelentősen javítható, mégpedig elsősorban a szektorsemmleges finanszírozás megteremtésével. Amennyiben a magánkórházak is megkaphatnák ugyanazért a műtétért ugyanazt a finanszírozást, kiderülhetne, hogy ténylegesen mekkora fizetőképes kereslet van az extra szolgáltatásokra. Másodsorban bele kell foglalni a finanszírozásba a fenntartás, a műszerbeszerzés, és általában a beruházások költségeit, hogy a kórházak gazdálkodása végre áttekinthetővé és számonkérhetővé váljon. Harmadsorban gazdasági társaságokká kell alakítani a kórházakat, hogy minél kevésbé függjenek a pártpolitikától fertőzött tulajdonos önkormányzatok kénye-kedvétől. Negyedszer: az egészségügyi intézményeknek finanszírozási szempontból kiszámítható környezetben kell működniük, az ad hoc módon bevezetett, felülről bebetonozott teljesítményarányos finanszírozás például a HBCS karikatúrája, nem pedig továbbfejlesztése. Ötödször: az OEP-et valóban át kellene szervezni ahhoz, hogy biztosító módjára tudjon fellépni, és mindent megteheszen azért, hogy a gyógyításra fordított közpénzek hatékonyan hasznosuljanak. Hatodszor, de nem utolsó sorban a lakosokat is tájékoztató minőségmutatókat kell alkalmazni a szolgáltatások valós értékének pontosabb megközelítése és közérthetősége érdekében.

Egy „nagy ötlet” helyett tehát 8-10 kisebb, következetesen kivitelezett cselekvési sor vagy program kellene az egészségügy továbbfejlesztéséhez. A piac önmagában véve sajnos nem old meg semmit, nem hozza el közénk az általános boldogságot és megelégedettséget. Így jobb híján ránk marad az, hogy tegyünk azért, hogy az egészségügy hatékonyabbá és igazságosabbá váljon!

Fendler Judit közgazdász