

Az egészségbiztosítási pénztárakról szóló törvény a szolgáltatók szemszögéből

Dr. Gaál Péter, SE Egészségügyi Menedzserképző Központ

A szerző a 2008. február 11-én újra elfogadott, az egészségbiztosítási pénztárakról szóló 2008. évi I. törvény megvalósításának kulcslépéseit vizsgálja az egészségügyi szolgáltatók szemszögéből. A törvény megvalósításának mérföldkövei közé tartozik a forprofit EBP-k megalakulása és a magánbefektetők belépése a rendszerbe, a szolgáltatókkal való szerződéskötés, a szolgáltatók ellenőrzése és ezek alapján a szolgáltatók közötti verseny, amelyről a szolgáltatók és az egészségügyi dolgozók jövedelmi helyzetének javulását várja a kormány. A jelenlegi feltételek mellett kétséges a magánbefektetők megjelenése, akiktől szolgáltatói szemszögéből egyébként sem megalapozott érdemi javulást várni, hiszen a befektetőktől remélt összeget szinte teljes egészében fel fogja emészteni a több-biztosítós rendszer kiépítésének költsége, érdemi megtakarítást pedig elsősorban a további szolgáltatói kapacitásleépítés (kórházbezárások) hozhatnak. Ez pedig azt jelenti, hogy az egészségügyben a számos egyéb tényező miatt egyébként is korlátozott szolgáltatói verseny lehetősége tovább szűkül, miközben az egészségügyi dolgozók tömeges elbocsátása nélkül nem lesz mód érdemi jövedelememelésre.

The Act on Health Insurance Funds from the point of view of health care providers. The paper analyses from the point of view of health care providers the key steps of the implementation of Act I of 2008 on Health Insurance Funds, which was passed by the Parliament on the 11th of February, 2008. The implementation's milestones of the Act include the establishment of for-profit health insurance funds, the entering of private investors into the system, the contracting process with health care providers, their control and on the basis of these the competition between providers, which, up to the government, will increase the income of providers and health care workers. In the present conditions it is doubtful whether private investors will enter the market, but even if they do, significant improvement is uncertain to expect from the point of view of health care providers, since the bulk of the required investment will be used for the establishment of the multi-insurance model, and significant savings can primarily be realized by further downsizing of the delivery system (hospital closures). All these mean that the otherwise limited scope for provider competition will be limited further, while there will be no opportunity for a substantial increase in salaries without the mass sacking of health care employees.

Nem túlzás azt állítani, hogy 2008. február 11-én történelmi jelentőségű döntést hozott az Országgyűlés kormány-párti többsége. A 2007. december 17-i szavazás után a köz-társasági elnök által újratargyalásra visszaküldött [1], a társadalombiztosítási rendszer funkcionális privatizációját lehetővé tevő, egészségbiztosítási pénztárakról szóló törvényt lényegi változtatások nélkül fogadta el újra az MSZP-SZDSZ koalíció [2]. Tette mindezt annak ellenére, hogy a hazai és nemzetközi szakértők jelentős többsége egyértelműen a kormány által elképzelt modell ellen foglalt állást.

Az Egészségügyi Minisztérium 2007. január 25-26-i konferenciáján hangzott el például Joseph Kutzinnak, az Egészségügyi Világszervezet egészségügy finanszírozási szakértőjének, valamint Josep Figueras-nak, a European Observatory on Health Systems and Policies vezetőjének előadása [3,4]. Joseph Kutzin összefoglalóan megállapítja, hogy a kormány olyan terápiát választott, amely nem alkalmas a probléma kezelésére, ezt a választást olyan gondolkodásmódra alapozta, amely egyébként is idejét múlt, ósdi, és a terápia jóval többbe kerül, mint amekkora haszon várható tőle, de az is kétséges, hogy egyáltalán javítani fog-e bármennyit a beteg egészségügyi rendszer állapotán (1. ábra). Azaz a választott reformnál még a jelenleg működő rendszer is jobb.

Fő üzenetek

Az Egészségügyi Világszervezet szemszögéből a versengő több-biztosítós rendszer magyarországi bevezetését alátámasztó elemzés két fontos szempontból is téves:

- Nincs logikus összefüggés az azonosított problémák és a javasolt megoldás között
- Általánosságban, az egészségügy finanszírozásának elemzése során alkalmazott megközelítésmód korszerűtlen, elavult. Az biztos, hogy a javaslat sokkal drágábbá fogja tenni a rendszert, miközben kétséges, hogy bármiféle javulást fog eredményezni

Forrás: Joseph Kutzin, a WHO finanszírozási szakértőjének előadása, az Egészségügyi Minisztérium, Egészségbiztosítási reform 2007-2009. című konferenciáján (3)

1. ábra

Az Egészségügyi Világszervezet szakértőjének véleménye a tervezett egészségbiztosítási reformról

A szakértői vélemények részletesen kifejtik a tervezett reform legfontosabb problémáit, illetve ezek gyökerét (2. ábra). Az elképzelés koncepcionálisan rossz, mert hibás feltételezésekre épít és belső ellentmondásokkal terhelt, de nagyvonalúan kezeli a megvalósítás részletkérdéseit is. Az egészségügyi rendszer hatékonyságát rontó egészségbiztosítási reform kedvezőtlen hatásai arra vezethetők vissza, hogy megbomlik az egységes nemzeti kockázatközösség (fragmentáció), és ennek következményeit, a nemzetközi

szakirodalomban jól ismert kockázatszelekciót, az alulkezelést, illetve az adminisztrációs költségek jelentős megemelkedését a tervezett defragmentációs mechanizmusok nem képesek kivédeni, de elfogadható mértékben tompítani sem.

Az elemzésben használt összes példát rossz helyről vették

- A holland, szlovák, német illetve cseh reform mind nagyon érdekes, de Magyarország szempontjából irreleváns.
- A reform kiindulópontja ezekben az országokban egy több biztosító által fragmentált rendszer volt. Tehát az ő esetükben a biztosítók közötti választás engedélyezése és a jobb kockázatkiegyenlítés célja a fragmentáció csökkentése és a kockázatmegosztás kiterjesztése volt.
 - Magyarországon nincs ilyen fragmentáltsági probléma (értsd: jelenleg nálunk egységes társadalombiztosítási rendszer van). Ahhoz, hogy értelme legyen a reformokat ezekre a tapasztalatokra építeni, Magyarországnak az ott alkalmazott megoldások importálása előtt, először importálnia kellene az ott található problémákat. Ez nagyon sokba fog kerülni!
 - Ehelyett az tanácsolható, hogy olyan országok példájából tanuljon Magyarország, ahol a magyarhoz sokkal jobban hasonlító intézményrendszer van (Észtország, Egyesült Királyság, Franciaország, Szlovénia). Viszont ezekkel a példákkal érdemben nem foglalkozik a dokumentum.

Forrás: [3]

**2. ábra
Miért nem releváns a holland és a szlovák példa Magyarország számára?**

A tervezett modell alapvető belső ellentmondása, hogy lényegében mindezen mellékhatások kezelését az állami szabályozás megerősítésével, illetve kiterjesztésével kívánja kezelni, miközben a reform elindításának legfontosabb kormányzati indoka, hogy az állam állítólagosan kudarcot vallott az egészségügyi rendszer működtetésében. Ugyanakkor ezeknek a fontos szabályoknak a részletei jelenleg nem ismertek, még vázlat szintjén sem. A törvény a megvalósítás mikéntjét később megalkotandó jogszabályok tömkelegében kívánja tisztázni [2].

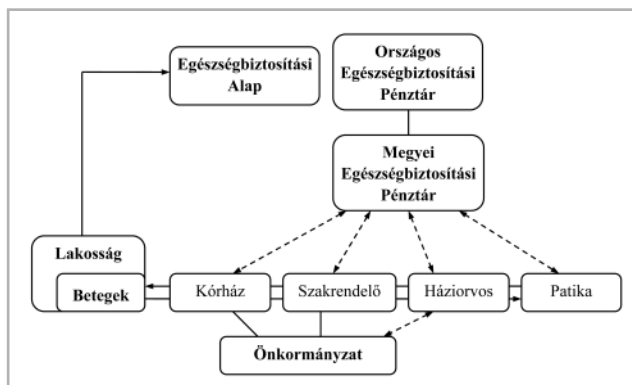
A parlamenti döntés és a törvény kihirdetése után a politikai, társadalmi, illetve szakértői vita fókusza nyilvánvalóan ezekre a megvalósítási részletkérdésekre helyeződik át. Ebben a tanulmányban a szolgáltatói oldal szemszögéből vizsgálom a kormány egészségbiztosítási modelljének gyakorlatba történő átültethetőségét, illetve korlátait azzal a céllal, hogy elinduljon egy értelmes szakmai vita. Bár korántsem biztos, hogy a tervezett egészségbiztosítási reform valóban meg fog valósulni, az átalakításra rendelkezésre álló idő olyan rövid, hogy nincs lehetőség a tétlenkedésre. Most kell elkezdeni a felkészülést ahhoz, hogy az elkerülhetetlen károkat legalább csökkenteni lehessen.

A tanulmány nem foglalkozik a társadalombiztosítás tervezett funkcionális privatizációjának részletes kritikájával, hiszen ez számos szakértői anyag, előadás és tudományos cikk formájában már korábban megjelent és olvasható [5,6,7,8,9,10]. Csak a szolgáltatók szempontjából alapvető fontossággal bíró kulcskérdéseket vizsgálom. Először röviden bemutatom a tervezett modell lényegét, utána azonosítom a megvalósítás legfontosabb lépéseit, majd pedig pont-

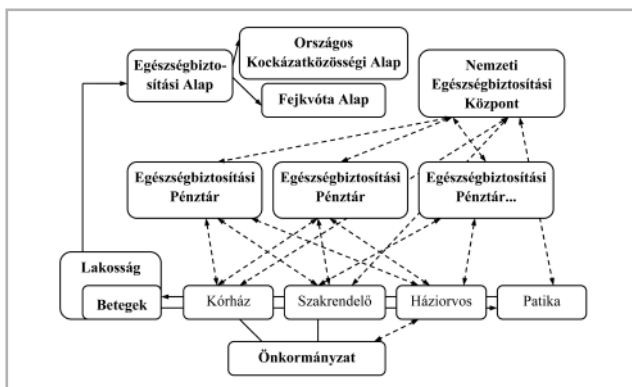
ról pontra elemzem ezeket a lépéseket, az egészségügyi menedzsment legfontosabb megállapításainak, összefüggéseinek segítségével. Végezetül összefoglalom az elemzésből levonható következtetéseket, és javaslatot teszek egy lehetséges, veszteségminimalizáló szolgáltatói stratégiára.

AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI MODELL LÉNYEGE

A február 11-én elfogadott törvény lényege, hogy az Egészségbiztosítási Alap bevételei természetbeni ellátásra fordított részének közel 95%-ával az eddigi Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) helyett (3. ábra) nyereségérdekelt alapon működő zártkörű részvénytársaságok, ún. egészségbiztosítási pénztárak (EBP) gazdálkodhatnak. A modell összeboronálja a társadalombiztosítási rendszert és a nyereségérdekelt magánbiztosítást úgy, hogy megmarad a jövedelemarányos járulékbefizetés, de az így összegyűlt pénz már kockázatarányosan osztja vissza az EBP-k között. A pénztárak versenyezhetnek egymással az ügyfelekért, és bizonyos korlátozások mellett szabadon köthetnek szerződést az egészségügyi szolgáltatókkal (4. ábra).



**3. ábra
A jelenleg működő egészségügyi rendszer egyszerűsített, sematikus rajza**



**4. ábra
A tervezett rendszer egyszerűsített, sematikus rajza**

Az elgondolás szerint a nyereségérdekelt EBP-k versenyzetetik a szolgáltatókat és csak azzal kötnek szerződést, aki jó minőségű ellátást nyújt, de ugyanakkor takarékos is. Emellett a jó szolgáltatóért az EBP-k is versenyeznek, így több pénzt fognak fizetni, ezáltal pedig javulni fog a dolgozók jövedelmi pozíciója. A kormányzati érvelés szerint tehát a verseny kikényszeríti, hogy kevesebb pénzből több és jobb minőségű egészségügyi ellátáshoz férhessen hozzá a lakosság, miközben azt is kikényszeríti, hogy az egészségügyi dolgozók tisztességes fizetést kapjanak. A kérdés az: valóban ilyen jól fog működni ez a modell? Valóban nagyobb lesz a verseny az egészségügyi szolgáltatók között? Valóban érdemben javulni fog az egészségügyi szolgáltatók, illetve egészségügyi dolgozók jövedelmi helyzete?

AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI MODELL MEGVALÓSÍTÁSÁNAK LEGFONTOSABB LÉPÉSEI A SZOLGÁLTATÓK SZEMSZÖGÉBŐL

A tervezett modell megvalósításának, a szolgáltatók szemszögéből, három kulcslépése van: (1) az EBP-k megalakulása, (2) a magánbefektetők megjelenése, és (3) a szolgáltatókkal való szerződéskötés, a szolgáltatók tevékenységének ellenőrzése és ezek alapján a kívánatosnak tartott verseny megindulása. Így a megvalósítás kulcskérdései közé tartozik az, hogy megalakulnak-e az EBP-k és belépnek-e a magánbefektetők, hogy mit hoznak a befektetők a rendszerbe, hogy működik-e a verseny és ha igen, akkor hogyan; javíthatja-e a verseny az egészségügyi szolgáltatók, orvosok anyagi megbecsültségét? A következőkben éppen ezekre a kérdésekre keressük a választ.

MEGALKAKÍTHATÓAK-E AZ EBP-K ÉS BELÉPNEK-E MAJD A MAGÁNBEFEKTETŐK?

Az Egészségbiztosítási Pénztárak megalakulásának és a befektetők belépésének számtalan korlátja van, függetlenül attól, hogy a társadalmi egészségbiztosítási rendszer átalakítása koncepcionálisan is rossz. Komoly kockázatot rejt magában az, hogy a rendszer működésének részletszabályai lényegében ismeretlenek, és azok is fognak maradni, mert a kijelölt, nagyon feszített időkeret nem fogja lehetővé tenni a komoly szakmai munkát ezen a területen.

Továbbra sem ismerjük a pontos fejkvóta számítási képletet, így az EBP-k bevételeit lehetetlen megfelelő részletességgel tervezni. A nemzetközi szakirodalomból jól ismert tény, hogy az egyének szintjén még a legfejlettebb, sokváltozós fejkvóta korrekciós képlet is csak kevesebb, mint 30%-os pontossággal képes előre jelezni a várható kiadásokat, tehát a kockázatszelekciónak több mint kétszer akkora terepe lesz, mint amennyit a fejkvóta korrekció kezelni tud [11]. Arról nem is beszélve, hogy a kor és a nem korrekciójára épülő legegyszerűbb szükségletalapú fejkvóta képlet előrejelző képessége mindössze 4,5%-os, pedig a fejkvóta

képlet szükségletalapú komponensét kezdetben csak ezzel a két tényezővel tervezik korrigálni [2, 3.sz.melléklet].

Bevételi oldali kockázatot jelent emellett a konvergencia programban vállalt forráskivonás is [12], amelynek két következménye lesz. Egyrészt 2009-ig mintegy 200-250 milliárd forint fog eltűnni az egészségügyi közfinanszírozásból (az Egészségbiztosítási Alap költségvetése 2006-2009 között a GDP 0,9%-ával csökken), és ezzel Magyarország tovább küzdi magát az európai rangsor aljának irányába, ahol a reformok bevezetése előtt is már az utolsó harmadban foglalt helyet. Összehasonlításképpen, az EBP-k 49%-os tulajdonrészének eladásából, a 12 000 Ft-os fejenkénti licitárral számolva, 120 milliárd forint érkezet „plusz forrásként” a rendszerbe, természetesen abban az esetben, ha minden EBP elkel. Azt is figyelembe kell venni, hogy a bevétel egy részét, a törvény értelmében, az EBP-k megalakulási költségeinek fedezésére is használhatják, így összességében biztosan kevesebb jut majd a sokat hangoztatott egészségügyi intézményi fejlesztésekre, mint a kormány által költségvetési egyensúlyteremtés címén kivont pénz fele. Másrészt azt is jelenti, hogy a befektetők nem számolhatnak azzal, hogy járulék- vagy adóemelésből többletforrás juthat a rendszerbe. Ez azért is jelent különösen komoly kockázatot, mert a március 9-i népszavazás eltörölte az alternatív bevételi forrást, a vizitdíjat és a kórházi rapidíjat, amelyet szükség esetén emelni lehetett volna. A közvetlen lakossági hozzájárulás szolgáltatások igénybevételéhez kötött formáinak eltörlésével tehát megszűnt a járulékemelés nélküli forrásbővítés lehetősége, és így a társadalmi egészségbiztosítási rendszer bevételi oldala az elkövetkező néhány évre nagy valószínűség szerint teljesen le van zárva. Nem szabad ugyanakkor arról sem elfelejtkezni, hogy amennyiben sikerülne új munkahelyeket teremteni, illetve a járulékfizetési hajlandóságot növelni, az Egészségbiztosítási Alap költségvetési pozícióját nagyon jelentős mértékben lehetne javítani. A probléma az, hogy éppen a munkajövedelmeket terhelő járulékmérték nagysága az egyik akadály a gazdaság kifehéritésének, illetve az új munkahelyek teremtésének, önmagában az ellenőrzés szigorításától pedig aligha lehet drámai mértékű javulást elérni a járulékfizetés területén.

Az igénybevételi díjakkal kapcsolatban nem szabad azonban arról sem elfelejtkezni, hogy Magyarországon a betegek terhelhetősége egyébként is korlátozott a magas magánfinanszírozási arányok miatt. A 2004. évre vonatkozó OECD adatok szerint, azaz a Molnár-Horváth-féle reformok bevezetése előtt, 29,5% volt a magánfinanszírozás részaránya a teljes egészségügyi kiadáson belül, amellyel Magyarország az elsők között van az EU országai között [13]. Az Állami Számvevőszék adatai szerint 2007-ben pedig 50 milliárd forinttal nőtt a lakosság közvetlen terhe [14], és ha ehhez hozzászámítjuk a közkiadások csökkenését is, akkor a magánfinanszírozás részaránya 2007-ben már elérhette a 33%-35%-ot is. Összehasonlításként Szlovéniában ez az arány 25%, Franciaországban 20%, Csehországban pedig egy kicsit kevesebb, mint 11% volt 2004-ben [13,15].

A kiadásoldali kockázatok között a leglényegesebb tényező az, hogy nincs pontosan meghatározva a társadalombiztosítás keretében járó egészségügyi szolgáltatások tartalma. Mivel egy adott betegség az esetek többségében többféleképpen kezelhető, finanszírozási protokolloknak kellene rögzítenie azt, hogy mi az, ami mindenkinek jár, és így az EBP pénzügyi felelőssége, illetve mi az, amiért a betegnek már pluszban fizetni kell. Ezek hiányában a rendszerbe kerülő pénzügyi ösztönzők a szolgáltatáscsomag kiűresítésének irányába hathatnak, azaz még akkor is az olcsóbb ellátás lesz elérhető, ha a hatásosabb, de drágább kezelés finanszírozható lenne a rendelkezésre álló pénzeszközből. Nincs meghatározva a várólista elfogadható mértéke, valamint a nyújtandó ellátás minősége sem. Ez utóbbi azért is nagyon lényeges, mert a minőség mérése és az így konstruált mutatók felhasználása nem egyszerű, magától értődő feladat [16]. Olyan módszertani problémákkal kell megküzdeni, amelyek alapján kérdőjelezzik meg az EBP-k által nyújtott ellátások kormány által tervezett minőségkontrolljának hatékonyságát.

Jelentős kiadásoldali kockázatot képvisel az alulkezelés felszámolásából eredő költségnövekedés is. Az Egészségügyi Minisztérium képviselőinek megnyilatkozásában túl nagy hangsúlyt kap a jelenlegi rendszerben meglévő nem hatékony működés, pazarlás, illetve az ennek felszámolásából eredő potenciális megtakarítás, miközben szinte szó sem esik arról, hogy az Egészségbiztosítási Alap mennyit spórol azon, hogy sok beteg még az állapota által valóban indokolt egészségügyi ellátáshoz sem fér hozzá. Az ellátásszervezői tevékenység azonban egyszerre szorítja vissza az indokolatlan kiadásokat, illetve növeli az ellátásokhoz való indokolt hozzáférést, és így a költségeket [17]. Arról viszonylag keveset tudunk, hogy mekkora a két folyamat rendszerszintű egyenlege, de vannak adatok az Irányított Betegellátási Rendszerből arra vonatkozóan, hogy a megfelelően gondozott kardiovaszkuláris betegek ellátása többbe kerül, mint a nem gondozott társaiké, mivel a gondozott betegek időben hozzájutnak azokhoz a drága, invazív kardiológiai beavatkozásokhoz, amelyekhez elhanyagolt betegtársaik nem [18].

A kiadás oldalon kockázatként jelenik meg az Országos Kockázatközösségi Alapból finanszírozott ellátások 10 és 20% közötti biztosítói önrésze is, amely például az évente több millió forintba kerülő krónikus művese kezelés esetében betegenként több százezer forint is lehet, valamint az igénybevevői oldalt korlátozó vizitdíj eltörlése is. A szolgáltatás-igénybevételi díjak kiiktatása tehát fontos bevételi és kiadás oldali kockázatsökkentő eszköztől fosztotta meg a potenciális befektetőket.

A bevételi és kiadási kockázatok mellett fontos belépési korlátot képviselnek az EBP rendszer működésével kapcsolatos szabályok. Korlátozott az elszámolható adminisztrációs költségek mértéke (a teljes fejkvóta költségvetés maximum 3,5%-a), a profit mértéke (a teljes költségvetés maximum 2%-a), amelyből a magánbefektetőre egyébként is csak a kisebbségi résztulajdonnak megfelelő összeg jut

(0,98%), és három évig nyereség nem vehető ki a rendszerből. Ez azt jelenti, hogy egy 1 milliárd ügyféllel rendelkező, évi 100 milliárd forint költségvetésű, és a szabályokat valóban betartó EBP kisebbségi tulajdonosa évente maximum 980 millió forint profithoz juthat, miközben, ha minden tagja után megfizette a 12 000 Ft-os ügyfelenkénti belépési díjat (és egyéb költséggel nem számolunk), 12 milliárd forintot fektetett be. A jövedelmezőség különböző trükkökkel természetesen javítható (pl. elképzelhető profit pumpa működtetése egy egészségügyi szolgáltatón keresztül, úgy, hogy a pénztár kórházat vásárol és emelt díjtételeket fizet a saját kórházának, hiszen a törvény megengedi az országosan egységes díjaktól való 10%-os eltérést), de ezeknek a féllégális eszközöknek az alkalmazása további kockázatokat rejt magában. A törvény emellett többféle kötelező tartalékképzést is előír, amely tovább csökkenti a jövedelmezőséget, ha az EBP (ismét csak a szürke zónába tévedve) nem akar a tartalékok befektetésének manipulálásával többletbevételhez jutni.

Tisztázatlanok ugyanakkor a szolgáltatókkal való szerződés kötés részletei is (minimum kapacitások, minőségkritériumok), de ezekre részletesen a szolgáltatói verseny lehetőségeinek elemzése során térek ki.

Végezetül, a modellnek befektetői szemszögből súlyos társadalmi és politikai kockázatai is vannak. Az elmúlt több mint egy év során nagyon jelentős társadalmi ellenállás bontakozott ki, amelynek motorját a civil szervezetek, szakmai szervezetek és szakszervezetek adják [19,20,21,22,23,24]. A szakszervezetek meglepően komoly aktivitást mutattak: az Érdekegyeztető Tanácsban egyöntetűen elutasították a törvénytervezetet, sőt egyes szakszervezetek demonstrációkat tartottak, mások pedig sztrájkoltak is. Állampolgári kezdeményezésre népszavazás is lesz a kérdésben, előreláthatólag az ősz folyamán, de újabb és újabb civil kezdeményezések látnak napvilágot („bojkottáljuk a privatizációban résztvevő biztosítókat”, „alakítsunk pénztártat ideológiai alapon”, „vásároljuk ki magunkat a rendszerből, hogy az OEP-nél maradhassunk”, stb.). Minden bizonnyal a legfigyelemreméltóbb ezek közül az az egyik betegszervezet által előadott, jelenleg is hatályos nemzetközi egyezmény, amely megtiltja, hogy a kötelező társadalombiztosítási rendszert nyereségérdekelt szereplők működtessék [25,26].

A politikai kockázatok között említendő a konszenzus hiánya a meghatározó politikai erők között. A legnagyobb ellenzéki párt határozottan állást foglalt, hogy hatalomra kerülése esetén visszaállítja a korábbi, egy finanszírozóval működő rendszert, de a kormánypártok között is éles vita alakult ki, amely a látszólagos megegyezés ellenére is bármikor fellángolhat, főként akkor, ha a megvalósítás során súlyos hiányosságokra derül fény. A magánbefektetőket természetesen nem lehet egyszerűen kizárni a rendszerből, de figyelembe véve a komoly társadalmi és politikai ellenállást, illetve a kérdésben tartandó referendumot, hosszú és megjelölhetetlen kimenetelű pereskedésre lehet számítani, amely egy befektető számára egyáltalán nem tűnik vonzóknak.

MIT HOZNAK A BEFEKTETŐK A RENDSZERBE?

A magánbefektetők bevonása melletti egyik fontos kormányzati érv az, hogy az EBP-k 49%-os tulajdonrészének eladásából befolyó összeg az egészségügyi ellátás fejlesztését szolgálja. A helyzet azonban az, hogy fejlesztésre valószínűleg alig fog ebből a pénzből jutni. Először is, mint ahogy azt az előző részben bemutattuk, a kormány az EBP-k értékesítéséből származó bevétel legalább kétszeresét vonja (vonja) ki az Egészségbiztosítási Alap költségvetéséből. Másodsor, a törvény által megszabott személyenkénti minimális vételár, a korábban említett 12 000 Ft [2, 159.§ (6)] az elérhető nyereséghez képest jelentős befektetési összegnek tekinthető, így a biztosító pénztáraknak eszük ágában sem lesz ezt megfizetni minden magyar állampolgár után. A tervezett rendszer ugyanis lehetővé teszi az ügyfélszerzést az EBP-k közötti verseny keretében, ügynökhálózaton keresztül is, ahol jóval kevesebb összegért, jóval szelektívabb taglétszám-gyarapításra nyílnak lehetőségek. Nagy a valószínűsége tehát annak, hogy nem fog minden megye elkelní, így lesznek 100%-os állami tulajdonú EBP-k is, ez pedig azt jelenti, hogy kicsi az esélye annak, hogy az EBP-k értékesítése során elérhető a minimális vételárból számítható 120 milliárd forint. Harmadsor, a befolyó pénz nagyobb része a törvény rendelkezései szerint az egészségügyi szolgáltatók fejlesztési célú támogatása mellett felhasználható a 3 milliárd forint minimális tőke eléréséhez (minden EBP-t 20 millió Ft-os alaptőkével alapít a magyar állam), az eredménytartalék képzéséhez, informatikai fejlesztés címén támogatható belőle az OEP jogutódja (NEK), valamint az Egészségbiztosítási Felügyelet (!) és felhasználható a magánbefektetők részvényeinek visszavásárlására is [2, 161.§ (6)]. Még abban az esetben is, ha mind a 22 EBP elkel, csak az EBP-k feltőkésítésére el fog menni a bevételek több mint fele, 66 milliárd forint. Ha pedig maradnak EBP-k 100%-os állami tulajdonban is, akkor nemcsak a bevétel lesz kevesebb, hanem a többi EBP értékesítéséből befolyt összeg maradékát a teljes állami tulajdonú EBP-k feltőkésítésére kénytelen felhasználni a kormány. A NEK és az Egészségbiztosítási Felügyelet informatikai fejlesztési szükségleteit is figyelembe véve nem érdemes az egészségügyi szolgáltatóknak komoly fejlesztési eredményeket táplálni.

A kormány a befektetőktől várja a jelenleg alacsony hatékonysággal működő ellátás-szervezési funkció fejlesztését, javítását is, azonban még a biztosítás-adminisztráció szempontjából szakmai befektetőknek számító biztosító társaságok is egyértelműen jelezték, hogy ők nem értenek az ellátásszervezéshez. Nem rendelkeznek tehát azzal a tudással, know-how-val, amelyre a magyar egészségügyi rendszerben a legnagyobb szükség lenne. Ez önmagában talán még nem is lenne olyan nagy baj, hiszen idővel kiépíthetők az ehhez szükséges kapacitások. A koncepcionális probléma a tervezett modellben ott van, hogy a befektetőknek nem áll érdekében az ellátásszervezés végzése, mert (ahogy azt az előbbiekben kifejtettük) az ellátásszervezés

nemcsak csökkenti a kiadásokat az indokolatlan ellátások visszaszorításával, hanem jelentősen emelheti is azokat az eddig ellátatlanul maradt, vagy nem megfelelően ellátott betegek adekvát kezelésben való részesítésével.

Végül, a kormány a befektetőktől várja egy újfajta menedzseri szemléletmód meghonosítását az egészségügy finanszírozásában. A nyereségérdekeltség következetes érvényesítése azonban betegközpontúság helyett szelektív ügyfélközpontúsághoz fog vezetni, a fejkvóta korrekció tökéletlensége miatt. Ez az egyik legfőbb indoka annak is, hogy a biztosítók közötti verseny várhatóan nem a szolgáltatók közötti verseny felerősödését, hanem gyengülését fogja eredményezni.

VERSENY AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSOK PIACÁN

Az Egészségügyi Minisztérium álláspontja szerint azért van szükség több biztosítóra, mert az egy biztosító (az OEP) nem tudja versenyre készíteni a szolgáltatókat. Az OEP-nek ugyanis szerződési kötelezettsége van a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező egészségügyi szolgáltatókkal, így a szolgáltatóknak nem kell félnie attól, hogy elveszíti a finanszírozóját [27]. Kőkény egy nyilatkozatában még ennél is tovább megy: „Kőkény Mihály megjegyezte, hogy eddig a magyar egészségbiztosításban nem a beteg ellátását követte a pénz, hanem intézményeket finanszíroztak, amelyek elhelyezkedése miatt egyenlőtlen volt az állampolgárok által igénybe vehető szolgáltatások elérhetősége. 'Ez most megváltozik. Azt szeretnénk, ha a beteget követné a pénz, nem az egyenlőtlen intézményrendszert finanszíroznánk' – emelte ki a politikus.” [28]

76. §

- (1) Az EBP az egészségügyi szolgáltatások nyújtására az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXII. törvényben (a továbbiakban: Eftv.) meghatározott kapacitások mértékéig és összetételének megfelelően finanszírozási szerződést köt
- az Eftv. szerinti országos feladatkörű speciális intézetekkel,
 - az Eftv. szerinti súlyponti kórházakkal, valamint
 - a külön jogszabályban meghatározott elérési szabályok és minőségi követelmények figyelembevételével az a) és a b) pont alá nem tartozó egészségügyi szolgáltatókkal, továbbá
 - az Eftv. 11. §-ában foglaltak szerint létrehozott és befogadott szakellátási kapacitásokra az azokkal rendelkező egészségügyi szolgáltatókkal,
- amennyiben a b)-d) pont alá tartozó szolgáltató az EBP-hez hozzárendelt területen rendelkezik területi szakellátási kötelezettséggel, és az a)-d) pont alá tartozó szolgáltató nem rendelkezik olyan, az adózás rendjéről szóló 2003. évi XCII. törvény (a továbbiakban: Art.) 178. §-ának 20. pontjában meghatározott köztartozással, amely esedékességének időpontja hatvan napnál régebben lejárt (a továbbiakban: köztartozás).

...

77. §

A 76. § szerint megkötött finanszírozási szerződésben – amennyiben az egészségügyi szolgáltató megfelel a külön jogszabályban meghatározott minőségi követelményeknek és feltételeknek, az általános díjtételekhez képest legfeljebb 10%-os mértékű eltérés alkalmazható valamely ellátás finanszírozása tekintetében.”

5 ábra

Az Egészségbiztosítási Pénztárról szóló törvény szolgáltatói szerződéskötési szabályai

A nyilatkozatból, illetve a hivatkozott előadásból úgy tűnik, hogy sem az Egészségügyi Minisztérium, sem pedig a Magyar Szocialista Párt meghatározó egészségpolitikusa nincs tisztában azzal, hogyan működik a finanszírozási rendszer. A szakellátás döntő többségében 1993. óta teljesítményfinanszírozás van, amelynek lényege éppen az, hogy a pénz követi a beteget. Az az egészségügyi szolgáltató, amelyiktől tömegesen vándorolnak el a betegek, kevesebb bevételhez jut – verseny tehát már régóta van az egészségügyi szolgáltatók között, természetesen a rendelkezésre álló kapacitások erejéig. Elképzelhető azonban az is, hogy a kormánypárti politikusok a 2006-ban általuk bevezetett abszolút teljesítményvolumen-korlátra gondolnak, amely bár erőteljes visszalépés az államszocialista rendszerben korábban alkalmazott globális költségvetési finanszírozási technika irányába, a volumenkorlát eléréséig továbbra is működik a teljesítményfinanszírozásra épülő verseny.

Az EBP-k megjelenése ebben a helyzetben az intézményi szintű szelektív szerződés-kötés lehetőségében hoz újat (5. ábra), bár a szelektív szerződés-kötés bevezetéséhez technikailag nincs szükség több biztosítóra. Ugyanakkor akár egy, akár több biztosítóról van szó, az egészségügyi szolgáltatók közötti verseny az egészségügy sajátosságaiból adódóan mindig is korlátozott lesz. Annál korlátozottabb, minél speciálisabb ellátásról van szó. Miért van ez így?

Az egészségügy alapvető sajátossága az egészségügyi szolgáltatók előállításához szükséges munkaerő és tőke specializáltsága („asset specificity”), amely miatt az egészségügyi szolgáltatók piacára való belépés, illetve az onnan való kilépés nagyon korlátozott. Az ide befektetett tőke jelentős része ugyanis nem nyerhető vissza abban az esetben, ha a szolgáltató ki akar lépni a piacról, mert a tudás (emberi erőforrások estén), illetve a tőke (speciális épületek, műszerek, eszközök) más területen történő újrahajszosításának lehetősége nagyon korlátozott (az emiatt elvesző befektetéseket nevezi a közgazdasági szakirodalom „sunk costs”-nak, azaz elsüllyedt/elveszett költségeknek). Ráadásul az emberi erőforrások, orvosok, egészségügyi szakdolgozók képzése nagyon hosszú ideig tart, ami szintén jelentősen megnehezíti új szolgáltatók piacra való belépését. Ilyen jellemzők mellett az egészségügyi intézmények közötti verseny sok fölös kapacitás esetén viszonylag gyorsan kapacitásredukción eredményezhet, de a fennmaradó intézmények hosszú ideig monopolhelyzetbe kerülhetnek, hiszen a piacra való belépés, új szereplőként, óriási kockázatot rejt magában, amellyel, hogy az új kapacitások kiépítése egyébként is hosszú időt vesz igénybe és költséges. A helyi monopóliumok kialakulását tovább segítik az elérési szabályok, az egészségügyi szolgáltatók inhomogenitása, valamint az információs aszimmetriát áthidaló bizalmi kapcsolatok kiépítésére való törekvés. A verseny tehát az egészségügyben elképzelhetetlen fölös kapacitások rendelkezésre állása nélkül, amelynek fenntartása viszont finanszírozói szemmel nagyon is költséges [29]. Ugyanakkor az ellátás hatékonysága és minősége tekintetében egy intézményen belül is jelentős különbségek lehetnek osztályok, illetve részlegek,

valamint az egyes orvosok között is, ezeket a különbségeket azonban nem veszi figyelembe az intézményi szintű szerződés-kötés. Egy ilyen rendszer ugyanakkor a rosszabb teljesítményű szolgáltatót kivégzi, anélkül, hogy lehetőséget adna neki a javulásra.

Az intézményi szintű szerződés-kötésnek tehát inkább további kórházbezárások és költségmegtakarítás szempontjából lehet jelentősége, mintsem a valódi, de ugyanakkor a verseny költségeit minimalizáló szolgáltatói verseny kialakításában. Ezt látszik alátámasztani az a tény is, hogy a minisztérium előbb fogott bele a kórházi szektor leépítésébe, és így a versenyhez szükséges többletkapacitások eltüntetésébe, mint a finanszírozói oldali verseny megteremtésébe. Az új rendszerben a szelektív szerződés-kötés miatt csökken a betegek szabad szolgáltatóválasztása is, hiszen a sürgősséget kivéve előzetes engedélyhez kötött a nem szerződött egészségügyi ellátó igénybevétele [2, 28.§(4)c; 29.§(3); 31.§(1); 90.§(6)].

Az egészségügyben a szolgáltatók közötti verseny azonban nem csak az extra kapacitások szükségessége miatt drága. A több biztosító jelenléte nagyon megemeli a szolgáltatók adminisztrációs költségeit is a többszörös szerződés-kötés, jelentési kötelezettség, ellenőrzés, stb. miatt (ez az USA-ban a teljes egészségügyi kiadás 15%-át is kiteheti).

A törvény által elképzelt verseny megvalósításának technikai, módszertani nehézségei is akadnak. Amíg az országos feladatkörű, a súlyponti és az újonnan befogadott (elsősorban EU-s fejlesztési pénzekből létrehozott) kapacitásokkal rendelkező egészségügyi intézményekkel az EBP-knek lényegében kötelező a szerződés-kötés, a többi intézménnyel nem az, viszont később meghatározandó elérési szabályokhoz, illetve minőségi követelményekhez kötött (5. ábra). A minőség megállapítása az egészségügyben azonban nem egy egyszerű, magától értődő feladat: ugyanúgy információs aszimmetria van a finanszírozó és a szolgáltató, mint az orvos és a beteg között. Belicza és Takács a szakirodalom áttekintése alapján megállapította, hogy a kockázatkiegyenlítési problémák miatt az indikátorok képessége a szolgáltatók megkülönböztetésére a nyújtott ellátás minősége szempontjából kérdéses, a több indikátorból komponált intézményi sorrendek (bajnoki tabellák) nem megbízhatóak és hogy a nyilvános közlések hatására igazoltan romlik az ellátás átfogó minősége [16]. A rutinszerű teljesítményértékelésnek tehát egyelőre nem elég fejlett a módszertana ahhoz, hogy a megmaradó, illetve a bezárandó kórházakat ez alapján lehessen kiválasztani.

MIT JELENT MINDEZ AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓK ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZÁMÁRA?

Egyrészt ne számítsanak arra, hogy érdemben javulni fog a jövedelmi helyzetük. Bár a törvény lehetővé tesz 10%-os extra díjazást a jól teljesítő szolgáltatóknak, ez a teljesítménydíjak jelentős emelése nélkül még az eddig kivont for-

rások kompenzációjára sem elég. Ugyanakkor az adminisztrációs költségek jelentős megemelkedése miatt biztos, hogy jelentősen kevesebbet fogunk egészségügyi ellátásra fordítani, ebből pedig az következik, hogy az egészségügyi kiadásokból élő jövedelemtulajdonosok (így az orvosok és egészségügyi szakdolgozók) pozíciója tovább fog romlani, ha párhuzamosan nem emelkedik a köz- vagy a magánfinanszírozás mértéke. Ezekre azonban az említett politikai és gazdasági okok miatt nem lehet számítani. Ahhoz tehát, hogy bármelyik jövedelemtulajdonos személynek vagy csoportnak esélye legyen arra, hogy jobban járjon, nagy mértékű belső átcsoportosításra van szükség: különböző csoportok között, vagy ugyanazon csoporton belül.

A jövedelemtulajdonos csoportok közötti jövedelem redistribúciót jelent a beszállítói oldal (elsősorban gyógyszergyártók és forgalmazók) kárára történő átcsoportosítás, amelynek lényege, hogy a racionálisabb gyógyszerfelírással megtakarítható gyógyszerellátás összegét használjuk fel az egészségügyi dolgozók jövedelmének a növelésére. Az ebben rejlő tartalékokat azonban jelentős részben már kimerítette a kormányzat a gyógyszerfelhasználást befolyásoló intézkedéseivel. Az így keletkezett megtakarítást azonban nem az orvosok és egészségügyi dolgozók jövedelmének a növelésére fordították, hanem az Egészségbiztosítási Alap költségvetési egységének elérését finanszírozták belőle. Ezért lett tartható a korábban is rendszeresen alultervezett és jelentős hiányt felhalmozó gyógyszerkassza.

A csoporton belüli átcsoportosítás lényege, hogy a jövedelemnövekedést a nyújtott szolgáltatások mennyiségének csökkentéséből finanszírozzák, így „egységnyi” egészségügyi szolgáltatásra több pénz jut. Ilyen lehetőség például az, ha további egészségügyi intézményeket zárnak be és tömegesen tesznek utcára egészségügyi dolgozókat. Ha nincs intézménybezárás, illetve további kapacitásleépítés, akkor jelentős megtakarítást nem lehet elérni az indokolatlan hospitalizáció visszaszorításával sem. A kórházakban ugyanis a teljes költségvetés közel kétharmada bér, tehát a főlegesen vagy indokolatlanul magas szinten nyújtott ellátások visszaszorításával csak a költségek egyharmada, illetve annál kevesebb spórolható meg, hiszen a nem bérjellegű fix költségeket nem lehet megtakarítani kapacitáscsökkentés nélkül. A maradék kétharmad eddig is az egészségügyi dolgozók jövedelmére lett fordítva, így az csak akkor teremt alapot béremelésre, ha a dolgozói létszámot elbocsátásokkal, illetve intézménybezárásokkal csökkentik. Az elérhető megtakarítás mértékénél emellett azt is figyelembe kell venni, hogy a kórházakból kiszorított betegek ellátásáról a járóbeteg szakellátás kapacitásainak bővítésével gondoskodni kellene, ami szintén pénzbe kerül.

Másrészt az adminisztrációs terhek emelkedése azt is jelenti, hogy az egészségügyi szolgáltatók idejük jelenleginél kisebb részét fogják tudni gyógyító tevékenység végzésére fordítani, a biztosító pénztárak ellenőrző tevékenysége és engedélyező jogköre miatt ugyanakkor a finanszírozói ol-

dal (azaz az EBP-k) az eddiginél jóval komolyabban belefog szólni az egészségügyi ellátók orvosszakmai döntéseibe (természetesen finanszírozási megfontolások alapján). A törvény rendelkezései szerint a későbbiekben kialakítandó finanszírozási eljárásrendektől az egészségügyi szolgáltató, az EBP-vel való szerződésben rögzített megállapodás hiányában, csak az EBP előzetes engedély alapján térhet el a beteg javára [2, 59.§ (2)]. Az engedély hiányában az EBP-nek nincs finanszírozási felelőssége, a többletköltség tehát vagy a beteget, vagy pedig az egészségügyi szolgáltatót fogja terhelni.

KÖVETKEZTETÉSEK

Összefoglalva elmondható, hogy az egészségügyi kormányzat egy alapvetően téves, rossz koncepciót erőltet, amely mind politikai, mind pedig technikai szempontból nehezen megvalósítható. A rengeteg bizonytalanság miatt kérdéses a magánbefektetők megjelenése, de ha lennének is befektetők, azok akkor sem fogják (illetve pénzügyi egyensúlyuk veszélyeztetése nélkül nem tudják) a kormányzati kommunikációban megjelenő kedvező változtatásokat megvalósítani. A kormány irreális elvárásokat gerjeszt mind a beáramló pénz nagyságával és jelentőségével kapcsolatban, mind pedig a szolgáltatók, egészségügyi dolgozók helyzetének javulására vonatkozóan. A sokat hangoztatott és kívánatosnak tartott szolgáltatói verseny feltételeinek megteremtése a jelenlegi megszorítások közepette éles ellentétben van a költségkürölés és takarékoskodás célkitűzésével. Az eddigi kormányzati intézkedések folyamatosan rontották az egészségügyi szolgáltatók közötti verseny lehetőségét (kapacitásredukció), és ez az EBP-rendszerben sem lesz másként. További intézménybezárások várhatóak, amelyek természetesen tovább csökkentik a versenyt. A bevételi oldal lezárása miatt paradox módon azonban egy jelentős kapacitásredukció tűnik az egyetlen lehetőségnek a rendszerben maradó egészségügyi dolgozók jövedelmi pozíciójának javítására, mert a hatékonysági tartalékok felszabadítása eddig sem került vissza a rendszerbe, és az EBP-k megjelenése után sem fog odakerülni. Olyan új jövedelemtulajdonosok jelennek meg a rendszerben, amelyek vajmi keveset hoznak, viszont sokat visznek el.

VAN-E MÁS MEGOLDÁS?

A kormányzati kommunikációban gyakran jelenik meg megfellebbezhetetlennek szánt érvként, hogy a helyzet tartathatatlan, valahogy el kell indulni és nincs más lehetőség. A helyzet az, hogy számtalan szakmailag sokkal jobban megalapozott terv látott már napvilágot, még akkor is, ha ezek a javaslatok, nyilvánvalóan politikai okok miatt, nem kaptak kellő figyelmet és a számtalan fórum, illetve szakkonferencia ellenére nem volt lehetőség az alternatív elképzelések érdemi megvitatására. Az Irányított Betegellátási Modellk-

sérlet például számos koncepcionális hibája ellenére valódi innovációt jelentett az ellátásszervezés szolgáltatói szintű ösztönzésében, így valódi ellenjavaslatot képvisel a kormány elképzeléseivel szemben [30, 31, 32]. Az IBR reformja mellett valódi ellenjavaslatot jelent az OEP szolgáltatás-vásárlási funkciójának megerősítése, illetve az OEP szervezeti keretébe integrált ellátásszervezés is [33,34,35]. Bár ezek a javaslatok sok szempontból különböznek egymástól, alapelveikben megegyeznek. Sőt, az egészségügyi rendszer korábbi átalakítása során olyan egyedülálló keretrendszer alakult ki, amelyben a különböző elképzelések párhuzamosan is megvalósíthatóak, így lehetőség van a gyakorlati kipróbálásukra és összehasonlításukra is.

Fontos tehát leszögezni, hogy a kormány által preferált modell alapjaiban különbözik a többi javaslatától. Abban ugyan egyetértés van, hogy a rendszerben meglévő hatékonysági tartalékok célszerű kiaknázni és ezt az ellátásszervezés eszközközrendszerén keresztül kell elérni, a megakarításokat nem szabad akár az államnak, akár egy harmadik szereplőnek kivenni a rendszerből. Ezekre a forrásokra ugyanis szükség van ahhoz, hogy az egészségügyi dolgozók jövedelmi helyzetét javítani lehessen. Ez az alapelv összhangban van azzal a gondolattal, hogy az ellátásszervezést azok bevonásával érdemes végezni, akik ahhoz a legjobban értenek (orvosok, egészségügyi szakdolgozók), hiszen ha a hatékonysági problémák felszámolásában anyagilag is érdekeltté tesszük az egészségügyi szolgáltatókat, akkor közvetlen kapcsolatot teremtünk a hatékony működés és az egészségügyi dolgozók jövedelme között, illetve azokra bízunk az ellátásszervezést, akik a legtöbb információval rendelkeznek ennek a funkciónak a hatékony ellátásához.

Lényeges különbség ugyanakkor az az alapelv is, hogy nem szabad beletörödni a bevételi oldal blokkolásába. Legalább ugyanolyan hangsúlyosan kell keresni a forrásbevonás lehetőségeit, mint az összegyűlt pénz hatékony és igazságos felhasználásának legjobb módját. A forrásteremtés rendszerét és a közfinanszírozott ellátások körében nyújtható szolgáltatáscsomagot újra kell gondolni, mert az egészségügy a jelenlegi társadalmi és gazdasági feltételek mellett és a megszorítások ellenére hosszú távon fenntarthatatlan.

SZOLGÁLTATÓI STRATÉGIÁK

Amennyiben a kormány a március 9-i népszavazási eredmények ellenére sem áll el a társadalmi egészségbiztosítási rendszer funkcionális privatizációjának tervétől, és végigviszi az EBP-rendszer kiépítését, akkor az egyetlen racionális szolgáltatói stratégia az egészségügyi szolgáltatók összefogása és egységes fellépése lehet. Olyan összefogásra van szükség, amelyben az egyes szereplők felhagynak a különutak keresésével, illetve a kijárásos előnyszerzéssel, mert az megbénítja az ágazat érdekérvényesítő képességét. Nyereségérdekelt üzleti szereplőkkel szemben ez pedig harmatgyenge tárgyalási pozíciót jelent például a szerződéskétesek során. A bizonytalanság és átgondolatlanság miatt fel fog értékelődni az adatok szerepe, így a szolgáltatóknak érdeke energiát fordítani egy hiteles ráfordítás és költségadatok szolgáltatói kontrollig rendszer kiépítésére, fejlesztésére. A bizalomra épülő szoros együttműködés ugyanakkor lehetővé teszi, hogy a szolgáltatói szinten valóban megtörténjen néhány hatékonyságjavító átalakítás.

A kapacitások tavalyi leépítése megmutatta, hogy a szétvétel mindenki számára rosszabb helyzetet eredményez, még annak is, aki úgy érezte, sikerült a többiekénél valamennyivel kedvezőbb helyzetet kialakítania. Talán nem haszontalan felidézni, hogy az egészségügyi ágazatot fertőző szétvétel nem új keletű jelenség. Keleti József 1942-ben megjelent munkájában olvashatók a következő sorok [36]:

„Minden attól függ, hogy a szocializált orvos munkája ellenértékéért megkapja-e azt, amire tanultságánál, társadalmi helyzeténél, munkájával járó felelősségénél fogva az igénybevétele arányában jussa van. Minthogy rendszerint a szocializált orvos nem kapja meg ezt, a szocializálás gyakorlatilag az érteken aluli kisajátítást jelenti...

Ennek okát felesleges jobban részleteznem, ezért csak annyit mondok, hogy a legfőbb ok a betegségi biztosításunk csökkent teherviselőképességében, de annál nagyobb hatalmi erejében keresendő, mellyel szemben a megszervezhetetlen és szétforgácsoló magyar orvosi társadalom mindig gyengének bizonyult.”

Csak rajtunk múlik, hogy végre képesek leszünk-e tanulni a régmúlt, illetve a közelmúlt hibáiból!

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Sólyom László 2007. december 27-i, I-2/5499-0/2007. hivatkozási számú levele Szili Katalinnak. (http://www.keh.hu/admin/data/00000003/_fix/00000000/_fix/00000000/_fix/00000017/_file/20071227level_szili_eu-biztosito_cimerrel.pdf)
- [2] 2008. évi I. törvény az Egészségbiztosítási Pénztárról
- [3] Joseph Kutzin (2007): WHO's perspective on the proposed reforms to the Hungarian health insurance system (Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) véleménye a magyar egészségbiztosítás tervezett reformjáról). Egészségbiztosítási Reform 2007-2009. című konferencia, Budapest, 2007. január 25.
- [4] Joseph Figueras (2007): Insurance competition, from the theory to the practice: The less travelled road... (Biztosítók közötti verseny, az elmélettől a gyakorlatig: A ritkán járt út...). Egészségbiztosítási Reform 2007-2009. című konferencia, Budapest, 2007. január 25.
- [5] Várhelyi Krisztina, Kincses Gyula (1999): Az egészségügyi rendszer fejlesztése az adó és járulékreform kapcsán. Miniszterelnöki Hivatal, Kormányzati Stratégiák

- Elemző Központ, 1999. február 1, pp.23-26. (és a vezetői összefoglaló p.3)
- [6] Orosz Éva (2007): Egészségbiztosítás: nemzetközi trendek, hazai kihívások. Világgazdaság XIV. egészségügyi konferencia, 2007. április 19.
- [7] Gilly Gyula (2007): Az egészség reformja – tévutak és kiutak. Nemzeti Érdek, 1(2):119-147.
- [8] Fendler Judit, Szummer Csaba (2007): A több-biztosító modell olyan betegség, amelyik gyógymódnak gondolja magát. IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja 6(9):5-9.
- [9] Sinkó Eszter, Gaál Péter (2007): Új egészségbiztosítási modell? IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja 6(8):5-12.
- [10] Gaál Péter (2007): Lényeges kérdések az egészségügy reformjában: a finanszírozói verseny. IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja 6(1):8-12.
- [11] Nagy Balázs, Sipos Júlia, Nagy József (2007): Illusztrációk a fejkvótás forrásallokáció számításához Magyarországon – még csak a logikát ismerjük... IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja 6(10):5-13.
- [12] Magyar Köztársaság Kormánya (2006): Magyarország konvergencia programja 2005-2009. 2006. szeptember, p.45.
- [13] http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html
- [14] Állami Számvevőszék, Fejlesztési és Módszertani Intézet: Értékelő tanulmány a 2008. évi költségvetési törvényjavaslat makrogazdasági megalapozottságának néhány összefüggéséről. 2007. október, pp.81-82.
- [15] <http://www.who.int/nha/country/en/index.html>
- [16] Dr. Belicza Éva, Takács Erika (2007): A kórházi ellátás minőségének objektív megítélése: álom vagy realitás? Orvosi Hetilap 148(43): 2033-2041.
- [17] Gaál Péter (2008): Egészségbiztosítási Reform: innováció vagy ócsítás? Orvostovábbképző Szemle, 2008. január, 15(1), pp.11-22.
- [18] Gaál Péter (2007): Equity and health care reforms in Hungary: comments on the government's reform proposal. Peer Review Seminar, Budapest, 18 January 2007
- [19] Védegylet és Humanista Mozgalom TB Mentők elnevezésű civil kezdeményezése (<http://www.tbmentok.net/>)
- [20] K.J.E: A MÁV-kórházban nem szervezhet a Szociális Fórum (<http://www.nol.hu/cikk/476566/>, ld. még <http://www.nol.hu/cikk/476694/> az ügy további fejleményeiről)
- [21] „Hajthatatlan kormányzati gőg”: baloldaliak a tb-reform ellen (<http://www.mno.hu/portal/532201?searchtext=>)
- [22] Az egészségbiztosítási törvény előkészítése (http://www.eum.hu/index.php?akt_menu=5432)
- [23] Az egészségbiztosítás átalakítását támadó igaztalan „szakértői” vádakról és városi legendákról (http://www.eum.hu/index.php?akt_menu=5478)
- [24] Gaál Péter (2007): Több-biztosító: süketek párbeszéde. Magyar Nemzet, 2007. november 24. (<http://www.mno.hu/portal/529049?searchtext=>)
- [25] <http://www.inforadio.hu/hir/belfold/hir-181122>
- [26] 1928. évi XXXII. tv, 6. cikk
- [27] Egészségügyi Minisztérium (2007): Biztosítási modellválasztás 2007. május. Politikai-szakmai egyeztetés.
- [28] „Azt szeretnénk, ha a beteget követné a pénz”, Info Rádió, 2008. február 16. (<http://www.inforadio.hu/hir/belfold/hir-181268>)
- [29] Sinkó Eszter (2006): Lassan a testtel. Élet és Irodalom, 2006. május 19.
- [30] Gaál Péter, Evetovits T. (2002): Beyond the public-private debate: Deconstructing the structures and mechanisms of markets and hierarchies. Kézirat, 2002. május 20.
- [31] Gaál Péter, Evetovits T., Sinkó E. (2006): Innovations in health policy: The Care Managing Pilot and the functional deconstructive model of health care systems. European Health Management Association Annual Conference, Budapest, 28-30 June 2006.
- [32] Gaál Péter (2007): A fejkvóta típusú finanszírozás szerepe az ellátási szintek közötti integrációban a magyar egészségügyi rendszerben. Nemzeti Érdek 1(2):100-108.
- [33] Dózsa Csaba, Dérer István, Boncz Imre, Takács Erika (2006): Az OEP szolgáltatásvásárlói szerepének erősítése, I-II. rész IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja 5(4):5-21. illetve 5(8):5-16
- [34] Gaál Péter (2007): Egészségügyi reform: problémák, okok és megoldási lehetőségek. Nemzeti Érdek 1(1):69-75.
- [35] Angyal Ágnes (2007): Eü-ellenreform: az OEP-pel, de más-ként. FigyelőNet, 2007. december 10. (http://www.fn.hu/belfold/0712/eu_ellenreform_oep_pel_178054.php)
- [36] Keleti József (1942): A társadalombiztosítás fejlődéstörténete, a biztosítás mibenléte, működési köre, ember- és nemzetvédelmi jelentősége. Az Országos Orvosi Kamara hivatalos orvosi cím- és közegészségügyi adattára. Nagyvárad, Grafika nyomda, pp. 455-456.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Gaál Péter 1993-ban végzett a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán, 1995-ben szerzett Master of Science fokozatot egészségügyi menedzsmentből a Londoni Egyetemen, 2004-ben pedig ugyanott sikerrel védte meg PhD-értékelését a magyarországi hálapénz jelentőségének témakörében. A PhD-dol-

gozat anyagából készített egyik angol nyelvű cikkével 2005-ben elnyerte az Európai Egészségügyi Menedzsment Társaság (EHMA) és a Karolinska Egyetem (Karolinska Medical Management Centre) közös kutatási díját, amelyet PhD doktori értékelésből készített legjobb publikációért ítélnek oda. A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzsmentképző Központjának oktatója és kutatója, de részt vesz különböző hazai és nemzetközi szakértői munkákban is. Szakterülete az egészségpolitika.