

Az egészségügy 2008-ban: bukott reformkísérlet után I.

Dr. Sinkó Eszter, Semmelweis Egyetem Menedzserképző Központ

Az alábbi összefoglaló cikk a Magyarország Politikai Évkönyve 2008. évi kötetében megjelent tanulmány szerkesztett változata, az egészségpolitika meghatározó elmúlt évi történéseit mutatja be. A reformdefiníciók megadása után a szerző a számok tükrében tárgyalja az egyes kormánypártok tevékenységének kudarcait csakúgy, mint a sikeres lépéseket, kiemelve a kórházi napi-díj és a vizitdíj, illetve az egészségbiztosítási rendszer átalakítása körüli viták összefonódását. Értékeli a népszavazás eredményét, politikai következményeit, a szocialisták tárcaátvétele után bekövetkezett stratégiai irányváltást, a jelen kormány mozgásterét, korlátozó tényezőit. Konklúzióként azt fogalmazza meg, hogy fenntartható ellátórendszert továbbra sem sikerült kialakítani. A cikk II. részét Tisztelt Olvasóink lapunk következő számában olvashatják

This summarizing article originates from the 2008 edition of Hungary's Political Yearbook and analyses the main steps of the Hungarian health policy in 2008. The author describes the definition of the reforms, evaluates the failures and successes of the governing parties, giving special emphasis to the relationship of copayment issues and the defeat of the reform of the health insurance system. The article evaluates the results and the consequences of the referendum about the copayment, as well as the changes in the strategies after the socialists took over the guidance of the Ministry of Health from the liberals. As a conclusion the author stresses that not much has been done for a sustainable health care system.

BEVEZETÉS

A parlament 2008. február 11-én, némi módosítások után másodsorra is elfogadta az egészségbiztosítási rendszer átalakítására az „Egészségbiztosítási pénztárakról” szóló törvényt, amely a több-biztosítós modell eddig nem ismert változatát honosította volna meg Magyarországon. Ekkor még jó okkal feltételeztük, hogy ez a történet vége, de nem így alakult. Alig egy hónapon belül a törvény „sorsa” drámai fordulatot vett és a korábbival teljesen ellentétesen zárult. Mindazok, akik a törvény elfogadása, később hatályba lépése ellen küzdöttek, akár „happy end”-ként is értelmezhetnék e fordulatot, ha időközben nem kerül padlóra a magyar egészségügy – a szolgáltatások kiszámíthatóságát,

minőségét, s a benne dolgozók magatartását illetően mindenképpen. Tekinthejtük ezt a Molnár Lajos-i éra örökségének is. A mára kialakult szorongató helyzet azonban nem csak neki, és az általa levezényelt reformtörvényeknek köszönhető.

Ami a biztosítási rendszer átalakítását illeti: tulajdonképpen sejteni lehetett (az ellenzők oldaláról nézve: bizakodni lehetett benne), hogy a szabad demokraták által erőltetett több-biztosítós modell egyszercsak valamin elbukik, miután a javaslat annyira kívül rekedt/maradt a társadalmon; azt azonban nem lehetett tudni, hogy hol, mikor, milyen formában következik ez be. Közvetlenül, és végérvényesen a 2008. március 9-i népszavazás pecsételte meg a biztosítói reform sorsát. Akkor bukott el, amikor a vizitdíjról, kórházi napidíjról valamint a tandíjról szavazott az ország. Még csak nem is a több-biztosítóról szóló népszavazáson. Tanulságos történet. Elemzésre méltó.

Éppen ezért egy év távlatából visszatekintünk az eseményekre, hogy a bukás lehetséges okait feltárhassuk. Emellett talán az sem haszontalan, ha közben egy pillantást vesszünk az egészségügyi rendszer jelenlegi állapotára.

REFORMÉRTÉLMÉZÉSEK

Emlékeztetőül összefoglaljuk röviden, miért is vágott bele a 2006-os választási győzelmet megszerző MSZP-SZDSZ koalíció kisebb pártja az egészségügyi és az egészségbiztosítási rendszer átalakításába. (Tavalyi elemzésünkben részletesen bemutattuk a szabad demokrata elképzeléseket [12, 13]).

Az egészségügyi tárca akkori álláspontja szerint a rendszer elérte működőképességének határát, mivel (nemzetközi összehasonlítás alapján) egyáltalán nem kevés pénzből orvosszakmai szempontból csupán szerény eredményt képes felmutatni az ellátások nyújtása során. Az egészségügyben uralkodó viszonyokat feudálisnak, a gyógyítás eredményességét elfogadhatatlannak, a betegek ellátásban elfoglalt helyét tarthatatlannak minősítették. Meggyőződésüké vált, hogy az állampolgárok még mindig a szocializmusban elsajátított értékrend alapján tekintenek az egészségügyi szolgáltatásokra és számtalan alkalommal feleslegesen veszik igénybe azt. Ez idő tájt kormányzati körökben gyakran hangoztatták, hogy nem csak „az ebéd nincs ingyen”, de az egészségügyi szolgáltatás sem.

Az egy egészségbiztosítási alapról történő közfinanszírozás hazai rendszerét kormányzati kudarcként értelmez-

ték, amely működésének inszufficienciájával bizonyította, hogy az 1988-ban választott megoldás nem alkalmas a betegek differenciáltabb igényeinek kielégítésére, ráadásul a folyamatosan szűkösnek bizonyuló források miatt a mindenkori kormányra túlzott felelősséget hárít, amely így állandóan defenzív szerepbe kényszerül.

A szabad demokraták úgy vélték, a piac a verseny intenzív közreműködésével segít e problémák kezelésében, mivel a betegből vevőt/vásárlót farag, az orvosból korszerűen működő szolgáltató intézmény munkatársát, aki a beteget partnerként kezeli, a gyógyítás eredményessége, minősége pedig javul azáltal, hogy a biztosítási alapok a szolgáltatókat versenyeztetik.

A szocialista párt e kérdésben megnyilvánuló szakértői nem a piac feltétlen hívei közül kerültek ki, ezért az SZDSZ-től eltérően látták az egészségügyi rendszer előtt álló, megoldásra váró feladatokat és választott gyógymódjuk is alapvetően eltért a szabad demokrata javaslatoktól. Szerintük a „21 lépés programja”, amely 2005 tavaszán a kormányprogram részeként került elfogadásra, megfelelően kezelte a legakutabb problémákat, ezért – úgy találták – a kormány-nak 2006 őszén ezt a programot kellett volna tovább vinnie [1]. A „21 lépés” fő programjai között egyébként a szabad demokratákéhoz hasonló elképzelések is szerepeltek, így megfogalmazódtak tervek a „valódi” biztosítás alapjainak lerakására is, csak éppen azok más logikán alapultak, mint az SZDSZ elképzelései. E keretek között a biztosítási csomag pontos meghatározása, valamint a potyautasok kiszűrése – az egyéni járulék-nyilvántartás bevezetésének segítségével – jelentették az alapokat. A baloldali értékek megjelenítését szolgálta az a terv, amely – kiegészítve a biztosítási jogviszonyt tisztázó intézkedéseket – a jogosultsággal nem rendelkező állampolgárok sürgősségi ellátásának a megteremtését célozta.

Ezen túlmenően a 21 lépés foglalkozott még:

- az ellátáshoz való hozzáférés javításával (15 percen belüli mentő, új légimentés bázisok, SBO, szakmai követelményrendszer meghatározása);
- a daganatos betegek ellátásának szervezettebbé válásával (centrumok kijelölése, betegutak meghatározása);
- minőségi betegellátás paramétereinek kiépítésével (akkreditált intézményrendszer kialakítása, szakmai protokollok kidolgozása);
- a háziorvosi ellátás és a szakellátás korszerűsítésével (kasszaösszenyitás, háziorvosi praxisközösségek);
- a gyógyszerfogyasztás keretek közé szorításával (generikus készítmények arányának növelése a gyógyszerfogyasztáson belül, gyógyszerpromóció akadályozása).

A szocialisták egyébként mindig elfogadták, támogatták a magánvállalkozások és a magántulajdon jelenlétét a szolgáltató szektorban, ellenben soha nem tartották célravezetőnek a magánbiztosítók bevonását a közfinanszírozói szervezetek közé.

A 21 lépés programja alapján látszik, hogy a szocialista párt javaslatai több ponton csatlakoztak a 2006 őszén elfo-

gadott törvények valamelyikéhez. Ezen túlmenően az is kiderül, hogy rendszerszemléletüket sokkal inkább a mozaik-szerű, egy-egy részrelemre figyelő, azon belül egyébként helyes irányba mozduló építkezés jellemzi, semmint a rendszer működési mechanizmusa helyes bekalibrálásának, a szereplők érdekeltsége megváltoztatásának vágya hatja át, míg a szabad demokraták – minden hibájuk ellenére – kalkuláltak ezek fontosságával.

Mi tekinthető reformnak illetve reform értékű lépésnek az egészségügyben?

Gyakran használjuk ezt a fogalmat változtatási szándék(ok) leírására, de nem tudjuk pontosan, mit is értsünk alatta. Az egészségügyre vonatkozóan megpróbálom egyfajta értelmezését adni e fogalomnak annak érdekében, hogy a jövőben kevésbé üresítsük ki, ritkábban használjuk el feleslegesen mindenfajta beavatkozás leírására.

Reformról az egészségügyben akkor érdemes beszélni, amikor az egészségügyi rendszer működési mechanizmusát érintő változás(oka)t kísérelünk meg elérni. Ezek után már „csak” azt kell megfejtenünk, mit értünk a „működési mechanizmus” fogalmán. Mint minden, valamennyire intézményesült keretek között működő, önállósult társadalmi alrendszer, az egészségügy is rendelkezik a rendszer szintjén értelmezhető, annak fenntartását segítő funkciókkal. E funkciók különböző szereplők által ellátottak, akik részére a kínálózó mozgásteret szabályok körvonalazzák, szerencsés esetben egyértelmű módon. (Ezt a típusú leírást a szociológia a funkcionális analízis módszertanával azonosítja. Bővebben lásd R. K. Merton: Társadalomelmélet és társadalomstruktúra, vagy akár E. Durkheim: A társadalmi tények magyarázatához című műveket). Ebben a mozgásterben formálódik nap mint nap a szereplők egymáshoz fűződő kapcsolat-, és viszonyrendszere. A szereplők viselkedését, magatartását alapvetően funkcióik, adott esetben közfeladataik, valamint a többi szereplőhöz való viszonyuk, és az ebből fakadó érdekeltség determinálja. Amikor a működési mechanizmust érintő változásról értekezünk, a szereplők viselkedését, magatartását alapvetően átíró változásokat értünk elsősorban alatta.

A 2006-2008 közötti időszak elemzésekor felmerülhet a kérdés, vajon a szabad demokraták több-biztosítós javaslata tekinthető-e reform erejű lépésnek vagy sem. Álláspontom szerint igen, tekinthető, mivel a rendszer működési mechanizmusába kívánt beavatkozni annak érdekében, hogy az egészségügy hagyományos szereplői között (állam, orvos, beteg, szolgáltatók) meglévő kapcsolatrendszert és érdekeltségeket újrajrja. Újrajrja azáltal, hogy új szereplőt hoz be a rendszer keretei közé, a profitorientált magánbiztosítót, aminek következtében a korábbi feladatmegosztás és forrásallokáció alapvetően megváltozik. Új ösztönzők lépnek be, amelyek új hatásokat váltanak ki, az egész folyamat végén pedig a korábbitól teljesen eltérő viselkedés- és magatartásformák intézményesültek volna a rendszerben.

Azzal, hogy a szabad demokrata javaslatot reformértékű vagy reformerejű javaslatnak minősítjük, álláspontunk még

nem lesz kedvezőbb a tavalyi megállapításainknál. Most se lehet mást írni az akkori javaslatra, mint hogy „a modell gyengíti 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 alakítja át (miután nincs meghatározva a biztosítási csomag, pénztáranként eltérő, egyedi szabályozások alakulhatnak ki a hozzáférésben, a gyógyítási eljárások finanszírozásában).” Ezen túlmenően: „A törvényben felvonultatott garanciális elemek elégtelenek, az állam gyenge kontrollt gyakorló szereplőnek bizonyult eddig a profitorientált szolgáltatóval szemben, s ez a helyzet csak rosszabbá válhat a finanszírozói oldalon belépő új, profitorientált, tökeerős szereplők esetében.” [2].

A BUKÁSHOZ VEZETŐ ÚT

Az MSZP szerepe

Az MSZP az első pillanattól kezdve ellenezte az SZDSZ átalakítási javaslatát, és próbálta pártelnökét, az ország miniszterelnökét meggyőzni a javaslat elfogadhatatlanságáról. Gyurcsány Ferenc kétarcúnak mutatkozott a kérdésben. Amikor saját párttársaival beszélgetett, a több-biztosítós modell ellen szólalt fel; amikor a szabad demokraták körében időzött, hitet tett a biztosítói reform SZDSZ-es változata mellett. Nyílt színi konfrontációt ritkán vállalt fel. A ritka esetek egyikéről korábbi cikkünkben már írtunk („tessék otthon hisztizni”, javasolta Schvarcz Tibornak 2007 őszén), a másik a koalíciós válság közvetlen kirobbantójává vált és az SZDSZ koalícióból való kilépéséhez vezetett.

Ez utóbbi történésre még visszatérünk, előtte azonban időzzünk el Mihályi Péter egyik írásánál, amely azt a kérdést feszegeti, volt-e előzetes, ún. B terve a szocialistáknak a szabad demokraták javaslatával szemben [3]. (Ha valakinek nincs kedve elolvasni a cikket, azok számára elárulom a megfejtést: volt, ám ezt gondosan titkolták.) Nem világos, hogy az SZDSZ szakértője miért tulajdonít bárminemű jelentőséget e kérdésnek, mivel a nagyobbik koalíciós párt soha nem tartotta titokban, hogy a szabad demokrata javaslat ellen van. Ebbéli álláspontjuk számtalan esetben került nyilvánosságra, mind a kormányprogram megalkotásakor, mind szakmai rendezvényeken, konferenciákon, ahol felszólalásaikban illetve előadásaikban nyomatékosan tiltakoztak a több-biztosítós modell ellen. Meglátásom szerint koncepciózus, ún. B-tervük, abban az értelemben, ahogyan arról Mihályi a cikkében megemlékezik, nem volt; a regionális biztosítók 2009-ben bevezetett modellje sem állt még 2007-ben kész koncepcióként rendelkezésükre (igazából később sem), csupán erőtlen kívánságként emlegették több mint tíz esztendőn keresztül minden alkalommal, amikor a változtatás lehetősége valamilyen formában felmerült az Országos Egészségbiztosítási Pénztár vonatkozásában.

A nagyobbik koalíciós párt harcmódora mindvégig egyedi sajátosságokat hordozott, kívülről sokszor tűnt erőtlen-

nek, végül mégsem tekinthetjük választott eszközrendszerüket eredménytelennek. A szocialistáknak abban a közegben csupán egy lehetőségük volt, lassítani a szabad demokrata javaslat előrehaladását, késleltetni minden áron. 2008 márciusáig mindazok, akik a javasolt modellt (a párton kívül) ellenezték, azt hihették, ez a taktika nem elég erőteljes, később kiderült, a bukásban a választott harcmódornak meghatározó szerepe volt.

Az SZDSZ szerepe

A SZDSZ által delegált minisztériumi vezetők sokat tettek azért, hogy modelljavaslatuk ne találjon „értő” fülekre a társadalom tagjainál. Senkivel nem tárgyaltak érdemben, senkit nem vontak be a koncepció részleteinek kidolgozásába, egyszerű puccsal akartak túlesni az el/befogadási folyamaton, feltételezve, hogy a társadalom lerohanása eredményes stratégia lehet. Tévedtek.

Arroganciájuk a javaslat ellen küzdőket segítette. Valamilyen okkal mindenkit magukra haragítottak. Ráadásul érvrendszerük sem volt kikezdzhetetlen, olyannyira, hogy a média néhány szereplője, kicsit kikupálódva a szakmai viták alatt, az idő előrehaladtával már rajtuk gyakorlatozott. Híres eset volt a „Szólás szabadsága” című műsor egyik adása (2007. június), amikor Baló György Horváth Ágnesnek feltevette a kérdést, nem akar-e miniszterként bocsánatot kérni a tévénezők előtt az orvostársadalomtól, amiért jogtalanul támadta őket egy tévesen értelmezett diagnózis-eltérésért. (Horváth egy tanulmányra hivatkozva állította, hogy az elhunyt betegek majdnem negyedénél a terápiás diagnózis és a boncolási diagnózis eltért egymástól.) A miniszter asszony nem akart bocsánatot kérni.

A szabad demokraták nézőpontjából hibás helyzetfelismerésnek bizonyult, amikor feltételezték, Gyurcsány Ferruccel a hátuk mögött elég erősek ahhoz, hogy ne kelljen partnerre, szövetségesre találniuk az egészségügyben (sem). Ezt a hibát 2004-ben Radnai György is elkövette, aki az Irányított Betegellátási Rendszert (IBR) szerette volna „meghekkelni”, partnerek nélkül, erőből. Neki sem sikerült.

A szabad demokraták maguk sem voltak egységesekek a több-biztosítós modell megítélésében, több bírálat hangzott el belső fórumokon a javaslattal szemben. A döntéshozatal módját is többen kifogásolták. „Az SZDSZ figyelmen kívül hagyta, hogy konszolidált társadalmi körülmények között a kisebb jelentőségű szerkezeti változtatásokat is hosszú évek társadalmi és szakmai egyeztetési folyamatai előzik meg, amelyeket a nyugat-európai kontinentális hagyomány szerint a meghatározó gazdasági és szakmai érdekcsoportokkal kötött formális paktumokkal szoktak megerősíteni. Ez nem feltétlenül jelenti az ellenzékét is magában foglaló átfogó politikai konszenzus elérését, de kizárja a legfontosabb társadalmi és szakmai érdekcsoportok intézményesen képviselt álláspontjának ignorálását. Ami az egészségügyi reform esetében 2006 és 2008 között Magyarországon történt, az ennek a nyugat-európai hagyománynak az olykor már-már parodisztikus ellentéte volt.” – vallja egy volt SZDSZ-es szakértő [4].

A szabad demokraták magukat okolhatják a több-biztosítós modellel kapcsolatos kudarcért, mert szakmailag megalapozatlan elképzelést hibás kondíciók mentén, a társadalom többségi álláspontját semmibe véve, erővel akarták megvalósítani. (Nota bene: egy reformelképzelést soha nem lehet könnyen keresztülvinni egyetlen társadalomban sem, mivel a mélyreható reformokkal szemben mindig, mindenhol masszív ellenállás bontakozódik ki. Éppen ezért fejlett demokráciával rendelkező országokban szilárd partnerek nélkül nem mernek komoly reformmozdulatba kezdeni, és csak szakmailag alátámasztott, kiforrott elképzeléssel indulnak a megvalósítás csatájába.)

A média szerepe

Az előző passzusban részben már érintettük ezt a témát. A sajtónak/rádióknak/televízióknak fontos szerepe volt a kormány javaslatainak megbuktatásában, elsősorban azzal, hogy az egészségügy átalakításának minden egyes mozzanatát részletesen dokumentálták. A médiára odafigyelők folyamatosan hallgathattak pro-kontra érveket a vizitdíj bevezetéséről, a kórházak átszervezéséről, láthattak vitákat a több-biztosítós modellek lehetséges következményeiről, s ennek még akkor is volt jelentősége, ha a nézők/hallgatók/olvasók nem mindig tudták eldönteni, hogy a vitapartnerek közül szakmailag kinek megalapozottabb az álláspontja. Az egészségügyi témák állandó napirenden tartása szerepet játszott Molnár Lajos korai távozásában is.

Megvizsgálva azt a kormányzati álláspontot, miszerint a kormány a kommunikáció síkján veszítette el a népszavazást illetve a kormány által elővezetett reformok alacsony társadalmi elfogadottságához elsősorban ez járult volna hozzá, nem jelent mást, mint kísérletet a felelősség elhárítására. A kormány valójában ott és akkor veszítette el a csatát, amikor a politikacsinálás egy személyhez köthető, autoriter módját részesítette előnyben, ami kontroll nélküli kormányzást eredményezett. Néhány esetben szakmailag megalapozottabb elképzelések kivitelezésében is ezért tudott a kormány (fő) jóvátehetetlen hibákat elkövetni.

A 2008. március 9-i népszavazás szerepe

A legnagyobb ellenzéki párt, a Fidesz kezdeményezte népszavazás a vizitdíjról, kórházi napidíjról és a tandíjról, meglepő eredménnyel zárult [5]. A meglepetés okául a választásra jogosultak 50% feletti megjelenési aránya szolgált. Ettől mindenki zavarba jött. Arra ugyanis felkészültek a felek, hogy magas lesz az igenek aránya, de arra nem, hogy több mint 3 milliónyian veszik a fáradságot, és elmennek a kormány intézkedéseiről szavazni. A Fidesz is meglepődött a magas részvétel miatt.

Sokan vitatták és vitatják mind a mai napig, egyáltalán helyes volt-e az Alkotmánybíróságnak a népszavazás kérdéseit jóváhagynia. Akik ezt az álláspontot vallják magukénak, nem veszik figyelembe, hogy nem csupán arról szavaztunk, kelljen-e 300 Ft-ot fizetni az orvosok felkeresésekor, hanem arról is, sőt, elsősorban arról, mi a társadalom preferencia rendszere az egészségügy és az oktatás finanszíro-

zásának alapkérdéseiben, illetve mennyire elfogadható a társadalom számára az öngondoskodás kormány által kínált modellje. A kérdésekkel kapcsolatos állásfoglalás nem az államháztartás vagy valamely közintézmény közfinanszírozásának fenntartásáról vagy annak megszüntetéséről szól, hanem a finanszírozás módjáról.

Ebben a megvilágításban, ebben a kontextusban nagyon is helytálló kérdések születtek, amire a társadalom egyértelmű választ adott.

NÉPSZAVAZÁS UTÁN

Az első reakciók

A szocialistáknak nehezen esett le a „tantusz”, mekkorát is buktak a népszavazással. (Pedig emlékezetes módon Horn Gábor már a szavazás estéjén mindent elkövetett, hogy a miniszterelnök számára egyértelművé tegye a végeredményt, és annak lehetséges következményét.) Eleinte megpróbálták bagatellizálni az eredményt, és arról beszéltek, az emberek az „ingyensört” választották. Két hétig is eltartott, míg a népszavazás eredményét kezdték a maga helyén kezelni, ezalatt politológusok és más elemzők – változó intenzitással – nyom(kod)ták bele a szocialista politikusok orrát abba a kupacba, ami képződött, s amit a népszavazás kellő plasztikussággal megvilágított a számukra.

A Népszabadság – jó dramaturgiai érzékkel – két nappal a szavazás után egészségügyi konferenciát tartott az egészségbiztosítási rendszer átalakításának legújabb lépéseiről. E rendezvényen a pártpolitikusok (Tukacs István, Kökény Mihály) még úgy tettek, mintha semmilyen jelentős esemény nem történt volna; legfeljebb a piac beárazza a megemelkedett politikai kockázatot, hangoztatták a konferencián a magánbiztosítókra és a több-biztosítási modelle utalva.

A kormány 2008. április elsejével megszüntette a vizitdíjat és a kórházi napidíjat, bár arra csak 2009. január 1-től kötelezte a szavazás eredménye. A szolgáltatók közül a háziorvosokat némi huzavona után kárpóolták a kieső jövedelem miatt. (Az ezzel kapcsolatos tárgyalásokat Székely Tamás, a későbbi egészségügyi miniszter – ez idő tájt még OEP főigazgató – vitte végig, mivel Horváth Ágnes akkori miniszter duzzogva megtagadta a kárpótlást az alapellátás orvosaitól.)

Abban a pillanatban, amikor az MSZP a maga teljességében felfogta a népszavazás eredményét, levonta a szükséges következtetést is: nem várták meg az őszi tervezett több-biztosítós modellről szóló népszavazást, miután úgy értékelték, a lakosság nem támogatja őket ebben a kérdésben sem. (Az Albert házaspár emlékezetes kérdése a következő volt a népszavazásra: „Egyetért-e Ön azzal, hogy Magyarországon ne vezessék be a mindenki által kötelezően választandó üzleti alapon működő több biztosítós egészségbiztosítást?”). Májusban hivatalosan is kezdeményezték az „Egészségbiztosítási pénztárakról” szóló 2008. évi I. törvény visszavonását a parlamentben.

A szabad demokraták kishitűséggel és árulással vádolják meg az MSZP-t, majd konstatálva, hogy Gyurcsány Ferenc is kihátrál mögülrük, látványosan kiléptek a koalícióból. Segítette őket ebbéli elhatározásukban a kormányfő 2008. március 29-i beszéde, amelyben a szocialista párt elnökeként, egyeztetés nélkül jelentette be Horváth Ágnes kormányból történő menesztését; tette ezt a szocialisták általános üdvrivalgása közepette. A reformokról a kormányfő így emlékezett meg beszédében: „Nem a reformpolitikával van a baj, hanem a reformablával, a reformkioktatással és a reformgöggel.” „... az egészségügy átalakításának folyamatában, nemcsak annyi volt a bizonytalanság, a káosz, a rendtelenség és helyenként a minőségromlás, mint ami a reformból önmagából következik. Hanem azt gondolom, hogy ennél több is volt.”

Miért bukott el a több-biztosítós törvény?

Összegezve a törvény visszavonásával lezáruló történetet, a leglényegesebb okok, amelyek közrejátszottak a több-biztosítós modell napirendről való levételében:

- A társadalom tagjai elutasították azt a fajta értékorientációt, amit a törvény képviselt, azaz az öngondoskodás felkínált modelljét az egészségügyben. Márpedig ilyen súlyú átalakítás esetében a társadalom bizonyos fokú egyetértése, támogatása, azonosulása elengedhetetlen.
- Ugyan a miniszterelnök kétarcúsága, hatalmon maradási igénye tette lehetővé, hogy a történet egyáltalán eddig eljuthatott, azaz hogy elfogadott törvény szolgálta (vona) a több-biztosítós modell megvalósítását, ennek ellenére a kormányfő döntéseivel maga is hozzájárult, hogy sikertelen maradjon a modell bevezetésének kísérlete.
- Az MSZP szerepét már értékeltük. Úgy tűnik, hogy az általuk választott harcmódor, a „földharc”, az apró, lassító hatást eredményező lépések technikája érdemi haszonnal járt, hiszen képes volt arra, hogy megakadályozza a törvény gyors benyújtását, gyors elfogadását, valamint arra is alkalmas volt, hogy folyamatosan elbizonytalanítsa a befektetőket.
- A magánbiztosítók, látva a szocialisták botladozásait, érzékelve korlátozó hajlamukat, nem érezték biztos politikai háttérrel az átalakulás mögött, ami riasztóvá tette számukra a beszállás körülményeit. Ráadásul a Fidesz is értésükre adta, legalábbis a külvilág felé, hogy nem veszi jó néven tőlük a belépést. A szabályozás változásait nyomon követve egyébként is egyre kevesebben érezték úgy, hogy már az első pillanattól kezdődően jelen kívánnak lenni az új rendszerben. A leszűkült biztosítói érdeklődés nyilvánvalóan az egyik megfontolási szempontot jelentette az MSZP-ek visszavonást eredményező döntésében.
- 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. Egy idő után a sajtó is elpártolt tőlük.

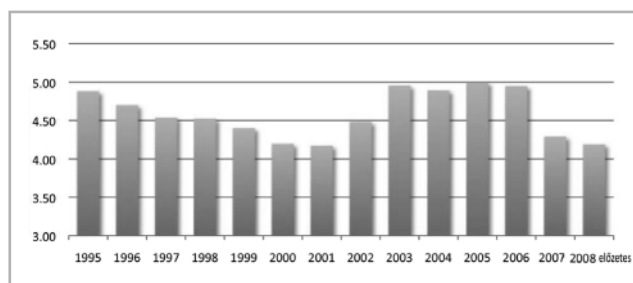
- A Fidesz stratégiáját a „háromigenes” népszavazás kiero- szakolásában sikeresnek tekinthetjük, mivel nem csupán a díjak visszavonását érték el a népszavazással, de a több-biztosítós modellét is. Ráadásul soha nem látott tömegek mentek el, hogy a kormánnyal szemben foglaljanak állást, ami jelentős politikai tőkét hozott a konyhájukra.
- Az Albert házaspár népszavazási kérdése sakkban tartotta az MSZP-t, amely a márciusi nagy bukta után ősszel nem akart újabb politikai pofont kapni. Ez felgyorsította a törvény visszahívásának folyamatát.
- A média érdeklődése, az „ügy” állandó napirenden tartása szintén megkönnyítette a javaslat ellen harcolók helyzetét. A nyilvános viták naprakésszé tették a téma iránt érdeklődőket és állandóan defenzívába kényszerítették a kormányzat tagjait.

AZ SZDSZ-ES MINISZTEREK ÖRÖKSÉGE

Teljes körű elszámolást nyilvánvalóan nem végezhetünk, miután az SZDSZ-es miniszterek távozása óta kevés idő telt el, de a teljeskörűség ellen szól az a felismerés is, hogy az egészségügyben bonyolult hatásmechanizmusok érvényesülnek, s ahhoz, hogy ezeket a hatásokat egymástól el tudjuk választani, meg tudjuk különböztetni, a jelenleginél sokkal több információra lenne szükségünk; emellett mindenképpen hosszabb elemzésre kellene vállalkoznunk, mint amire e helyütt lehetőségünk nyílik.

A háttér: a Konvergencia program

Az SZDSZ-es miniszterek nehéz időszakban kapták meg a tárcát, mivel a kormány 2006-ban, a Konvergencia program keretében a közkiadások csökkentését tűzte ki célul. E cél végrehajtása az egészségügyben járt egyedül sikerrel. A program egyebek között kimondta, hogy az Egészségbiztosítási Alap kiadásait 2006 és 2009 között 0,9 százalékponttal csökkenteni kell.



1. ábra
Az E. Alap természetbeni ellátásokra fordított kiadásainak aránya a GDP%-ában

Az 1. ábra adatai azt mutatják, hogy a kormányzatnak csaknem kétfoldos esztendő alatt sikerült célját teljesítenie – a végrehajtott 0,78 százalékpontnyi csökkentéssel. (A megakarítás kétharmadát a gyógyszerkiadásokon sikerült behozni, egyharmad pedig a kórházakon, szakrendeléseken és háziiorvosi ellátáson való spórolás eredménye.)

A kormány szempontjából az elmúlt évek alatt a teljesítményvolumen korlát (TVK) bevezetése, illetve a TVK befagyasztása bizonyult a leghatásosabb eszköznek a költségek visszafogására. (A TVK-t 2004-ben vezették be, abban az időben még degresszív módon elszámolható teljesítményt rendelve hozzá; ezt a degresszivitást szüntette meg lényegében 2006 nyarán a kormány, az akkori 95%-os szolgáltatói teljesítményeken befagyasztva az OEP által elfogadható keretek felső határát.)

Ennek az eszköznek a betegek illetve a szolgáltatók szempontjából történő használata azonban rendkívül káros, mivel nem szelektív módon vágja vissza az elszámolható teljesítményeket, hanem fűnyíró elven működve, ami azzal a következménnyel jár, hogy a lakosság indokolt egészségügyi ellátás iránti szükségletét/igényét a szolgáltatók nem tudják kielégíteni, egyszerűbben fogalmazva: a betegek ellátás nélkül maradnak.

	2007. tény (Mrd Ft)	2008. előzetes tény (Mrd Ft)	2009. terv (Mrd Ft)
1. Előirányzott gyógyító-megelőző kassza (tervezett vizitdíj, napidíj bevétel)	713,8 (ebből 23,3 tervezett vizitdíj, kórházi napidíj)	741,4 (ebből 17,3 tervezett vizitdíj, kórházi napidíj)	727,6 (ebből 0 díjtétel)
2. Gyógyító-megelőző kassza (ténylegesen beszedett vizitdíjjal, napidíjjal)	703,7 (ebből 13,3 beszedett vizitdíj, napidíj)	735,1 (ebből 11,0 beszedett vizitdíj, kórházi napidíj)	727,6
3. Évközben a szufficit terhére beépült pluszforrások	15,0	22,1 (5,7+13,9 ¹ +2,5)	
4. PM által hivatalosan kimutatott gyógyító-megelőző kassza (2+3)	718,7	757,2	727,6
5. Céltartalék címén bérpolitikai intézkedésekre és 13. havi pótlására fordított ¹	22,6	24,1	(15,8 ²)
6. Gyógyító megelőző célú tényleges kiadás (4+5 együt)	741,3 ²	781,3	(743,4 ³)

¹ Ténylegesen 18 milliárd lett decemberben szétosztva, de ebből 4,1 milliárd a gyógyító-megelőző kassza megtakarításából származott (13,9+4,1=18)

² Eredetileg központi költségvetési forrásból megy, azonban szufficit esetén a PM elvonja ezt az összeget az E. Alap költségvetéséből. 2007-ben és 2008-ban legalábbis ezt tette.

³ Hivatalosan bérpolitikai intézkedésekre félretett, de minden jel szerint elvitte a 2009. évi, 3. költségvetés.

⁴ A Számvevőszék 2007. évre vonatkozó zárszámadásában ennyit ismer el 2007. évi gyógyító-megelőző ellátásokra fordított kiadásként.

⁵ Székely Tamás ezt kommunikálja. Sokáig helytálló adat volt.

1. táblázat

A gyógyító-megelőző kassza 2007-2009 Forrás: PM, OEP valamint a szerző számításai

Az 1. táblázat a gyógyító-megelőző kassza adatait mutatja be az E. Alap költségvetésében három évre vonatkozóan.

A közzétett táblázat bonyolultsága nem feltétlenül a szerző adatértelmezési képességének hiányából ered (bár eredhetne abból is), sokkal inkább abból adódik, hogy a források teljesen áttekinthetetlen módon „jönnek-mennek” az E. Alap költségvetésében, köztük a kórházak, szakrendelők, házi orvosok forrásai is; és ekkor még nem vettük napirendre a gyermekgondozási segély (GYED) körüli finanszírozási bonyodalmakat. Mint köztudomású, a Pénzügyminisztérium egy törvénymódosítás keretében egyszerű „csuklómozdulattal” 2008-ban 40,8 milliárdot kivett az E. Alap költségvetéséből azzal az „ötletével”, hogy csak 50%-ban térítette meg az állam az alap számára a GYED kiadásokat. Az idejében tovább durvul a helyzet e téren, mivel ekkor már a GYED teljes kiadását a járulékbételelekből kell finanszírozni állami ellentételezés nélkül, ami 90 milliárd Ft-os forráskiésést jelent az egészségügyi szolgáltatók finanszírozása szempontjából, nem számolva a gyeden lévők több mint 20 milliárdos nyugdíj járuléki kifizetési kötelezettségét.

Az Állami Számvevőszék egyelőre szó nélkül hagyta ezeket a változtatásokat, holott mára világossá vált: az elmúlt évek alatt a kormány az egészségügyi célú források tervezésének valamint a források elköltésének metódusával kiszámíthatatlan környezetet teremtett az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozott szolgáltatók számára.

A táblázat adatai ezt a megállapítást többféle szempontból is aláhúzzák: 2007-ben és 2008-ban az évközbeni módosítások ugyan jelentősen megemelték a gyógyító-megelőző kassza egyes kereteit, de ez a szolgáltatók számára nem (sokkal) könnyítette meg a mindennapi „életet”, mivel a módosításokkal nem tudtak előre kalkulálni, ezért tervezni sem tudták a jövőt. (Nota bene: Az ilyen szituáció mindig a nagyobb büdzsével rendelkező szolgáltató intézményeknek kedvez.) Az évközbeni emelések pedig az Egészségügyi Minisztérium számára egyedi osztogatásokra adtak lehetőséget, ami következtében a rendszer működésének normativitása tovább romlott.

Az irodalomjegyzék megtalálható a www.imeonline.hu weboldalon, illetve következő lapszámunkban.

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 Önkormányzat választott tagja volt az önkormányzat működésének teljes időtartama alatt. Egyik vezetőjeként dolgozott a Sedgwick Noble Lowndes multinacionális cég Magyarországon működő képviselőtének, amely 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.