

Az egészségbiztosítási rendszer átalakítási kísérletének legújabb kori története, 2006-2008. II. rész

Sinkó Eszter, SE Egészségügyi Menedzserképző Központ

Mottó:
„Bizonyosságaimról tudom, hogy szubjektívek.”
Ferge Zsuzsa

Tisztelt Olvasóink! A cikk első részét előző számunkban olvashatják.

Egészségpolitikai értelemben is izgalmas fordulatokban bővelkedett a magyar egészségügy a 2006-os választások óta. Jelentős változások történtek az egészségbiztosítás hatósági felügyeletében, a szolgáltatói struktúrában – és csaknem az egész rendszer menedzsmentjében. Elemző összefoglalásunk visszatekint e két mozgalmas esztendő történéseire, felidéri a mögöttes politikai mozgatórugókat. Cikkünk a szerző tollából a „Magyarország politikai évkönyve 2007” című összeállításban megjelent összefoglalón alapul, azt elsősorban a végjáték legfrissebb történéseivel egészíti ki az egészségügyi döntéshozók számára is fontos információkkal megtűzdelve.

The last two years since the 2006 parliamentary elections were rich in sudden changes in the Hungarian health politics. Many changes occurred in the survey of the Hungarian Health Insurance System, in health provider infrastructure and in the whole management of the system. This review elucidates the mainstream events and the political motivations behind. The article is based on the review published in the „Political yearbook of Hungary, 2007” by the author, completed by the latest interesting events in the matter.

AZ OROSZ ÉVA VEZETTE MUNKABIZOTTSÁG – A FORDULAT LEHETŐSÉGE

A szakmai tanácskozásonak valamint a miniszterelnök látványos hezitálásának köszönhetően 2007 áprilisában a több-biztosítós modell sorsa kérdésessé vált. Ebben az időszakban érkezett a miniszterelnök felkérése Orosz Évához, hogy egy alternatív javaslatot tegyen le az asztalra az egészségbiztosítási rendszer átalakításáról. Nem titkoltan a szabad demokrata tervekkel szembeni javaslat kidolgozása szerepelt az Orosz Éva vezetésével felálló munkabizottság napirendjén. A csapatban az egészségügyről többféle módon gondolkodók kaptak helyet (Orosz Éván kívül Dózsa Csaba, Fazekas Mariann, Holló Imre, Rácz Jenő, Varga Piroska, és Sinkó Eszter). A munkabizottság június végéig kapott időt a tanulmány elkészítésére.

2007 áprilisában úgy tűnt, a csapat által készítenő anyag szerepet játszhat abban, hogy az egészségbiztosítási rendszer átalakítása új irányt vegyen.

A bizottság dokumentumai a következőképpen foglalták össze a versengő üzleti biztosítók rendszerével összefüggő kifogásokat [17]:

- Az üzleti biztosítók versenyén alapuló modell leegyszerűsített és idealizált piaci ideológián alapul, ami sem elméleti szempontból nem állja meg a helyét, sem a nemzetközi tapasztalatok nem igazolják.
- Az üzleti biztosítók versenyén alapuló modell nem jelenti a reformok fő irányát az Európai Unióban.
- A nemzetközi tapasztalatok nem igazolják a magyar javaslatokban megfogalmazott várakozásokat, a biztosítók közötti verseny elsősorban nem a minőség javítására irányul, a kockázatszelekciót kiküszöbölni képes szabályozórendszer nem áll rendelkezésre és a biztosítók közötti verseny nem alkalmas a makro-szintű egészségügyi kiadások kordában tartására sem.
- Az üzleti biztosítók ellenérdekeltek a nemzeti kockázatközösség (egységes szolgáltatási csomag) hosszú távú fenntartásában.
- Az üzleti biztosítók versenye akadályozná az alapvető nemzeti programokat, ezen belül a sürgősségi ellátó hálózat, a nemzeti rákellenes, csecsemő és gyermek-egészségügyi, szív érrendszeri program valamint a rehabilitáció országos hálózatának kialakítását.
- Akadályozná továbbá az országosan egységes minőségbiztosítási rendszer kialakítását; a térségi alapú ellátásszervezést; az ellátási-hozzáférési különbségek és a praxisvariációk csökkentését; az intézményen belüli egységes minőségbiztosítást, szakmai menedzsment működését; az országosan egységes IT rendszer kialakítását.
- Sem a piaci verseny, sem az állami intézkedések nem képesek önmagukban az egészségügyi rendszer működőképességét javítani.

Az ún. vegyes modellről a csapat úgy vélte, hogy az üzleti biztosítók részleges belépése az egészségbiztosítás keretei közé ugyanazokat a problémákat veti fel (adminisztrációs terhek, profit kivonás, kontraszelekció, szabályozás bonyolultsága), mint a tiszta magántulajdonon alapuló biztosítási rendszer. Ráadásul ilyen körülmények között még nagyobb esélye van a „lefölözésnek”, mivel várható, hogy nagyobb eséllyel maradnak az OEP-nél a szegényebb és betegebb biztosítottak, míg a tájékozottabb, aktívabb, gazdagabb és egészségesebb társadalmi csoportok nagy hajlandósággal átlépnek az üzleti biztosítókhoz.

A munkabizottság némi vita, egyeztetés után úgy döntött, hogy az egészségbiztosítási rendszer megújítása nem alapulhat kizárólag az OEP autonómiájának helyreállításán, és szolgáltatásvásárlói szerepkörének megerősítésén. Az OEP-nek ezen túlmenően fontos szerepe kell, hogy legyen a népegészségügyi szempontok egészséges képviselésében. Bizonyos funkciók decentralizálása azonban elkerülhetetlen; elsősorban az ellátásszervezés feladatait tartotta a bizottság érdekesnek a régiónál kisebb egységekhez telepíteni. E feladat felvállalását, kísérletképpen, akár többfajta intézményre is rábízták volna. A bizottság – érzülete alapján – a politika számára is felvállalható megoldásokat mutatott be.

Az üzleti alapon szervezett biztosítási rendszerhez képest az alábbi alternatívát kínálta a bizottság a záró tanulmány fontosabb megállapításaiban [18]:

- Az OEP sajátos társadalombiztosítói jogállással rendelkező Nemzeti Egészségbiztosítóvá alakítása kívánatos az autonóm szolgáltatásvásárlói szerepének jelentős kibővítésével.
- A forráselosztásnak és az ellátás szervezésének a térségi decentralizációja keretében egy ún. Térségi Egészségfejlesztési Rendszer kialakítását tartotta indokoltnak, amely
 - elősegíti a szolgáltatók közötti koordinációt;
 - elősegíti a verseny erősítését a szolgáltatói szektorban – az egészségügyi szolgáltatások sajátosságainak és a rendelkezésre álló erőforrások korlátainak a figyelembevételével;
- biztosítja az új – páciens-központú – szemlélet és gyakorlat kialakulását a betegellátás folyamatában;
- az optimális betegutak, a standardizált gyógyítási folyamatok következtében a betegek jobb minőségű ellátáshoz jutnak, nem „vesznek el” a rendszerben, átláthatóbbá, kiszámíthatóbbá válik számukra a betegellátás.
- igényli a koordináció menedzsment szervezetének (ellátásszervező intézmények) a kialakítását;
- érdekeltségi rendszere többlet források elérhetőségét biztosítja mind az ellátásszervezők, mind a szolgáltatók számára a kívánatos célok elérése érdekében.
- A nemzeti kockázatközösségbe nem tartozó szolgáltatások esetében szívesen látjuk a biztosító pénztárak és üzleti biztosítókat.

Az elkészült részanyagok menetközben a szabad demokratákhoz is eljutottak, érdemi reakciók azonban nem érkeztek arról a térfélről.

A szabad demokrata valamint az Orosz Éva vezette bizottság modellje között meglévő különbségek jobb érzékelését szolgálja az 1. táblázat.

Az összehasonlítás szempontjai	Az Orosz Éva vezette bizottság javaslata	A szabad demokrata javaslat (vegyes modell)
Az egészségügy átalakításának indoka	A beteg kiszolgáltatott, mert nem lehet tudni, mikor kapja meg azt az ellátást, amire valóban szüksége van.	Szocializmus van az egészségügyben, a beteg nem tud bevőként fellépni, ezért kiszolgáltatott.
Az átalakítás háttérül szolgáló rendszer leírása	A lakosság egészségi állapota rossz; a rendszer nem drága, de pazarló; az orvos nem megfelelő partnere a betegnek a gyógyítás folyamatában; a beteg gyakran hálapénz segítségével választ szabadon orvost, s ez fokozza kiszolgáltatottságát.	A lakosság egészségi állapota rossz; a rendszer drága, pazarló; rossz minőségű a szolgáltatás színvonala; korrupció uralja az egész rendszert, beleértve a hálapénzt; Az emberek mindenért a politikát hibáztatják, s ez el lehetetleníti azt.
Az átalakítás tervezett célja	Az ellátás teljes folyamatát (a prevenciótól kezdve a rehabilitációig bezárólag) átújra kell szabni evidenciák hasznosításával, új koordináció életre hívásával, mert csak így biztosítható, hogy a beteg ne vesszen el a szolgáltatók között.	Versenyt kell gerjeszteni a finanszírozói oldalon, aminek köszönhetően verseny alakulhat ki a szolgáltatói oldalon is, mindebből következően: a beteg helyzete és a szolgáltatás minősége szignifikánsan javul.
Az átalakítás tervezett eszközközpontja	Új, szolgáltatói alapú szervezeteket kell megkonstruálni, amelyek (anyagilag is) érdekelték az ellátás újraszervezésében, napi gyakorlatban foglalkoznak az optimális betegutak kialakításával, betegségmenedzsment technikák használatával, háziorvosok képzésével.	Profitorientált magánbiztosítókat kell új szereplőként a rendszer keretei közé beengedni, mert a verseny gerjesztése révén dinamizmus és új szaktudás, új know-how kerül a rendszerbe. Szoros ellenőrzések az orvosok tevékenységének korlátozása érdekében.
A kezdeményezők által remélt eredmény/hatás	Az allokációs hatékonyság javulása, azaz szelektív költségsökkentés, ugyanabból a költségből nagyobb egészségjavulás elérése a populáció egésze számára.	Általános hatékonyságjavulás, költségek minimalizálása, szemléletváltás: a biztosított bevőként lép fel, minőséget követel.
Referenciák az átalakítás helyességéről	Van hazai és nemzetközi referencia a pozitívumokra vonatkozó feltételezések teljesíthetőségére	Nincs nemzetközi referencia a pozitívumokra vonatkozó feltételezések teljesülésére
Az új szereplők	Elsődlegesen önálló költségvetéssel rendelkező szolgáltatói társulások	Versengő üzleti biztosítók
Az OEP megváltozott szerepe	Autonóm, ellenőrző és néhány esetben szolgáltatásvásárlói szerepében megerősített társadalombiztosító	Egyike a választható biztosító társaságoknak, amely állami tulajdonban van, és amely profitorientált működésű
A beteg választási szabadsága	Szabad intézményválasztás joga illeti meg a beteget	Szabad biztosítóválasztás joga illeti meg a beteget
A verseny érvényesülésének színtere	A beteg szabad választásának köszönhetően a szolgáltatások szintjén jelenik meg	Elsődlegesen a finanszírozói oldalon, áttételesen a szolgáltatói oldalon
A koordináció érvényesülése	A felfigyelt, irányított koordináció és a verseny társításán alapul	A verseny, mint egyetlen koordinációs mechanizmus érvényesül
Érdekeltség, alapmotiváció	A megelőzési és a gondozási tevékenységhez rendelt, kontroll alatt tartott érdekeltég	A profit maximalizálásban való érdekeltég, amivel szemben az állami szabályozásnak kellene ellensúlyt tartani
Ösztönzők	Alapvetően az ellátás-szervező és a szolgáltatók együttműködésére és pozitív ösztönzésükre épít	Egy irányba mutatók (biztosítók), a szolgáltató irányába a negatív ösztönzés dominál
A megtakarítás helye, további sorsa	Az ellátásszervezőnél és szolgáltatóknál marad, visszaforgatásra kerül a szolgáltatói szektorba	A biztosítónál marad és egy része kifizetésre kerül a tulajdonosnak
Az ellátás minőségét biztosító intézményrendszer	Országosan egységes standardok, protokollok a megerősített OEP és ÁNTSZ felügyelete alatt	Egyedi, biztosítónként eltérő szabályok a finanszírozási protokolloknak köszönhetően

A területi elv érvényre jutása	A térségi szemlélet érvényesül a térségi logika alapján megalakuló szervezetek miatt (térségi hatáskör)	Nem érvényesül a térségi szemlélet, mivel országos hatáskörű szervezetek működnek
A működés során felmerülő veszélyek	Nem kerül elég dinamizmus a rendszerbe, mivel az önálló költségvetéssel rendelkező szolgáltatói társulások nem lesznek eléggé érdekelték a költségek kontrollálásában; szolgáltatói szinten szelektációs hajlam alakulhat ki	A krónikus betegekkel való pingpongozás, indokolatlan kiadáscsökkentés, a jelenleg meglévő esetleges minőségi és hozzáférési különbségek szisztematikusan különbséggé válnak
A modell bevezetésének várható következménye	Összehangoltabb együttműködés a finanszírozás és szolgáltatások terén, a beteg kontrolláltabb körülmények között kap ellátást	Erős szereplők mind a szolgáltatói, mind a finanszírozói oldalon, gyenge állam velük szemben, közöttük a védtelen beteg

1. táblázat

A modellek összehasonlítása

Forrás: Az Orosz-féle bizottság anyagai valamint a szerző analízise

Mire a munkabizottság tanulmánya a megadott határidőre, 2007. június végére elkészült, kiderült, nincs már szakmai tétje az alternatívának. A politika kereke túllendült rajta. Molnár Lajos lemondása kényszerhelyzetet teremtett az SZDSZ-ben, mivel pártja ez idő tájt egyetlen azonosítási felületét az egészségügy jelentette. A szabad demokraták új vezetése kénytelen volt egyértelműen és harcosan kiállni a több-biztosítós modell mellett, függetlenül attól, valójában mit gondolt róla. Az SZDSZ erőteljes fellépése a miniszterelnököt is kényszerhelyzetbe hozta. Lépnie kellett.

Az idő sürgette a koalíciós partnereket. Tisztában voltak vele, hogy ha a Parlament nyári szünete előtt nem döntenek, elúszik annak a lehetősége, hogy még ebben a választási ciklusban változást lehessen elérni a biztosítási rendszerrel kapcsolatosan. Az Országgyűlés 2007. június utolsó napjaiban ült össze a szünet előtt. Gyurcsány Ferenc megpróbált olyan kompromisszumos javaslatot előterjeszteni, ami mindkét fél számára elfogadható volt. Tegyük hozzá rögtön, több jel mutatott arra, hogy a miniszterelnök csupán fél szívvel támogatta a versengő biztosítók ötletét. Egyrészt még miniszter korában, 2004-ben nem támogatta az ún. Radnai György-féle modellt, amely a több-biztosítós modell egyfajta előfutárának tekinthető. Másrészt 2007 nyarán sorozatban hívott össze értekezleteket, amelyekre az elemzőket és a biztosítók képviselőit egyaránt meghívta, álláspontjaikat figyelmesen meghallgatta. (A két, teljesen másfajta elkötelezettséggel bíró társaság álláspontja a kompromisszumos modellről egyébként meglepően egybecsengő volt: „fából vaskarika” – hangoztatták mind elemzői, mind biztosítói oldalról.) Harmadrészt a javaslatról írásban több szakértői véleményt bekért. Negyedrészt, és talán ez a legfontosabb, hagyta, sőt a Magyar Narancs egyenesen úgy fogalmaz, kiprovokálta, hogy Molnár Lajos leköszönjön pozíciójáról [19].

Végül olyan változatot véglegesítettek, amely alapvető működési mechanizmusát, érdekeltségi rendszerét illetően inkább a szabad demokrata álláspontot támogatta. Ilyen előzmények után, különösebb rizikó nélkül kijelenthető,

hogy elsődlegesen nem szakmai szempontok, megfontolások döntöttek a választott modellről, hanem politikai kényszerhelyzetek.

A KOALÍCIÓS EGYEZSÉGEK – A „KOMPROMISSZUMOS MODELL”

Az utolsó pillanatban jött kompromisszum a 2007. július elsejei koalíciós egyezségnek köszönhetően két ponton felülírta a korábbi szabad demokrata modellt:

- Az alakuló pénztárakban az állam 51% erejéig többségi tulajdonossá lépett elő.
- A pénztárak működésében a területi elvet kívánták érvényesíteni, annak ellenére, hogy országos hatáskörű pénztárakként működnek.

A kompromisszumos modellt a szocialisták abban a hiszemben fogadták el, hogy az állam többségi tulajdonosként képes lesz az állampolgárokat megvédeni a több-biztosítós modellek hagyományos veszélyeivel szemben. A térségi elv érvényesítésével pedig a régiókban való gondolkodás és cselekvés logikáját szerették volna erősíteni.

A szabad demokraták e kompromisszumba azért mentek bele, mert úgy vélték, később lehetőségük nyílik arra, hogy az 51%-ot is megvételre kínálják a magánbefektetőknek. Erre a mozzanatra nyíltan utalt Horváth Ágnes egy, a Beszélő folyóirat számára adott interjújában [20].

A magánbiztosítók közül néhányan – megismerve a modellt az azt a pontját, ami az állam többségi tulajdonáról értekezik – úgy döntöttek, már eleget tudnak a tervezett rendszerről. Eleget ahhoz, hogy kiszálljanak. A többiek még arra vártak, hogy kiderüljön, mi lesz a menedzsmentjogokkal.

E pillanattól kezdődően a hagyományos magánbiztosítói vonalról a kommunikációban áttevődött a hangsúly a magánbefektetői vonalra, amely mindenképpen más üzleti stratégiát képvisel, illetve intézményesít a magántulajdonosok oldaláról nézve.

A nyári időszakban még csak a miniszterelnök figyelt az új rendszer kommunikációjára, így ő volt az, aki többször hangsúlyozta, hogy az új modell nem több-biztosítós, hanem egy biztosítón belüli, több-pénztáros rendszer. (Szakértői tárgyalásokon ennek az álláspontnak a hangoztatása mosolygást váltott ki a jelenlévők körében.) E disztinkciós különbség jelentőségét kezdetben egyik kormányzó párt sem értékelte súlyának megfelelően (más olvasatban: nagyon is a helyén értékelte), csak akkor figyeltek fel ennek fontosságára, amikor bebizonyosodott, hogy az Albert házaspárnak köszönhetően népszavazás lesz e kérdésben („Egyetért-e Ön azzal, hogy Magyarországon ne vezessék be a mindenki által kötelezően választandó üzleti alapon működő több biztosítós egészségbiztosítást?”).

Az egyezség megkötése után is folytatódott a vita a két partner között, jelezve, olyan politikai kompromisszum született, amelyben a szocialisták megerőszkolva érezték magukat, de a szabad demokraták sem találták a maguk szempontjából kielégítőnek a döntést. A nyár heves küzdelem je-

gyében telt a felek között. Havas Szonja (MSZP) színrelépése színezte a tárgyalások menetét, mivel Horn Gábor stílusához hasonló „szabadcsapatos” harcmódot képviselt a tárgyalások során. Az erőviszonyok kiegyenlítettebbé váltak a partnerek között.

A szeptemberre kialakult patthelyzetet ismét a miniszterelnök szüntette meg a pártján belüli rendcsinálással („tessék otthon hisztizni” – szólt a javaslat Schvarcz Tibor irányába), ennek köszönhetően újabb megállapodás megkötésére került sor. A második egyezség a kompromisszumos modell részleteinek további finomításairól szólt.

A 2007. szeptember 24-i megállapodás fontosabb pontjai:

- A júliusi egyezséggel szemben 22 egészségbiztosítási pénztár alakul, állami tulajdonban lévő szervezetekként, minden megyében egy, a főváros és környékén négy.
- Nyilvános liciten lehet az állami tulajdonú pénztárakba bevásárolni 49% tulajdoni hányad erejéig.
- Vidéken a pénztárak megalakulását megelőzően nincs előzetes tagtoborzás, míg a közép-magyarországi régióban igen.
- A megyei pénztárak egyesülhetnek (legfeljebb két szomszédos megye), alsó korlátként 500 ezer főt el kell érniük, felső korlátként ekkor még 1,5 millió főt jellemezték meg a felek.
- Az alapítás évében, az esztendő végére az összeolvadásoknak köszönhetően 8-12 valóban működő pénztárt várnak.

A folyamatos vitáknak köszönhetően, – a tervekkel ellentétben – nem sikerült az egészségbiztosítási pénztárakról (EBP) törvényjavaslatot az őszi ülés megkezdése előtt benyújtani, erre csak október 30-án kerülhetett sor.

Mielőtt azonban áttérnénk a törvényjavaslatra, időzzünk el egy pillanatra egy alternatív modellen, ami az eddigiekhez képest teljesen új szakmai koncepciót jelentett meg, s amit a legnagyobb ellenzéki párt 2007 végén a Parlamenthez elfogadásra beterjesztett.

A KORÁNYI ANDRÁS ALAPÍTVÁNY JAVASLATA – AZ „EGYBIZTOSÍTÓS MODELL”

Klasszikus értelemben vett alternatív javaslatról van szó, amely még annak a szigorú kitételnek is megfelel, amit Mihályi Péter állított fel minden ilyen típusú javaslattal szemben: a törvénytervezet elkészítő Korányi András Alapítványnak sikerült jelentős politikai erővel rendelkező pártot is felsorakoztatni maga mögé [21]. Mielőtt azonban a Fidesz – „társadalmi” nyomásra – benyújtotta volna az Országgyűlésnek, számtalan civil szervezett csatlakozott a Nemzeti Kerekasztal és a Magyar Orvosi Kamara felhívásához a kezdeményezés támogatására. A javaslat – szakmai tartalom szempontjából – sui generis egybiztosítós rendszert vázol fel, amely azonban a szolgáltatói szektorban teret ad a piacnak

lomb szempontjából – sui generis egybiztosítós rendszert vázol fel, amely azonban a szolgáltatói szektorban teret ad a piacnak

- a működés logikájából fakadóan fenntartja a szolidaritási elvet,
- megőrzi a nemzeti kockázatközösséget,
- egységes elveket érvényesít a betegellátás minden egyes mozzanatában,
- evidenciákra alapozza a gyógyítás folyamatát,
- méri a szolgáltatók teljesítményét az „outcome” (egészségnyereség) szempontjából,
- versenyt hirdet a szolgáltatók között, a szabad intézmény- és orvosválasztás biztosításával,
- megerősíti a szektorsemleges finanszírozás gondolatát, azaz a magántulajdonosi háttérrel bíró szolgáltatók közszolgáltatásban való nagyobb szerepvállalása elé nem gördítene akadályt,
- összehangolt egészségi-, szolgáltatási-, gazdálkodási tervezést folytat több időtávlatban,
- az OEP-et Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet (NEI) alakítja át,
- a NEI felett munkavállalói, munkáltatói kontrollt intézményesít önkormányzat formájában,
- a szükséges ellátásokat akkor is biztosítja a központi költségvetés terhére, amikor az Egészségbiztosítási Alap veszteséges.

Bírálatok több oldalról is elhangoztak a javaslattal szemben [22, 23]. Vitathatatlanul „állam az államban” típusú megoldásnak tűnik a benyújtott tervezet, az új rendszer működőképességét a rendelkezésre álló információk alapján nem lehet igazoltnak venni. A tervgazdálkodás jegyeit magánviselő tervezet hisz a centralizált szervezetek, jelen esetben a NEI mindenhatóságában.

AZ EBP TÖRVÉNY ÉS UTÓÉLETE

A kormány 2007. október 30-án nyújtotta be az egészségbiztosítási pénztárak megalakításáról szóló törvényjavaslatát az Országgyűlésnek. A szocialista képviselők izgatottan találgatták, vajon mi jelenik meg a törvénytervezetben. Aggodalomra jó okuk volt, mivel egy hónappal korábban az Egészségügyi Minisztérium – a törvényjavaslat bemutatása helyett – egy ún. jogalkotási koncepcióval lepte meg a közvéleményt, amely szakmai és politikai szempontból egyaránt vállalhatatlanra sikeredett [24]. A dokumentum a magánbefektetők érdekeinek képviselőjét oly nyíltan vállalta fel, hogy azt, elgyengült pillanatainkban, még a biztosítók is sokallták. Ahogyan az várható volt, minden egészségügyi szervezet, testület egyöntetűen állást foglalt a koncepcióval szemben, még a visszafogott reagálásokat politikáját folytató Nemzeti Egészségügyi Tanács is.

Ez azonban nem akadályozta meg a minisztériumot a törvényjavaslat elkészítésében és benyújtásában. Ponto-

sabban, a liberálisok szívósan küzdöttek minden egyes „méterért”, amit annak érdekében kellett megenniük, hogy a törvényjavaslatot benyújthassák. A szocialisták pedig szívósan küzdöttek minden ellen, ami a tervezetben a versengő üzleti biztosítókra emlékeztetné a közvéleményt. A kemény küzdelmek során a szocialisták elsősorban a menedzsmentjogok tulajdonosok közötti megosztásában, a várólisták szabályozásában valamint az OEP jogutód szervezetének felállításában tudtak előrehaladásról beszámolni.

Az eredmény közismert. A szocialisták kisebb-nagyobb bonuszokat nyertek, miközben az alapvető csatát elvesztették. Igaz, arra nem a törvény első megszavazásának napján, 2007. december 17-én, hanem már július elsején sor került.

Fontosabb szocialista bonuszok, az elfogadott megállapodások alapján felálló modellben:

- A pénztárak hatfős igazgatósága 3:3 arányban oszlott meg a többségi és a kisebbségi tulajdonos között – menedzsmentet érintő változás
- A Díjtétel és a Fejkvóta Bizottságban 3:2 arányban oszlott meg a delegálási jogosultságok az állam javára – állami kontrollt érintő változás
- Az OEP jogutód szervezete kormányhivatalként működik – állami kontrollt érintő változás
- Minden, valamilyen szempontból kiemelt kórházzal (országos feladatkörű speciális intézetekkel, súlyponti kórházakkal) szerződnie kell a pénztáraknak, és nem lesz olyan könnyű a területi kórházakkal sem kibabálni – hozzáférést érintő változás
- A várólisták vonatkozásában a betegek jogait néhány plusz szabály védi – hozzáférést érintő változás
- 4%-os működési célú kiadás helyett 3,5% elfogadása – menedzsmentet érintő változás
- 5 ezer Ft helyett 12 ezer Ft induló licitár elfogadása – befektetőket, megtérülést érintő változás
- A bevételeket meghatározó fejkvóta összetétele kétkomponensűvé vált: szükséglet-, és igénybevétel alapúvá – befektetőket, megtérülést érintő változás.

A szabad demokraták győzelmének fontosabb komponensei:

- A kisebbségi tulajdonos a pénztárak vezérigazgatói pozícióját megtarthatta.
- A Díjtétel és a Fejkvóta Bizottságok bújtatott döntési jogosultságai megmaradtak.
- A szolgáltatói szerződésekben az eltérő árak alkalmazásának lehetősége (plusz 10%-os eltérés biztosítása) szintén megmaradt.

Egyéb változás: 2 millió főre emelték a pénztárak tagi létszámának felső határát.

A KÖZTÁRSASÁGI ELNÖKI REAKCIÓ

Hatalmas érdeklődés mellett zajlott a köztársasági elnök 2007. december 27-i, a törvény sorsáról döntő sajtótá-

jékoztatója. Sokak meglepetésére az elnök csak „puha” politikai vétőt emelt, amikor a törvényt megfontolásra küldte vissza az Országgyűlésnek. A szabad demokraták rettegtek attól, hogy az elnök a törvényt előzetes alkotmányossági normakontrollra küldi, a szocialisták ellenben megkönnyebbülve vették volna tudomásul azt. Az SZDSZ tisztában volt azzal, amennyiben az elnök az Alkotmánybírósághoz küldi a törvényt, ebben a ciklusban már nem lesz belőle semmi. Tudta ezt a köztársasági elnök is, de láthatóan nem akarta ennek a politikai felelősségét felvállalni, miután nem volt teljesen meggyőződve az alkotmányossági aggályok minden vitán felül állásáról. Az alkotmányjogász, a szakember bizonytalansága az államférfiúi megfontolásokon felülkerekedett. Pedig a kommentár, amit a törvényt visszaküldő leveléhez mellékel, körültekintő, felelősségteljes álláspontot tükröz: „Nem értek egyet a törvény megalkotásának módjával. Nem értek egyet azzal sem, hogy a törvény – álláspontom szerint – nem tartalmazza a tárgyával összefüggő összes szükséges garanciát, továbbá, hogy hatása – többek között a később megalkotásra utalt lényeges kérdések miatt is – kiszámíthatatlan.” Látszólag minden lényeges elem benne van, ami egy előzetes normakontrollhoz szükségeseltetik.

Sokan vitatkoznak azon, vajon mit is akarhatott a köztársasági elnök a versenyre vonatkozó megjegyzéseivel, egyáltalán, nagyobb versenyre buzdított, vagy éppen ellenkezőleg foglalt állást. Lássuk a két passzust ezzel kapcsolatosan: „A Törvény által bevezetett modell az EBP-k közötti versenyt az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott ellátás minősége és a gazdálkodás hatékonysága területén teszi csak lehetővé, szemben azokkal a nyugat-európai modellekkel, melyekben a biztosítók az ár – azaz a fizetendő járulék – tekintetében is versenyeznek. Így a Törvény inkább az állam ellenőrző és ellátásszervezői feladatát ruházza át az EBP-kre, mintsem valódi versenyt hoz létre.” Kicsivel később: „[...] kérdéses, ésszerű-e a magántőke és a profitérdekeltség bevonásával alapvető strukturális változtatást végrehajtani, annak minden szabályozási, ellenőrzési szükségletével, költségével és bizonytalanságával együtt úgy, hogy ugyanakkor a versenyt a lehető legszűkebbre korlátozzuk. Ezért kérem az Országgyűlést, hogy a Törvényben foglalt modell bevezetésének indokoltságát ebből a szempontból is vizsgálja meg.” [25]

Értelmezésem szerint e passzusokkal a köztársasági elnök – anélkül, hogy állást foglalt volna abban a kérdésben, hasznos-e versenyt generálni az egészségügy bármely szegmensében – csupán azt deklarálta, hogy a törvényben felvázolt modell következtében nem lesz erőteljes verseny az ágazatban, holott az átalakítás célja ez. Amennyiben az átalakítás célja nem tud teljesülni a változtatások során, meg kell kérdőjelezni az egész átalakítás értelmét, annak különösen súlyos kockázata miatt. Érthető aggodalom az államfő részéről, amely azonban a törvény újraszavazása alkalmával, 2008. február 11-én nem kapott megfelelő figyelmet a koalíciós pártoktól.

A MÁRCIUSI NÉPSZAVAZÁS, AMI MINDENT FELÜLÍRT

A Fidesz három kérdésben (vizitdíj, kórházi napidíj, tandíj) kezdeményezett népszavazást, amelyek közül egyik sem érintette a több-biztosítós modell bevezetését. A párt 2007. december 17-én kierőszakolta kérdéseinek jóváhagyását a Parlamenttől annak érdekében, hogy a köztársasági elnök mielőbb kiírhatta a népszavazást. A Fidesz rövid távú politikai céljaira koncentrált, amikor a döntést kierőszakolta, és nem foglalkozott azzal, hogy ezáltal megakadályozza a másik népszavazással, az Albert házaspár kérdésével való egybekapcsolódást. (Mint ismert, a házaspár kérdésével kapcsolatban népszavazás legkorábban 2008. március 9-ére datálódott.) Ez pedig azért jelenthetett volna súlyos gondot, mert tudható, hogy egy éven belül kétszer érvényes és eredményes népszavazást produkálni majdhogynem lehetetlen. Amennyiben a Fidesz számára valóban fontos volt, hogy ne legyen több-biztosítós modell Magyarországon, úgy sokat kockáztatott az időbeni szétválasztással. Akár tudatosan tette ezt a legnagyobb ellenzéki párt, akár nem, végül is bejött a húzása. Az országos elégedetlenségi hullám március 9-én 50% feletti megjelenési arányt eredményezett, s ennek következtében a népszavazás – mintegy járulékos hatásként – eltörölte az EBP törvényt is.

A kormány, az eredeti népszavazási kérdésekre reagálva, 2008. április 1-jével visszavonta a vizitdíjat és kórházi napi díjat, bár a kiírás értelmében erre csak 2009. január 1-jével volt kötelezett.

VOLT-E ÁTALAKÍTÁSI KÉNYSZER AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN?

Rövid válaszuk: minden országban folyamatosan átalakítási kényszer van jelen az egészségügyben, mivel a közösségi források lassabban bővülnek, mint ahogyan az orvosi technológia fejlődik, ráadásul a szolgáltatásokkal szemben megnyilvánuló lakossági igények is egyre differenciáltabbak lesznek.

A bővebb válasz kifejtése előtt vegyük sorra az utolsó húsz esztendő fontosabb történéseit:

- 1988-ban, még a szocializmus időszakában döntött az akkori pártállami kormány, hogy az állami vezérlésű egészségügy helyett társadalombiztosítási alapú és finanszírozású egészségügyre kell áttérnünk.
- Ennek jegyében 1989-ben az Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság (OTF) pénzalapját leválasztották az állami költségvetéstől.
- 1990-ben az egészségügy finanszírozását a költségvetésből áthelyezték a társadalombiztosításhoz.
- 1990-ben az állami tulajdonban lévő egészségügyi intézményeket átadták a frissen alakuló önkormányzatoknak, ez máig megfelel a francia, német, osztrák tulajdoni viszonyrendszernek.
- 1992-ben biztosított jogviszonyhoz kötötték az ellátás igénybe vehetőségét, az addig állampolgári jogon járó ellátás helyett.
- Ugyancsak 1992-ben meghirdették a szabad orvosválasztást a háziorvosi ellátásban.
- Bevezették az ún. szektorsemleges finanszírozást, amely azt eredményezte, hogy az intézmények tulajdonosi háttérüktől és gazdálkodási formájuktól függetlenül részesülhettek közfinanszírozásban.
- A háziorvosok alkalmazotti státusza vállalkozói státuszra alakulhatott át, a háziorvosi vállalkozások bevételei azóta fejkvóta alapján képződnek, ami ugyancsak megfelel az európai logikának, trendnek.
- 1993-ban áttértünk a teljesítmény alapú finanszírozásra a kórházi és a járóbeteg szektorban egyaránt. Az általunk Európában elsőként bevezetett kórházi teljesítmény-elszámolási technikát (HBCS) javasolja az Unió a többi ország számára is.
- A társadalmi kontroll megeremtése érdekében önkormányzatokat állítottak fel az időközben kettévált társadalombiztosítási alapok felett, a Fidesz azonban 1998-ban megszüntette azokat. Ilyen önkormányzatok máig működnek más országokban, a társadalombiztosítási alapú rendszerekben.
- 1999-ben ígéretes társadalmi kísérlet indult „Irányított Betegellátási Modell” elnevezéssel, amelyben a kísérlet végén több mint 2 milliónyian vettek részt. A szocialisták vezette egészségügyi tárca e kísérletet már az előző kormányciklusban, 2005-ben ellehetetlenítette. A kísérlet nagy érdeklődést és elismerést váltott ki Nyugat-Európa szakértői körében.
- Ezek után nem véletlen, hogy 2003-ban az Európa Tanács Parlamenti Közgyűlése korszerű keretek között működő egészségügyi rendszernek írta le a magyart és biztató példaként állította a többi kelet-európai ország elé. Az egészségügyi rendszer strukturális keretei, mondhatjuk azt, megfeleltek az uniós standardoknak, amikor a liberálisok 2006 nyarán belefogtak az átalakításokba. Láthatóan azonban nem voltak ennek tudatában, mint ahogyan annak sem, hogy a magyar egészségügy két további fontos előnyre rendelkezett. Egyrészt feltűnően rövid időn belül lehetett az ellátáshoz hozzáférni, másrészt csaknem teljesen szabadon lehetett orvost választani, amit részben a paraszolvencia biztosított.

Ha a strukturális keretek elfogadhatóak is voltak, a rendszer mindennapi működésében már mutatkoztak súlyos hiányosságok az SZDSZ 2006-os színrelépése előtt is. A rendszer súlyos hiányosságai között kellett, kell mind a mai napig számon tartani az alábbiakat:

- az egészségügy szereplőinek kapcsolatrendszerében, de legfőképpen az orvos-beteg közötti kapcsolatban a feudális jelleg érvényesül, s ez jelentősen lerontja a beteg együttműködési készségét a gyógyítás folyamatában,
- egyáltalán nem lehet tudni, hogy a betegek az ellátásuk során megkapják-e a betegségük szempontjából adekvát kezelést, mivel az ellátás gyakran alakul esetlegesen,

- az orvosok és az egészségügyi intézmények kontroll nélkül működnek, kiváltképpen ez a helyzet a háziorvosi ellátásban.

A képhez tartozik az ágazatban foglalkoztatottak körösen alacsony bérszínvonala és a helyenként korszerűtlen infrastrukturális feltételek megléte. Ezek egyikét sem tekintjük azonban a rendszer működési hiányosságainak, mivel alapvetően forráshiányból fakadnak. (Nota bene: mindenképpen az ágazati vezetők rövidlátására, „fogyatékoságára” utal, hogy nem ismerték fel időben, mekkora munkaerőhiány alakulhat ki az alacsony bérszínvonal következtében az Unióhoz való csatlakozás után.)

Problémák, amelyeken sikerült változtatni az SZDSZ 2006-os fellépésével:

- a korábbi években a járulékfizetési hajlandóság fokozatosan erodálódott, ami a szolidaritási elv gyengülését eredményezte; a jogviszony ellenőrzés következtében azonban tavaly érdemlegesen bővült a rendszeres járulékfizetők köre. Az E. Alap több tízmilliárdos extrabevételre tehetett szert, s ez a momentum nyilvánvalóan hozzájárult a tavalyi esztendő szufficitjéhez,
- a gyógyszerkiadások növekedési üteme 2006. előtt elszívta az allokálható forrásokat az ágazat többi „szektora” elől; ezt a tendenciát 2007-ben sikerült megállítani, bár az ebből fakadó üdvöztető hatást a szolgáltató szektor egy szereplője sem érezkelhette, mivel az általános forráskivonás következtében normatív alapon minden területre kevesebb jutott.

Problémák, amelyek az SZDSZ színrelépésével tovább növelték a meglévő gondokat:

- a TVK bebetonozása lehetetlen helyzetbe hozta a szolgáltatók nagyobbik hányadát, akik viszontreakcióként csökkentették az ellátások amúgy sem egyenletesen magas színvonalát, többek között összevont ügyeletekkel tették kevésbé biztonságossá az ellátást,
- a TVK bebetonozása következtében megnőtt a sorbaállítás, azaz lényegesen rosszabbá vált az ellátáshoz való hozzáférés, ami a betegek szempontjából rendkívül kedvezőtlen eredmény,
- a TVK bebetonozása valamint a fokozódó bizonytalanság miatt megindult a munkaerő elvándorlása az ágazatból illetve az országból, ami önmagában is súlyos ellátási zavarokat okoz,
- a betegutak teljes összekuszálásával megnőtt az ellátáshoz jutás ideje még azokban az esetekben is, amikor TVK nem akadályozta az ellátás igénybe vehetőségét,
- kialakult az ún. kettős finanszírozás rendszere, ami azt jelenti, hogy rendre zsebből fizetik az ellátásukat mindazok, akik nem tolerálják a sorbaállást és képesek ellátásukat soron kívül megfizetni a közszolgáltató intézményekben. E paciensek egyúttal fizetik a tb. járulékat is.

A strukturális keretek és viszonyok által meghatározott rendszer működésének egészségpolitikai következményei: fragmentálódott érdekek mentén működő ellátó struktúra, alacsony allokációs hatékonyság, kiszolgáltatott betegek.

Ezek közül vajon melyiken segített volna a több-pénztáras modell, ezt vesszük görcső alá a következőkben.

KONSTRUKCIÓS HIBÁK AZ IMMÁR ELVETETT MODELLEL KAPCSOLATOSAN

Az összegzést preventív jelleggel készítjük, főleg arra az esetre, ha politikusaink újra „nagy dobásra” készülnének. (Emlékezhetünk rá, a Fidesz 1998-ban hasonló modellel próbálkozott, mint most az SZDSZ.) Alapvető problémáink az elvetett modellel kapcsolatosan:

- A közpénzből finanszírozott biztosítási csomag az egészségügyben nincs pontosan meghatározva, még ha a főbb ellátási kategóriák törvényileg rögzítettek is. (Nem csak nálunk, másutt sem boldogulnak ezzel a gonddal.) Ebből fakadóan a finanszírozó és/vagy a szolgáltató a csomag tartalmát bizonyos keretek között szabadon értelmezheti. (Ez képezi egyébként, a többi között, az alapját a beteg kiszolgáltatottságának.) E probléma jelentősége felerősödik azokban a rendszerekben, amelyben profitorientált, az ágazatban csak befektetési lehetőséget kereső magántulajdonos kap közfinanszírozói feladatot.
- Nem csökken az ezzel kapcsolatos veszély akkor sem, ha a magántőke csak kisebbségi tulajdonosként van jelen a biztosítóknak, pénztárakban, mivel ilyen esetekben az várható, hogy az állam többségi tulajdonosként a magántulajdonoshoz hasonlóan viselkedik. (Az állam, főként konvergencia program idején elsősorban abban érdekelt, hogy a pénztárak ne legyenek veszteségesek, ezért a modell alapján az állam képviselői minden olyan intézkedést megszavaztak volna, amely költségcsökkentést eredményez. Az elfogadott konstrukcióban egyébként sem az állam kapta volna a menedzsmentjogok gyakorlása szempontjából fontos vezérigazgatói pozíciót, így a napi ügyekre való rálátás lehetősége az állam képviselői számára eleve korlátozott volt.)
- A szolgáltatási csomag tartalmára vonatkozó törvényi köztöltés jónéhány esetben jelent védelmet az állampolgárok számára, emiatt a közfinanszírozásban résztvevő magánszervezetek számára, a csomag értelmezésén túl, az egyik legfontosabb stratégiai feladat, hogy törvényhozói szinten indítványozzák a csomag tartalmának szűkítését. Nehéz olyan szervezeti felállást kidolgozni, amelyben a magánfinanszírozó ne gyakorolhatna eredményesen nyomást a döntést hozókra a szolgáltatáscsomag szűkítése érdekében. (Az elfogadott konstrukcióban a Díjtétel Bizottság a biztosítási csomag tartalmát állandó jelleggel felül írhatta volna. Az állam képviselői ugyan többségben lettek volna a bizottságban (3:2), de az egészségügyet képviselő delegált a másik négy taggal szemben egyedül maradt. Az államháztartást felügyelő minisztérium delegáltja értelem szerűen nem a betegek érdekeit képviselte volna, hanem a költségvetését, ahogyan ezt tette minden alkalommal a Pénzügyminisztérium az elmúlt másfél évtizedben is.)

- A fejkvóta alapú finanszírozás kötött, rövid távon nehezen módosítható bevételekhez juttat minden finanszírozó szervezetet, így a pénztárakat is. Ez jó, mondhatják a liberálisok, legalább „keményedik” a költségvetési korlát a rendszerben. Azonban végiggondolva az ezért cserébe fizetendő tételeket, belátható, hogy az ár magas. Egyrészt a finanszírozó szervezetek büdzséjéből félre kell rakni működési kiadásokra (a modellben ez max. 3,5% volt), osztalékra (a modellben max. 2%), különböző célú tartalékokra, marketing tevékenységre és csak az ezek után fennmaradó hányad mehet egészségügyi szolgáltatások finanszírozására. Másrészt a szolgáltatói oldalon is jelentős többletkiadások merülnek fel a több-pénztáros modellben, mivel a pénztárakkal való szerződéskötés, és a különböző jelentési kötelezettségek következtében sok többletfeladat jelentkezik. Ha összeszámoljuk, a bevételek több mint 15%-a biztosan nem egészségügyi szolgáltatások finanszírozására fordítódik ilyen típusú rendszerekben.
- Közismert, hogy az egészségügyi kiadások nagymértékben koncentrálnak. Nemcsak a tekintetben, hogy néhány beteg kiemelkedően magas költséget generál a rendszerben, hanem amiatt is, hogy a betegeknek évről évre ugyanaz a 10%-a viszi el a kiadások 60%-át; vagy egy másik összesítésben, a 20% viszi el a kiadások 80%-át [26]. Amikor a finanszírozói szervezetek, így a magánbiztosítók a közfinanszírozási rendszerbe lépnek, azzal szembesülnek, hogy a kormányok olyan feladatokat bízhatnak rájuk, amelyeket eddig ezek a szervezetek sohasem végeztek. Továbbmenve, legtöbbször olyan problémákat kellene megoldaniuk, amelyeket más felállásban még senki nem tudott kezelni. Kész klisék általában nem állnak rendelkezésükre, meglévő know-how-jukhoz nem tudnak nyúlni. Szakembereket e feladat elvégzésére csak nagy nehézséggel találhatnak a piacon, mivel meglehetősen bonyolult, szofisztikált tevékenységről van szó. Ráadásul az ellátásszervezési tevékenység az első időben, ahelyett, hogy költségcsökkentést eredményezne, éppen a prevenció tevékenység bővülése révén, gyakran kiadásnövekedéssel jár együtt. Ehhez képest e szervezetek tisztában vannak azzal, hogy a betegek korlátozása az ellátáshoz való hozzáféréseben, kivált a nagy költségigényű betegeké, gyors megtakarítást eredményezhet a számukra. A profittermelés kényszere a pénztárak, magánbiztosítók menedzsmentjét ebbe az irányba viszi. Nemzetközi tapasztalatok egyértelműen alátámasztják ezeket az aggodalmakat; még a mindig óvatosan fogalmazó OECD is jelez ilyen típusú gondokat [27, 28, 29, 30]. (A modell a Biztosításfelügyelet kontrolljára épített ellensúlyként, e hatóság jelenléte azonban rendkívül szerény beavatkozásra adott volna lehetőséget. Miután a több-pénztáros rendszerben elsősorban azok cserélnek pénztárat, akik elégedetlenek a leszűkülő hozzáféréssel, azaz a súlyos betegek, ez a folyamat nálunk is betegszelekciót eredményezett volna.)
- A betegszelekcióra ösztönzést, a kimazsolázást alapvetően a nem kielégítően működő fejkvóta rendszer generálja. A korrigált fejkvóta alapú forráselosztás az inhomogenitásból fakadó kockázatok mindössze 30%-át képes lefedni. A posztkorrektív kockázati szelekció csak a tényleges kiadások figyelembevételével küszöbölhető ki [31]. (Erre tett kísérletet a kétkomponensű fejkvóta rendszer.) A szelekció elleni eredményes védelem nehezen megoldható, és rendkívül költséges mindenütt világon [32, 33].
- A területi egyenlőtlenségekkel kapcsolatosan könnyen belátható, hogy illúzióban ringatták magukat a liberálisok, amikor feltételezték, hogy a pénztárak véghez viszik azt, ami eddig kormányoknak nem sikerült, azaz egyenletesebbé válik a szolgáltatásokhoz való hozzáférés. A pénztárak számára a térségi különbségek csökkentésének egyedül vállalható útját egy-egy térség elérhető szolgáltatói kapacitásainak bővítése jelentette volna, ami azonban kiadásnövekedéssel jár együtt, így nem vállalható stratégia a menedzsment számára. (A már befogadott kapacitások finanszírozásának teljes körű átcsoportosítása, adott esetben szolgáltatói finanszírozások elhagyása nagy ellenállást váltott volna ki egy-egy térség lakói körében.)
A modell működésének kormányzat részéről felvázolt alaplogikája roppant egyszerű volt: a finanszírozói oldal versenye válogatást gerjeszt a szolgáltatói oldalon, amely minőségi ellátás nyújtásában teszi érdekeltté a szolgáltatókat. Nos, ez az összefüggés sem Európában, sem Amerikában egyelőre nem igazolódott [27, 28, 32, 33, 34, 35]. Az egész konstrukció alaplogikája hibás feltételezésen alapult.
A verseny nem javítja bizonyíthatóan a minőséget. A profitérdek megjelenése miatt „perverz” ösztönzők működnek, amelynek káros hatását az államot képviselő szereplők nem tudják érdemben ellensúlyozni. A krónikus betegek rosszabb helyzetbe kerülnek az ilyen típusú rendszerekben, mivel sehol sem szívesen látottak, a finanszírozói oldalon megjelenő profitmotívum a szabályozatlanságból fakadó kedvezőtlen hatásokat felerősíti.
Az elfogadott modell Magyarországon gyengítette volna a szolidaritási elvet abból fakadóan, hogy az ellátások hozzáférhetőségében és minőségében ma meglévő, véletlenszerűen előforduló hibákat (nem tudjuk megmondani, mikor kapunk adekvát szolgáltatást) az új rendszer szisztematikus hibákká alakította volna át (miután nincs meghatározva a biztosítási csomag, pénztáranként eltérő, egyedi szabályozások alakulhatnak ki a hozzáféréseben, a gyógyítási eljárások finanszírozásában). A nemzeti kockázatközösség az Egészségbiztosítási Alap fragmentálódása után értelemszerűen felbomlott volna, amit a fejkvóta típusú finanszírozás nem képes megfelelően kezelni. A törvényben felvonultatott garanciális elemek elégtelenek voltak, az állam eddig is gyenge kontrollt gyakorló szereplőnek bizonyult a profitorientált szolgáltatóval szemben, s ez a helyzet csak rosszabbá vált volna a finanszírozói oldalon belépő új, profitorientált, tőkeerős szereplők esetében.

Az elutasított, elvetett modell alapvető működési mechanizmusait tekintve még mindig ugyanaz a több-biztosítós modell lett volna, mint amiről Molnár Lajos volt egészségügyi miniszter 2006-ban beszélt, s amit akkor még élesen és egyértelműen elutasított a szocialista képviselő csoport [36].

Kiinduló kérdésünkre válaszolva, azaz mit tudott volna korrigálni az új modell az egészségügyi rendszerben meglévő hiányosságokon, azt mondhatjuk:

- a fragmentálódott érdekek mentén működő ellátó struktúra, kevesebb ággal ugyan, de változatlan formában fennmaradt volna, így érdemi változás – lényegi korrekció híján – nem következett volna be;
- az üzleti alapú modellek allokációs hatékonysága rossz, a szereplőket ugyanis a profitmaximalizálás motiválja, és nem az, hogy a rendelkezésre álló összegből minél több beteget lássanak el adekvát módon, ezért javulás – mint ahogyan arra, más kontextusban Mihályi is rámutatott „A Biztosítási piac megnyitása” című anyagában – nem volt várható e téren;
- a betegek kiszolgáltatottsága nem csökken azáltal, hogy pénztárat választhatnak, ehhez képest az új rendszerben arra lehetett számítani, hogy kiszolgáltatottságuk tovább növekszik a profitérdekből fakadó hozzáférési korlátozások következtében.

Az egyenleg másik oldalán, pozitívumként került a kősárba, hogy

- a szereplők között a mai napig érvényesülő feudális viszonyrendszer felszámolását felgyorsította volna a modell,
- a technológia fejlesztés, innováció azon elemei, amelyek pénzügyi megtakarítást eredményeznek az ellátásban, hamarabb bekerültek volna a rendszerbe, ezáltal néhány megbetegedés kezelése korszerűbbé vált volna,
- az ellátás folyamatában a modell a pénzügyi kontrollt szintén megerősítette volna, ez utóbbinak azonban a betegek ellátásában nem lett volna pozitív szakmai hozadéka.

MIÉRT BUKOTT EL A TÖRVÉNY?

- A társadalom tagjai elutasították azt a fajta értékorientációt, amit a törvény képviselt, azaz az öngondoskodás modelljét. Márpedig ilyen súlyú átalakítás esetében a társadalom bizonyos fokú egyetértése, támogatása, azonosulása elengedhetetlen. (Ekkora mértékű elutasítás mellett várható volt, hogy valamin egyszer csak elbukik a törvény, illetőleg még a javaslat. Ez a valami egyszerű véletlen is lehetett volna. Végül nem az lett, bár nem sokan jósolták volna meg előre, hogy így fog végződni a történet.)
- Az MSZP szerepét valamelyest újra kell értékelni, mivel úgy tűnik, hogy az általuk választott harcmódor, a „föld-

harc”, az apró ellenállások technikája hozott érdemi eredményt a konyhára, hiszen képes volt arra, hogy folyamatosan elbizonytalanítsa a befektetőket.

- Az SZDSZ által választott stratégia kezdetben eredményesnek tűnt, csak később derült ki róla, hogy nagyon sebezhető. Elutasító, párbeszédet nem folytató magatartásuk megkönnyítette a velük szembenállók összefogását. A vitákban nem érveltek jól, meggyőző erejük kevésnek bizonyult.
- Szakértők, társadalmi szervezetek vállukat egymásnak vetve „harcoltak”, rég nem látott egyetértés bontakozódott ki az aktivizálódott társadalmi szereplők között. Azt persze már most lehet tudni, hogy közel sem lesz ekkora egység abban, mit érdemes az egészségüggyel ezután kezdeni. Mert jelen állapotában nem maradhat.
- A média érdeklődése, az „ügy” állandó napirenden tartása szintén megkönnyítette a javaslat ellen harcolók helyzetét.
- A 2007. januári társadalombiztosítási konferencia több szempontból fordulópontot jelentett a történet alakulásában, mivel megerősítette a szocialistákat, elbizonytalanította a miniszterelnököt és felkeltette a média érdeklődését a téma iránt.

ZÁRSZÓ

Elmondható, hogy nem sok országban fordult elő ilyen súlyú változás ennyire rövid idő alatt. Ez a megállapítás akkor is helytálló, ha az EBP törvényt 2008 júniusában visszavonták. Minden szereplő, minden szolgáltató kénytelen ugyanis az egészségügyi rendszerben saját helyzetét újraértékelni, a kihívásokra új válaszokat adni. Az, hogy ez megtörténhetett hazánkban, alapvetően két sajátos helyzetben lévő kulcsszereplőre vezethető vissza: a miniszterelnökre és a ciklus első egészségügyi miniszterére. Gyurcsány mint kormányfő mozgástere leszűkült, helyzete már a ciklus elején instabillá vált, s ez a koalíciós szerződés minden áron való fenntartásában tette érdekeltté. Molnár a piac mindenhatóságába vetett hite révén az SZDSZ stratégiájába illeszkedő magatartást tanúsított, így a megvalósításhoz szükséges politikai erő mögöttes felállhatott.

Ami a modellválasztást illeti: evidenciák nélküli választás, egy alaposan végig nem gondolt elképzelés végletekig fokozása, amely politikai csapdahelyzetek révén csupán ideiglenesen valósulhatott meg. A szociális biztonság ésszerű határok közötti fenntartása mindmáig közösségi feladat, legalábbis Európában. Ezen a határon készültünk a törvénynyel átlépni. Szerencsére, nem tettük. De nincs okunk az ünneplésre: biztonságos, hatékony egészségügyi rendszert kell az elemeire szétesett szolgáltatóhálózatból összerakni. Súlyos veszteségek érték az elmúlt esztendőkből a betegeket, mindannyiunkat. Van mit pótolnunk.

IRODALOMJEGYZÉK

- [17] „Melyik egészségbiztosítói modell képes jobb terápiát nyújtani a magyar egészségügy fő problémáira?” prezentáció, 2007. május, Lovasberényi találkozó, www.nol.hu
- [18] „Lehetséges modellek az egészségbiztosítás reformjára a társadalombiztosítás keretein belül” az Orosz Éva vezette Egészségbiztosítási Munkacsoport szakértői anyaga a MEH részére, 2007. június.
- [19] „A Titanic süllyedt el – az egészségügyi miniszter távozása”, Magyar Narancs 2007. április 12.
- [20] „A mostani modell elvezethet odáig, amit a liberálisok kezdettől javasolnak, tehát hogy tisztán magántulajdonú biztosítók működjenek.” Interjú Horváth Ágnes miniszterrel, Beszélő, 2007. november
- [21] A Korányi András Alapítvány törvényjavaslata a társadalmi egészségbiztosítás ellátásairól, 2007. november
- [22] Mihályi, P.: Az egybiztosítós alternatíva, Hírszerző, 2007. november 24.
- [23] Németh, Gy.: A kormányzati javaslat alternatívája, Magyar Nemzet, 2007. december 3.
- [24] „Az egészségbiztosítási rendszer átalakítása: az új egészségpénztári rendszer”, részletes jogalkotási koncepció, Egészségügyi Minisztérium, 2007.
- [25] A Magyar Köztársaság Elnökének levele Szili Katalin Elnök Asszony részére, 2007. december 27. www.parlament.hu
- [26] Boncz Imre is feltárta ezt munkatársaival az OEP-ben, 2005-ös adatok vizsgálatával. Lásd erről: Boncz I, Santha K, Szaszko D, Dozsa C, Sebestyen A.: Calculation of Lorenz concentration curves and Gini coefficient of health expenditures in Hungary, Value Health, 2006, 9(3):A150-A151.
- [27] Kuttner, R.: Market-Based Failure – Second Opinion On US Health care, The New England Journal of Medicine, February 7 2008
- [28] Porter, M.E. – Teisberg, E.O.: Redefining Health Care – Creating Value-Based Competition on Result, Harvard Business School Press, 2006
- [29] Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems, 2004
- [30] Bartholomé and Maarse, EuroHealth, 2006
- [31] Gaál, P.: Egészségbiztosítási reform: innováció vagy ócsítás, Orvostovábbképző Szemle, 2008. január
- [32] Van de Ven, W., et al: Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries; Health Policy, 65 2003,
- [33] Gress, S.: Competition in Social Health Insurance: A Three-Country Comparison. Diskussionsbeiträge aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Universität Duisburg-Essen Campus Essen Nr. 135 Juli 2004.
- [34] Robinson, J. C.: Managed Consumerism In Health Care, Health Affairs, November/December 2005.
- [35] Enthoven, A.- Tollen, E.: Competition In Health Care: It Takes Systems To Pursue Quality And Efficiency, Health Affairs, 11 Sep 2005.
- [36] Csak egy rövid reflexió arra vonatkozóan, volt-e értelme az „egybiztosító több pénztáros” kontra „több-biztosító modell” vitának. A szocialisták elemi érdeke volt azt valahányra, hogy ez már nem több-biztosító modell, más különben nem tudták volna saját szavazóbázisuknak megmagyarázni, miért szavazták meg a törvényt. Egyébként ezek a finanszírozó szervezetek sem Molnár Lajos idejében, sem később nem lettek volna valódi biztosítók, de ez rajtunk mit sem segít.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Sinkó Eszter, közgazdász, egészségpolitikus. Az egészségügy központi irányításában makrogazdasági tervezéssel foglalkozott, majd az egészségügyi reform első hullámakor az akkori Szociális és Egészségügyi Minisztérium Reformtitkárságának munkatársaként az egészségügyi intézményrendszer irányításának, finanszírozásának átalakítása volt a szakterülete. Az Egészségbiztosítási Ön-

kormányzat választott tagja volt az önkormányzat működésének teljes időtartama alatt. A Sedgwick Noble Lowndes multinacionális cég Magyarországon működő képviselőjének egyik vezetőjeként dolgozott. A cég az egészségügy és nyugdíj területén kormányzati tanácsadással foglalkozott. Jelenleg a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának egyik vezető oktatója, kutatója. Fő érdeklődési területe az egészségügy működésének egészségpolitikai értékelése.