

A biztosítási piac megnyitása

(Szakmai vitaanyag)*

2007. január

* Az Egészségügyi Minisztérium felkérésére az anyagot összeállította Prof. Dr. Mihályi Péter, az Államreform Bizottság Egészségügyi Szakmai Munkacsoportjának vezetője. A koncepció kialakítását személyes tanácsaival számos hazai és külföldi szakértő segítette. A végső formába öntéshez Dr. Molnár Lajos miniszter, továbbá Dr. Antal László, Prof. Bauer Tamás, Prof. Bokros Lajos, dr. Csillag István és Prof. dr. Surányi György közgazdászok segítségével is nagyban hozzájárult.

Feladat: „Az egészségügy társadalombiztosítási jellegének megerősítése: a biztosítási elv alapján járó szolgáltatás igénybevételének feltétele a biztosított jogviszony, vagy más erre jogosító és nyilvántartott állapot megléte és az esedékes járulék megfizetése. Ennek hiányában csak alapszintű (mentés, sürgősségi, anya- és csecsemővédelmi, valamint járványügyi) szolgáltatás vehető igénybe” (Konvergencia Program, 37. o.)

Reform vízió

Meg kell teremteni az egészségügyi rendszer pénzügyi fenntarthatóságát rövid, közép és hosszú távon. A beteg szempontjából az ellátó rendszer legyen a mainál sokkal inkább szolgáltatáselvű, az Európai Unió normáihoz illeszkedő. Érezhető mértékben javuljon az orvosi gyógyító-megelőző munka átlagos minősége, szakmai- és költséghatékonysága, továbbá a kórházi betegek komfort érzete. Vissza kell szorítani a hálapénz és a korrupció minden formáját.

TARTALOM

TARTALOM	3
PROBLÉMÁK ÉS KOCKÁZATOK – VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ.....	4
ELŐNYÖK ÉS HÁTRÁNYOK (SWOT ANALÍZIS)	9
I. HELYZETÉRTÉKELÉS	10
<i>A nyugat-európai modellek felett is eljárt az idő</i>	10
<i>Rosszul másoltunk!</i>	11
<i>A mai tb-rendszer a fekete gazdaság bölcsője</i>	14
<i>Járulékfizetés vagy jogviszony?</i>	17
<i>Az OEP működési költségei</i>	20
<i>Hatékonyág és szolidaritás</i>	22
II. LEHETSÉGES MODELL VÁLTOZATOK	24
<i>Kinek mi jár?</i>	25
<i>Már régóta van élet az OEP-en kívül is</i>	31
<i>A kiegészítő biztosítás nem megoldás</i>	32
<i>Egyéb modell változatok</i>	38
III. A BIZTOSÍTÁSI REFORM ALAPELEMEI – LOGIKAI ÁTTEKINTÉS	47
<i>Ami változik, és ami nem</i>	47
<i>A forrásteremtés fő szabályai</i>	49
<i>Tengődők és számkivetettek</i>	52
<i>Miért van szükség üzleti biztosítókra?</i>	54
<i>A háromszintű biztosítás modellje</i>	55
<i>A kockázat kiegyenlítés mechanizmusai</i>	63
<i>Új biztosítók megalakulása</i>	66
<i>Az OEP funkciói az új rendszerben</i>	67
<i>A biztosítók versenye</i>	68
IV. A BIZTOSÍTÁSI REFORM ALAPELEMEI – IDŐBELI ÁTTEKINTÉS	71
FÜGGELÉK.....	74
1. sz. Függelék: <i>Az egészségügyi reform Kornai-féle elvei</i>	74
2. sz. Függelék: <i>Egy eredményes modell kísérlet</i>	75
3. sz. Függelék: <i>Mit nem csinál az OEP, ami egy biztosítótól elvárható lenne?</i>	77
4. sz. Függelék: <i>A túlköltés elleni védővonalak rendszere</i>	79
HIVATKOZÁSOK.....	80

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra: A járulék-bevételek és a kiadások aránya két tb-alapnál.....	16
2. ábra: Az OEP működési költségének alakulása	21

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat: OEP jogviszony – a főbb bizonytalansági tényezők.....	18
2. táblázat: Egészségügyi adminisztratív kiadások az OECD országokban (2003)	20
3. táblázat: Kinek mi jár?	26
4. táblázat: A természetbeni ellátási csomag megoszlása.....	29
5. táblázat: A biztosítási piac megnyitásának egyszerűbb modellje.....	39
6. táblázat: A biztosítási rendszer maradó és változó elemei	47
7. táblázat: Az egészségbiztosítás új modellje	61
8. táblázat: A korrigált fejkvóta rendszer alapsémája.....	65

PROBLÉMÁK ÉS KOCKÁZATOK – VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

Az elmúlt hónapokban az emberek az egészségüggyel kapcsolatban szinte csak megszorításokkal találkoztak. Az olyan lépések is, amelyek új lehetőségek megnyitására irányulnak, megszorításokként jelennek meg a közvéleményben: a mentés és betegszállítás szétválasztásából a tömeges elbocsátás lett a hír, a korszerű, hatékony onkológiai rendszer megteremtése, a látszatellátás elleni fellépés helyett a finanszírozási csökkentésről beszél mindenki. A kórház-centrikus ellátás átszervezésére irányuló, valójában tényleges szakmai konszenzusnak örvendő törvényjavaslat kapcsán a kórházak megszűnését asszociálja a média. Az intézkedések következtében a reform és a megszorítás a közvélemény számára egyet jelent. Ez így nem folytatható. **Akkor tudunk a mentegetőzéssel járó megszorításoktól továbblépni az előremutató reformok irányába, ha haladéktalanul meghozzuk a politikai döntést az egészségbiztosítási rendszer versenyelvű reformjáról.**

A mai, kvázi-biztosítói rendszer *problémái* a döntéshozók számára legalább egy évtizede jól ismertek:

1. Az egészségüggyel kapcsolatos számos panasz (240 millió orvos-beteg találkozás egyedi problémái, a receptek ellenőrzése, a lúdtalpbetét vásárlás dotációja stb.) azonnal és közvetlenül a Kormányra nehezedik. Független szereplők hiányában nincs hova delegálni a feladatokat, a közvélemény meggyőzését.
2. Szétzilálja a költségvetést. A kiadások növelése, illetve a járulékok csökkentése mellett mindig könnyű az érvelés. A hiányért végső fokon a központi költségvetésnek kell helytállnia. Egy normális biztosítási rendszerben a költségvetés kockázata jelentős mértékben csökken. (Teljes kockázatmentesség nem létezhet egy kötelező társadalombiztosítási rendszerben – de kiépített védővonalak rendszerével a kockázat csökkenthető.)
3. Az OEP¹ működése nem mérhető, nem értékelhető. Ha a rendszerben csak egy szereplő van, nincs viszonyítási alap. (Ha a világon csak Trabantot gyártanának, akkor az lenne a világ legjobb autója.)
4. Amíg az egészségügy finanszírozása állami kötelezettség, a szolgáltatások iránti korlátlan igénynek nem lehet gátat szabni. A gazdasági szereplőként *is* működő biztosítók a rend-

¹ Hivatalos nevén: Országos Egészségbiztosítási Pénztár

szer minden résztvevőjére – tehát a szolgáltatókra is és az igénybe vevőkre is - rákényszerítik a gazdaságilag hatékony gyógyítási megoldásokat.

Jól ismertek a biztosítás alapú egészségügy *kockázatai* is. Ezek a kockázatok azonban – éppen azért, mert ismertek, és mert az EU legtöbb tagállama ilyen rendszert működtet - kezelhetők:

1. Szelekció:

- a. Törvény tiltja, a törvény betartását a Felügyelet ellenőrzi és szankcionálja.
- b. A korrigált fejkvóta alapú finanszírozás és a kiegyenlítő kasszák miatt a biztosítónak nem érdeke kiválasztani a fiatal, egészséges populációt. A biztosító alapvető érdeke az ügyfélszám növelése, mert ez és csak ez biztosítja a hatékony gazdálkodás lehetőségét.
- c. Éppen a „jól működő OEP Zrt. + kiegészítő biztosítás” modellje vezetne el az egészségügy kettészakadásához. Mivel az OEP szolgáltatáshoz csatlakozó, kiegészítő biztosítást is vásárló vevő a jobb vevő, kettős vevőkör – és egy idő után ezt leképező rendszer alakul ki. Ebben a konstrukcióban az az óriási veszély, hogy a jelentős nyereségtartalommal bíró kiegészítő szolgáltatást vásárló réteg számára még jobb. Ha nincs reform, ez fog történni. Pontosabban ez megy ma is végbe a hálapénz és a kapcsolati tőke egészségügyi „felhasználásával”.
- d. A választás lehetősége önmagában felszabadítja a vevőt (beteget), igényesebbé válik, ami jobb minőséget kényszerít ki (a valódi elégedetlen beteg pénzügyi veszteség!).

2. A gyógyítással kapcsolatos költségnövekedés visszahárítása a költségvetésre:

- a. Törvény tiltja, a törvény betartását a Felügyelet ellenőrzi és szankcionálja.
- b. A biztosítók magántulajdonú gazdasági társaságok, eredményes működésükért a költségvetés nem vállal garanciát.
- c. A biztosítók jelentős mértékű szavatoló tőkével kell, hogy rendelkezzenek.

A biztosítási csomag, a vizitdíj (co-payment) és a várólisták rendszere fékezi a kereslet határtalan növekedését, de a kedvezőtlen politikai hatása nem az államra hull közvetlenül vissza.

3. Működési költségek: Az OEP hivatalosan kimutatott, mai 1,5%-os költséghányada irreális, mert

- a. a feladatok egy részét más intézmények végzik (pl. APEH, aki a beszedett járulék 1,12 %-ával számol), és
- b. a biztosítói feladatok nagyobbik részét az OEP egyáltalán nem látja el.

Ha korrektül számolunk, akkor a mai rendszer inkább drágán, mint olcsón működik.

A Kormányprogram megígérte, hogy „2007 végéig létrehozuk a biztosítási alapon működő egészségügy szabályozási, intézményi, pénzügyi, működési felügyeleti és garanciális rendszereit.” A kormányalakítást követően a Kormányprogram egészségügyi fejezetében megfogalmazott célokból – melyek természetesen nem csak a biztosítási piac megnyitását tartalmazzák – megfogalmazhatóvá váltak a tárca előtt álló feladatok. E feladatok végrehajtása is megkezdődött. Két probléma van, az egyik elsősorban pénzügyi, a második elsősorban politikai természetű.

Józan *pénzügyi* megfontolás szerint a biztosítási piac megnyitása előtt a bevételek és a kiadások tekintetében nagyjából egyensúlyba kellene hozni az Egészségbiztosítási Alapot. Ehhez három lépéssorozatra lenne szükség:

- a) jelentős járulék-emelésre;
- b) a nem-betegséggel összefüggő kiadási alrendszerek (rokkant nyugdíj, táppénz, baleset) kiemelésére;
- c) a felesleges kapacitások leépítésére.

Jól lehet ezek mind indokolt lépések lennének, azonnali és teljes mértékű megvalósításukra sem idő, sem politikai lehetőség nem kínálkozik.

A *politikai* probléma az, hogy amíg nem születik egyértelmű döntés a biztosítási piac megnyitásáról, addig a döntés-előkészítő szakmai apparátusok minden más ügyben abból indulnak ki, hogy a biztosítási rendszer reformját előkészítő és/vagy kiegészítő döntések a jelenlegi keretekbe kell, hogy illeszkedjenek. Ilyen megközelítésből kiindulva viszont az egyébként már elhatározott döntések (vizitdíj bevezetése, kapacitás-szűkítés, biztosítási alapsomag meghatározása, a szociális és egészségügyi indokokból történő ellátások elválasztása, gyógyszer-ár támogatás csökkentése, orvosi ügyelet, stb.) több ok miatt is csak nagy nehézségekkel és kétes értékű kompromisszumok árán hajthatók végre.

- (i) Minden változás kormány-döntéseként jelenik meg a közvélemény szemében, s ezért a hatások összeadódása elkerülhetetlen. E döntések meghozatala és a társadalommal való elfogadtatása könnyebb lenne, ha már működnének a biztosítók, és e döntések java része kikerülne a napi politikai harcok első vonalából.
- (ii) Jelentősek az alkotmányossági aggályok is. Addig, amíg az egészségbiztosítással összefüggő szinte valamennyi változás állami-kormányzati döntésként jelenik meg a közvélemény és az ágazat szereplőinek tudatában, addig számolni kell azzal, hogy az Alkotmánybíróság – és általában a bíróságok - a „gyengébb fél”, azaz az önkormányzatok, a betegek, a rokkantak vagy a korporatív testületek érveit fogják akceptálni minden vita esetén.
- (iii) Addig, amíg a döntés-előkészítők azt feltételezik, hogy fennmarad a jelenlegi, állami finanszírozási rendszer, addig praktikus szempontok is ellentmondani látszanak a szándékolt intézkedéseknek. Pl. a vizitdíjjal járó adminisztráció pénz és élőmunka-igényes – egyszerűbbnek látszik megemlíteni a járulékokat

Miért kell verseny? Mint minden nagyobb rendszerre, az egészségügyre is érvényes, hogy csak a rendszeren belüli szervezeti, finanszírozási, érdekeltségi viszonyok átalakítása hozhatja meg a kívánatos változásokat. Ennek kulcsa pedig a **verseny** a szolgáltatók között az egyik, és az erőforrások elosztásáról döntő biztosítók között a másik oldalon. Az egészségügyi ellátásnak az a sajátossága, hogy az igénybevételről többnyire nem maga a fogyasztó, hanem a termelő, vagyis az **orvos** dönt. Ez teszi nélkülözhetlenné, hogy az aggregáltság magasabb szintjén viszont egy kellő szakértelemmel rendelkező, elkülönült érdekekkel rendelkező piaci szereplő döntsön a hatalmas értékű erőforrás-tömeg felhasználásának arányairól. Az a külön intézmény, amely az erőforrások makro-szintű elosztását végzi, a **betegbiztosító**.

Azt viszont, hogy a biztosító egyaránt érvényesítse az erőforrásokkal való takarékoság és a szükséges mennyiségű/minőségű szolgáltatás nyújtásának követelményét, a piac más szegmenseihez hasonlóan csak a szereplők közötti verseny tudja kikényszeríteni. Máskülönben az inputok mennyiségének és minőségének faragása lenne a nyereségesség növelésének legkézenfekvőbb módja. Ezért van tehát szükség több, egymással versengő biztosítóra. Azt már a verseny feltételeinek, az ellátás finanszírozásának, a biztosítók működésének átgondolt állami szabályozása és a működés szabályainak betartásán örökődő **Felügyelet** biztosíthatja, hogy a sokszereplős egészségügyi piacon minden biztosított hozzájusson a szükséges kezeléshez.

Miért kell most dönteni? Van még egy harmadik ok, ami mellett szól, hogy a Kormány mielőbb hozza meg a döntést a biztosítási piac megnyitásáról. Előre látható, hogy egy pusztán fiskális okok miatt bekövetkező forráskivonás úgy sokkolná az ellátó rendszert, hogy a pozitív irányú strukturális változások előtt nem nyílik mozgástér. Ez lenne a legrosszabb variáció. Ennél sokkal kedvezőbb egy olyan helyzet, amikor a pénzügyi megszorítások és a fundamentális strukturális változások időben egybe esnek: minden megmozdul, a megcsontosodott érdekviszonyok hirtelen megtörnek, és ezek után már nem lehet lesz egyértelműen hibáztatni sem a reformot, sem a pénzsűkét.

Szorít az idő. Ahhoz, hogy a 2009-es EU, illetve a 2010-es országgyűlési választások idejére a reformok nehezen túl legyen az ország, az szükséges, hogy 2008-ban már teljes kapacitással, a kezdeti gyermekbetegségektől megszabadulva működjenek az új biztosítók.

ELŐNYÖK ÉS HÁTRÁNYOK (SWOT ANALÍZIS)

Erősségek (<i>Strengths</i>)	Gyengeség (<i>Weaknesses</i>)
<ul style="list-style-type: none"> ○ Az egészségügyi döntések „depolitizálása”; A Kormány tehermentesítése ○ Rövid, közép és hosszú távon javul a finanszírozhatóság; csökken a központi költségvetésre háruló nyomás ○ A kormány végrehajtja a konvergencia-program egyik fontos ígétet ○ Igazságosabb közteherviselés ○ Növekvő fogyasztói szuverenitás, kiszorul a hálapénz ○ Kiszámíthatóbb finanszírozás az ellátó intézmények számára ○ A biztosítók fékezik a mind költségesebb terápiák, diagnosztikai eszközök – sokszor csupán presztízscélú - alkalmazását, a költségrobbanást. ○ Konformitás az EU országok többségével 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Erős magánpiaci szereplők állnak szemben a gyengülő államapparátussal ○ Felszínre kerülnek, láthatóbbá válnak a társadalmi rétegzettség következményei ○ Tovább erősödik a pénzügyi-biztosítási szektor: az új irodák, székházak, média-megjelenés társadalmi ellenszenvet generál ○ Egy váratlan közegészségügyi katasztrófa helyzetben bonyolultabb lesz a rendszer irányítás
Lehetőségek (<i>Opportunities</i>)	Fenyegetések (<i>Threats</i>)
<ul style="list-style-type: none"> ○ A verseny nem a politikusok kegyeiért, a költségvetési torta nagyobb szeletéért folyik, hanem az adott költségvetési keretek közötti a jobb ellátás megszervezéséért, a jobban működő versengő biztosító talpon maradásáért. ○ Növekszik az eü. ágazat tökevonó képessége (külföld + belföld) ○ A biztosítói kontroll hatékonyságnövekedést és tökevonást eredményez a szakrendelők és kórházak piacán ○ Az öngondoskodás, mint érték gyorsabban terjed (pl. nyugdíj-ágazatban is) ○ Néhány biztosító kérni fogja bevezetését a BÉT-re (erősödik a tőkepiac) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ A reform-vita megosztja a kormányzó pártokat, a közvéleményt ○ Az ágazat korporatív testületei sztrájkot, passzív ellenállást szerveznek ○ Ha az egyszer már meghirdetett biztosítói reformot a kormány visszavonja, az rontja a hitelességet ○ A betegbiztosítással kapcsolatos adminisztratív költségek jobban láthatóvá válnak ○ Kialakulhat az a megalapozatlan várakozás, hogy a biztosítói reform minden problémát megold

I. HELYZETÉRTÉKELES

A mai magyar rendszer – pontosabban fogalmazva az 1990-93 között kialakított betegbiztosítási rendszer három súlyos rendszerhibától szenved, amelyek persze össze is függnék:

- (i) Eredeti formájában mind a bismarcki, mind a beveridge-i modell elavult, jól lehet számunkra ezek szolgáltak mintaként a 90-es évek elején.
- (ii) Konstruktív hiba történt. Az Antall-kormány idején rosszul másoltuk a bismarcki modellt. Az egybiztosítós rendszer képtelen valódi biztosítóként működni. Végeredményben az OEP alakjában **a bismarcki és a beveridge-i rendszer életképtelen keverékét** állítottuk elő.
- (iii) Kiderült, hogy a poszt-szocialista átmenet körülményei között a bérjáruléokra épített finanszírozási rendszer potyautas viselkedésre ösztönöz, s emiatt növekvő lyuk tátong az államháztartás egészében.

A nyugat-európai modellek felett is eljárt az idő

Több mint száz évvel ezelőtt a szociális biztosítás rendszereit homogén munkavállalói csoportok időskori ellátására, a fizikai munkával szükségszerűen együtt járó üzemi balesetek következtében beálló keresőképtelenség, illetve a munkahely elvesztésének pénzügyi kompenzálására hozták létre. Akkortájt a foglalkoztatottak zömmel férfiak voltak, akik – egy-egy ágazati biztosító rendszerén belül – nagyjából azonos jövedelmi és családi szerkezettel voltak jellemezhetőek. Tőlük a járulékbeszédés egyszerű volt, a befizetések elkerülése pedig egyet jelentett volna a munkás-szolidaritás megsértésével.

Ahogy az eredetileg munkásbiztosításként elgondolt rendszer egyre inkább kiterjedt a munkások családtagjaira, az állam irodai alkalmazottaira, majd a mezőgazdaságra is, úgy gyengült a bismarcki, illetve az ennek továbbfejlesztéseként elgondolt beveridge-i rendszer belső konzisztenciája. Az 1950-es évekig a gazdag nyugat-európai országokban a népesség demográfiai értelemben is egyensúlyban volt. Magas volt a gyermekáldás, miközben az orvostudomány lehetőségei korlátozottak voltak az élet meghosszabbítását illetően. A beteg vagy meggyógyult magától, vagy belehalt betegségébe. A hosszabb várható életkorral viszont szükségszerűen együtt jár a bonyolult és folyamatosan változó család-szerkezet. Az egy-

keresős családmódel is múlté. A válás és az újraházasodás, a nők szélsőségesen különböző gyermekvállalási hajlandósága, az élettársi kapcsolatok és a házasságon kívül született gyerekek növekvő aránya stb. – ezek mind olyan jelenségek, amelyek a bismarcki módelbe csak nehezen illeszthetők be.

Napjainkban a fentiekhez még komplikáló tényezőként hozzáadódnak a kitolódott tanulási szakasszal, a változó családszerkezettel, valamint a szolgáltatások súlyának erőteljes növekedésével is összefüggő új jelenségek: a határozott idejű, rövid távú szerződések rendszere, a részmunkaidő, a munkaerő kölcsönzés, a távmunka, diákmunka, az ideiglenes külföldi munkavállalás, valamint a nyugdíjasok foglalkoztatása. Ezek az ún. atipikus foglalkoztatási formák világszerte gyorsan terjednek, és egészen bizonyosra vehető, hogy ez a tendencia a következő évtizedekben is folytatódni fog.

Rosszul másoltunk!

Ma Magyarországon az emberi élet biológiailag determinált változásaival – tehát a megbetegedéssel, gyermekvállalással, megöregedéssel, megrokkánással és megözvegyüléssel – járó kockázatok miatti kiadások ellentételezését, illetve a bekövetkező jövedelemcsökkenés pótlását két, hasonló szabályok szerint működtetett elkülönített pénzalap finanszírozza. A politikai ezeket az Alapokat „biztosító”-ként emlegeti. Amikor a 90-es évek elején ennek a két pénzalapnak az állami költségvetésből történő kiválására sor került, úgy tűnt, hogy fontos reformlépés történt. Mindenki arra számított, hogy a nyugdíj és az egészségügy „biztosítási alapra helyezése” majd párosul a pénzügyi felelősséggel is, vagyis az Alapok bevételeik határáig vállalnak csak kötelezettségeket, a pénz felhasználását nyomon követik, és a hatékony felhasználást számon kérik. Több oka is volt annak, hogy nem ez történt.

1. A bismarcki rendszer felosztó-kirovó jellegű biztosítókat kíván meg, ahol a biztosítottak befizetéseit és a nekik teljesített kifizetéseket személyre szóló, nevesített számlákon követik nyomon. A 90-es évek elején ennek a jelentőségét a folyamat irányítói nem látták, vagy alábecsülték – ezért nem is történt meg a névre szóló számlák kiépítése.²

² Ausztriában a biztosítottak negyedévente kapnak elszámolást megbiztosítójuktól. Ebben tájékoztatják őket a befolyt befizetésekről, a nevükre teljesített kiadásokról és a kettő egyenlegéről. Azok, akiknél ez az egyenleg pozitív pár köszönő sort is találnak e levélben, amelyben a biztosító elmagyarázza, hogy ez a szolidaritási többlet az idősebb, betegebb emberek gyógyítására lett felhasználva.

-
2. A biztosítási elv csak akkor működik, ha a kockázatok optimális ellentételezését az egymással versenyző biztosítók és az általuk az eltérő kockázatokra kínált biztosítási és befizetési csomagok végzik el, nem pedig egy hivatal.
 3. Nálunk sem koncepcionálisan, sem jogilag nincsenek tisztázva a gyógyítás, illetve az ápolás/gondozás közötti határok, jól lehet, a szociális szférában működtetett intézményekben minden pillanatban 45 ezer fő van elhelyezve, ami tekintélyes mennyiség az egészségügyi ágazathoz tartozó 80 ezer ágyhoz viszonyítva.³ A bismarcki modellt működtető országokban a tartós időskori ellátással (angolul: *long term care*) egy minden szempontból elkülönített hálózat foglalkozik.⁴

A Nyugdíjbiztosítási Alap (továbbiakban: Ny. Alap) és az Egészségbiztosítási Alap (E. Alap), illetve a kezelésükkel megbízott hivatalok kezdettől fogva csak névleg működtek biztosítóként - valójában a kormánynak alárendelt kifizető háttér intézmények csupán. Ami a 90-es évek elején reformnak tűnt, az nem volt más, mint egy rosszul kitalált, bonyolult sikerült átszervezés. A rosszul végrehajtott modell-importnak súlyos következményei lettek: **az OEP-et senki sem tekinti biztosítónak.**

Egyfelől fogalmi káosz teremtődött. Értelmetlen dolog „biztosítási rendszer”-nek tekinteni egy olyan jogi konstrukciót, amelyben a járulékfizető, valódi biztosítottak száma 4,2 millió, miközben ennél sokkal többen, 5,8 millióan vannak – a hatályos törvény cirkalmas megfogalmazásait idézve – az egészségügyi szolgáltatás igénybevételére, valamint baleseti ellátásra és szerződés alapján egyes egészségbiztosítási ellátásokra jogosult személyek⁵, akikre az ellátások tulajdonképpen méltányosságból, a szolidaritás nevében terjednek ki csupán. Más szóval: a szolidaritás a fő szabály, a biztosítási elv csak az esetek kisebb hányadában érvényesül. De még ez az állítás is csak durva közelítéssel igaz: 2006 végén **az OEP 1,3 millió fő esetében azt sem tudta megmondani, hogy milyen jogviszony alapján jogosult az ellátásra!**

A mai rendszerben az állampolgároknak az egészségügy és a nyugdíjrendszer finanszírozásához kapcsolódó terhek mértéke egyáltalán nem tudatosul (*fiskális illúzió*). A járulékokat

³ Vagyis párhuzamos a jogi (1993-as szociális tv. és 1997-es egészségügyi törvény) és a finanszírozási technika (adó, illetve járulék). Az további ellentmondások forrása, hogy az ápolási/gondozási szolgáltatások mindkét törvény alapján gyakorlatilag alanyi jogon járnak, jól lehet, a szociális helyzet és rászorultság *együttes* figyelembe vétele lenne a méltányos megoldás.

⁴ Önálló ápolásbiztosítást vezetett be Hollandia (1968), Ausztria (1993), Németország (1996), Luxembourg (1998) és Japán (2000).

⁵ Ld. az 1997. évi tbj. törvény 15. és 16. §-át.

ugyanis túlnyomórészt – 4:1 arányban - a munkáltatók és nem a munkavállalók fizetik. Az átlagembernek erről fogalma sincs. A bérből és fizetésből élők közül is csak kevesen tartják számon, hogy tb-járulék címén tőlük havonta mennyit vonnak le. Így nincs mit csodálkozni azon, hogy az utca embere többre értékeli az orvosi ellátás mögött álló, feltétel nélkülinek gondolt állami garanciát, mint a kockázatot is magában hordozó biztosítói függetlenséget.

Az állampolgárok többsége elvileg sem hajlandó biztosításnak tekinteni tb-rendszert. „A nyugdíj, a kórház, a gyógyszer - jár. Az állam pedig fizessen, és ne akadékoskodjon mindenféle adókkal, járulékokkal, külön nyilvántartásokkal, ellenőrzéssel, TAJ-számmal”. Az állampolgárok többsége így gondolkodik. Akár történetiségében, akár a mindennapok részlet szabályozásának ismeretében minősítjük a folyamatot, azt kell mondanunk, hogy jó okuk is van erre. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) számára a biztosított nem személyben létezik, aki számára konkrét szolgáltatást vásárol. Az OEP intézményi volumenkapacitásokat vásárol – a biztosítottak igényeitől teljesen függetlenül. Az emberek többsége nem is tudja, hogy mi fán terem az OEP. Nem véletlen, sőt nagyon is sokat mondó, hogy az emberek tudatában az orvosi rendelő neve ma is az SZTK-rendelő. Még az egészségügy irányításában évtizedek óta dolgozó szakemberek jelentős része is úgy tudja, hogy az „ingyenes és legmagasabb szintű egészségügyi szolgáltatások igénybevétele” alkotmányos jog, és annak is kevés jelentőséget tulajdonít, hogy adónak vagy járuléknak hívják hivatalosan azt biztosítási díjat, amit fizetni kell.

Ritkábban esik szó arról, hogy valójában az E. Alap járulékbegyűjtési rendszerének ma alkalmazott jogelvei a munkaadók szempontjából sem funkcionálnak biztosításszerűen. Ha egy vállalkozás dolgozói üzemi balesetet szenvednek, és a bíróság egyértelműen kimondja a munkáltató felelősségét, akkor az OEP a munkáltatón jogosult utólag behajtani a balesetet szenvedett dolgozó(k) gyógyításának *teljes* költségét. A munkáltató szempontjából nézve ez azt jelenti, hogy hiába fizetett akár évtizedeken keresztül „munkáltatói egészségbiztosítási járulékot”, baj esetén mégis neki kell fizetnie – vagyis olyan helyzetben van, mintha nem is fizetett volna biztosítást.⁶ 1997 óta a nagyobb vállalatok kötelesek saját költséjükre üzemorvost tartani⁷, és ezzel tulajdonképpen a tb-től vesznek át feladatokat (prevenció, recept-felírás stb.) Ezért is mondják: **a vállalkozások szempontjából az egészségbiztosítási járulék valójában adó, amiért semmiféle ellentételezés nem jár.**

⁶ Nyilván ez a probléma elsősorban a kisvállalkozásokat érintheti súlyosan, de az elvi ellentmondás szempontjából a méretnek nincs jelentősége. Kevésbé éles ez az ellentmondás a betegbiztosítás, illetve a táppénz esetében is. A megbetegedést követő első 15 nap pénzügyileg ugyan a munkáltatót terheli, de ezt akár fel lehet fogni egy amerikai típusú biztosítási önrésznek (*deductible*) is.

⁷ Jogászi nyelven: foglalkozás-egészségügyi alapellátást nyújtani.

Elégedetlenek az OEP-pel az egészségügyi szolgáltatók is. Az ő nézőpontjukból tekintve OEP nem üzleti partner, hanem állami hivatal – büntető jogosítványokkal, kötelezettségek és felelősség nélkül. Az OEP egy olyan országos hatáskörű állami hivatal, amelynek szélesebb jogosítványai vannak, mint az ÁNTSZ-nek, nagyobb a büntető hatalma, de kötelezettségeiben és fegyelmében a falusi jegyzőnél kevesebb felelősséggel tartozik az ügyfelei felé.⁸

Mélyen bekódolt a konfliktus az OEP és a kormány, illetve a kulcs-tárcák között is. Az elmúlt évek alatt számos állami feladat került az OEP-hez, amelyben hatósági hatalmat gyakorol, de ezt úgy teszi, mintha ez biztosítói joga és nem átvett feladat lenne.⁹ Közfelelőssége, a társadalom, a lakosság előtt vállalt felelőssége azonban e szervezetnek nulla, azt rendszeresen áthárítja a szaktárcára, illetve a pénzügyminisztériumra, akár a MEP-ek, akár az OEP szintjén jelentkezik a probléma. Miután az OEP-nek nincs versenytársa, a szervezet tevékenységének megítéléséhez nincs mérce, összehasonlítási alap – a mindenkori kormány vezetője szitkozódik, esetleg leváltja az OEP főigazgatóját, de ettől semmi sem változik.

A mai tb-rendszer a fekete gazdaság bölcsője

A társadalombiztosítási rendszer mára kialakult működés módja a feketegazdaság bölcsőjévé vált. Ördögi körben forgunk. Nemesak a pénzügyi egyensúllyal van baj, a tb egész rendszere a **potyautas viselkedésre és korrupcióra** ösztönöz. A kis- és középvállalati szférában a járulék-kerülés miatt alkalmazott zsebből-zsebbe történő bérfizetés részben oka, részben következménye annak, hogy a vásárlások és szolgáltatások körében tömegessé váltak a számla nélküli üzletek. A kétfajta csalás egymást feltételezi. Kvázi-vállalkozóként viselkednek és csalnak a háztartások is, amikor zsebből-zsebbe alapon takarítónót, kertészt vagy bébiszittert alkalmaznak, vagy éppen hálapénzt fizetnek az orvosnak, nővérnek. Az állam, mint vásárló maga is álvállalkozásokat hoz létre közhasznú társaságok és alapítványok formájában, hogy

⁸ Néhány példa: Egyoldalú, automatikus, egyeztetést vagy határozathozatalt, sőt indokolást is nélkülöző dupla finanszírozási visszavonások; egyoldalú, megtámadhatatlan szerződésértelmezések, a volumenek egyoldalú, oktrojált megállapítása, a kötelező szerződésmódosítások elmulasztása, rendszeres, következmény nélküli határidő-csúszások, akár kifizetésekben is, a tárgyalási kötelezettség elmulasztása, a jogalkalmazás következtelen gyakorlata (pl. gyógyfürdő orvosok jogszabály módosítás nélküli szerződésbontása).

⁹ A példák: adatgyűjtési rendszerek működtetése az ágazat egészére (és nem csak a biztosított körre), közgyógyellátással kapcsolatos magatartás, nem biztosítási ellátások jelentési kötelezettségével kapcsolatos feladatok kivitelezése stb.

megspórolja az szja- és tb-terheket. A kormányzati és tágabb értelemben vett közfeladatok egyre növekvő részét is ún. számlás munkavállalók végzik.

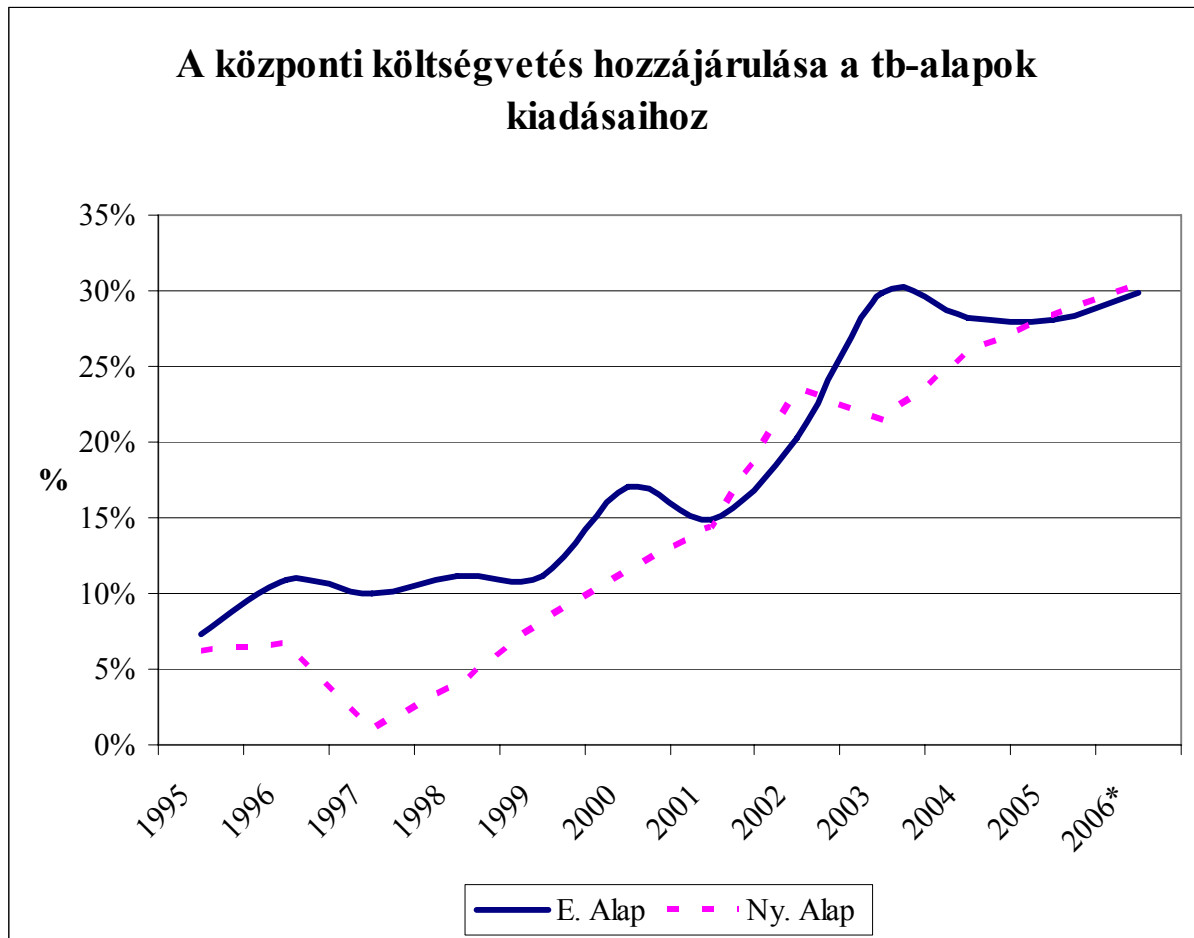
Végeredményben az állam kényszerrel teremti meg a szolidaritásnak azt a minimális szintjét, ami a nyugdíjrendszer és az egészségügy összeomlásának megakadályozása érdekében elengedhetetlen. A kényszer-szolidaritás igáját viszont mind többen dobják le magukról, ami rombolja a demokratikus állam-berendezkedés politikai legitimitációját. 2004-ben az adófizetők felső 5%-a – mintegy 111 ezer adózó – fizette a progresszív kulccsal beszedett szja 50%-át, és hasonló aránytalanság feltételezhető a tb-járulékok esetében is. De mindenki tudja, hogy itt nem a magyar társadalom felső 5%-áról van szó, hanem azokról, akik nem akarták és/vagy nem tudták kivonni jövedelmüket az szja-rendszerből.

A két alap pénzügyi egyensúlya oly mértékben megbillent, hogy ez az államháztartás egészét fenyegeti. 1995-ben a két alap még többé-kevésbé egyensúlyban volt, a kiadások mindössze 6-7%-kal haladták meg a járulékbévételeket. Azóta viszont ez a hiány évről évre nő. 2006-ben az alapok többlet-költése külön-külön 30% körül lesz. A GDP-hez viszonyítva az Ny. Alap (2,8%) és az E. Alap (2,2%) együttes hiánya el fogja érni a GDP 5%-át – ez önmagában meghaladja a maastrichti kritériumok szerinti maximumot!

A bevallott munkajövedelmekhez kapcsolódó járulék-fizetési kötelezettség és az szja-rendszer összehatásában a regisztrált, hagyományos értelemben vett munkahelyekről való kivonulásra, a tényleges munka-viszony eltitkolására, a minimálbéres konstrukciók abnormális mértékű elterjedésére, illetve a munkajövedelmek juttatásként vagy vállalkozói bevételként történő kimutatására ösztönöz. E tekintetben ma már egyre kisebb a különbség az üzleti szféra, a háztartási szektor és az állam között. Egyformán sumákol falu és város, a tanulás mellett dolgozó fiatal és a nyugdíj mellett dolgozó idős állampolgár: a teljes mértékben adó- és járulékmentes juttatások száma jelenleg közel százra rúg!¹⁰

¹⁰ Bizonyos juttatások után már van szja- és tb-teher, de ez még mindig kisebb, mint a bérek terhe. Mint ahogyan ez a privilégiumokkal lenni szokott, ezek a végső soron készpénzre konvertálható kedvezmények is a közepes és magas jövedelmű rétegeket szolgálják, amit ők maguk és az erre szakosodott üzleti vállalkozások szerzett jogaikhoz foggal-körömmel ragaszkodnak.

1. ábra: A járulék-bevételek és a kiadások aránya két tb-alapnál



Ha az állampolgárok főszabály szerint nem állnak személy szerint szerződéses viszonyban az OEP-pel¹¹, akkor gyakorlatilag nincs mód a járulékfizetés ellenőrzésére, igazolására és kikényszerítésére sem. A betegbiztosítási igazolvány (későbbi nevén: TAJ-kártya) e tekintetben semmiféle megoldást nem hozott – annak ellenére sem, hogy az elmúlt 15 évben számtalan jogszabályi és technológiai fejlesztés történt ennek érdekében. Mindez okként és okozatként összefügg azzal – és ez már a 90-es évek végén világosan látható volt -, hogy a két alap kezelésével megbízott apparátus a modern informatika által kínált lehetőségek segítségével sem tudja megbízhatóan nyomon követni a folyamatokat. Noha a feladat nem megoldhatatlan – egy 10 milliós ügyfél bázis adatainak kezelése rutin feladat egy közepes méretű nyugat-európai bank vagy egy hozzánk hasonló népességű állam adóhivatali apparátusának – a két biztosítási ág szerencsétlen módon végrehajtott kettéválasztása¹², majd a két szervezet és a

¹¹ Ma összesen 17 ezer ilyen egyéni megállapodás létezik – a szerződők mind külföldiek.

¹² A rendszerek között keresztfinanszírozás van. A nyugdíjak és nyugdíjszerű ellátásoknak csupán 82%-át fizeti az Ny. Alap, a többi az E. Alapból, illetve közvetlenül a központi költségvetésből származik. De a Ny. Alap közvetlen bevételei sem csupán a nyugdíj-járulékokból származnak, 23% közvetlenül a központi

feladatokat részben átvállaló APEH rivalizálása miatt az informatikai fejlesztések története kudarcok történetévé vált.

Fontos hangsúlyozni, hogy mindez nem speciális magyar sorscsapás, vagy véletlen eredménye. Szinte valamennyi poszt-szocialista országban hasonló problémák tapasztalhatók, legfeljebb a mérték különböző.

Járulékfizetés vagy jogviszony?

Egy normális biztosító esetében természetes elvárás, hogy tisztázva legyen, ki fizet és ki nem fizet biztosítási díjat (járulékot). Másfél évtizeddel az OEP megalakulása után még mindig ott tartunk, hogy ennek az alapvető kérdésnek a megválaszolására sem az OEP, sem a járulékok begyűjtésével foglalkozó APEH nem képes. A rendszerváltást követően kiépült adó- és járuléknnyilvántartási rendszerből csak azt lehet napra kész módon kinyerni, hogy kinek milyen jogviszonya van. De **azt nem lehet tudni, hogy a jogviszony alapján történik-e kellő mértékű járulékbefizetés.** Mint már említettük, még ez a jogviszony nyilvántartás is erősen hiányos: 1,3 millió állampolgár esetében még a jogviszony megléte is bizonytalan és/vagy hiányosan dokumentált, mert az, akinek jelentési kötelezettsége van, az egyáltalán nem, vagy csak nagyon nagy késéssel teljesíti ezt a kötelezettségét. S minthogy a jelentési kötelezettség elmulasztásának semmilyen szankciója nincs, gyors javulásra számítani sem igen lehet.

költségvetésből jön. Ellenirányban viszont nem működik a keresztfinanszírozás: a gyógyító- és a nyugdíj-fizető kassza legnagyobb haszonélvező csoportja, a nyugdíjasok nem fizetnek sem egészségügyi járulékot, sem személyi jövedelemadót (szja).

1. táblázat: OEP jogviszony – a főbb bizonytalansági tényezők

Csoport megnevezése	Alcsoport	Jelentés teljesítésére kötelezett	Teljesítik Igen/nem	OEP nyilvántartás szerint	Becsült jelentési hiányosság
Biztosítottak	Munkaviszonyban állók	Foglalkoztató	igen	3 641 894	374 242
	Egyéni és társas vállalkozó	társaság, egyéni vállalkozó	igen	526 199	100 000
Egészségügyi szolgáltatásra jogosultak	Nyugdíjat és nyugdíjszerű járadékot élvezők	ONYF	igen	2 260 512	-
	Nagykorú magyar tanulók	Iskola vezetője	hiányos	190 548	400 000
	Eltartottak	Eltartó	nem	43 269	300 000
	Jogviszonnyal rendelkezők			9 011 753	1 298 242
	Érvényes TAJ számmal rendelkezők*			10 309 995	

Forrás: OEP Megjegyzés: * vannak külföldön élő magyar állampolgárok is.

A NYUGDÍJASOK NEM POTYAUTASOK!

A finanszírozás mai rendszerének egyik legdurvább és legigazságtalanabb vonása, hogy azt a látszatot kelti, mintha a nyugdíjasok, közel 4 millió ember, potyautas lenne. Hiszen ők nem fizetnek járulékot, mégis ők veszik igénybe a szolgáltatások túlnyomó részét. „Azért kevés a pénz, mert a nyugdíjasok után senki sem fizet járulékot” – így hangzik a sokszor elmondott érv. Ha komolyan vesszük, hogy a rendszerváltás óta bismarcki típusú, vagy arra erősen hasonlító tb-rendszer működik Magyarországon, akkor csak az lehet mondani, hogy **a nyugdíjasok és egykori munkaadóik a munkavállalás idején már előre – a nyugdíjas élete végéig - kifizették a biztosítás díját.** Ennek a megközelítési módnak a jogosságát csak tovább erősíti az a 2007. január 1-től bevezetett változás – az ún. teljes nettósítás -, melynek nyomán az új nyugdíjasok esetében a nyugdíj-megállapítás alapja a korábbi évek szj-atól és tb-járulékoktól is megtisztított nettó keresete lesz.

Más oldalról megközelítve a problémát, azt is világosan kell látni, hogy a mai körülmények között **az OEP nem is akarhatja kizárni szolgáltatásaiból a nem-fizetőket,** azokat, akik után a maguk, a munkaadójuk vagy az állam hibájából nem történik járulék-fizetés, vagy ami szintén előfordulhat, csak látszat szerint potyautasok, például valamely adminisztrációs hiba következtében. Egy valódi biztosítási rendszerben – például Ausztriában, Németországban vagy éppen az Egyesült Államokban – a jogalkotók és a széles értelemben vett közvélemény azért veszi nyugodt szívvel tudomásul a potyautasok megbüntetését, mert mindenki tudja, hogy a biztosítók túl ott van az állam, mint végső menedék. Ha akut életveszély okán el

kell látni egy nem-biztosított, nem-fizető beteget, akkor a szolgáltatónak ebből eredő veszteségét végső soron az állam fogja megtéríteni (pl. úgy, hogy a veszteséget le lehet írni az adóalapból). **A mai magyar rendszernek éppen az a sajátossága, hogy a tb-rendszeren kívül gyakorlatilag nincs semmiféle ellátás-finanszírozás, ezért az OEP-től nem is várható el, hogy kizárja a potya-utasokat.**

Az OEP működési költségei

Az OEP hivatalos működési költségánya látszatra alacsony (1,5%), és csökkenő tendenciát mutat (ld. 3. ábra). Hogy ez sok, vagy kevés, azt nemzetközi összehasonlításban kellene megvizsgálni (2. táblázat) – de ez távolról sem egyszerű feladat. A külföldi adatok elég nagy szórást mutatnak, és jelentősek a számbavételnél alkalmazott módszertani különbségek is.

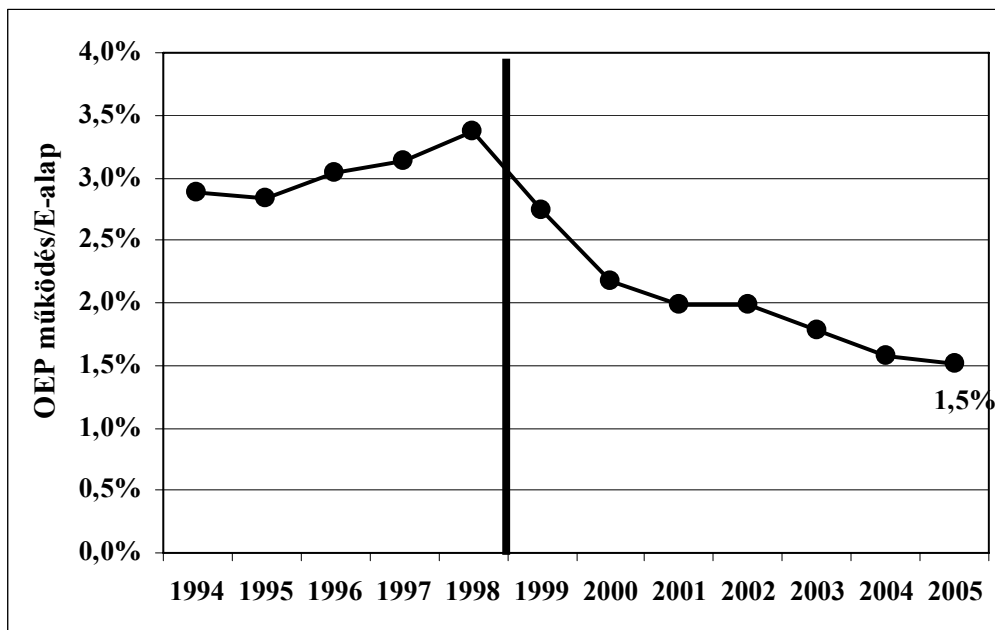
2. táblázat: Egészségügyi adminisztratív kiadások az OECD országokban (2003)

	Egészségügyi adminisztratív kiadások a teljes egészségügyi kiadás százalékában
Luxembourg	10,9
Belgium	8,5
Dél-Korea	7,2
Franciaország	6,6
Németország	5,4
Svájc	5,4
USA	5,1
Hollandia	3,5
Csehország	2,9
Kanada	2,9
Finnország	2,9
Írország	2,9
Japán	2,5
Spanyolország	2,3
Dánia	2,1
Izland	2,0
Lengyelország	2,0
Portugália	1,1
Norvégia	1,0
Svédország	0,6
Szlovákia	0,5
Olaszország	0,4
Ausztria	0,3

Forrás: OECD Health Data

Az OEP adatai azonban önmagában is problematikusak. Elsősorban azért, mert a biztosítószerű működéshez és a hatékony vásárlói szerepkör betartásához számos tevékenység tartozna, de az OEP ezeket a feladatokat egyáltalán nem látja el (ld. 3. sz. Függelék). Mint ismeretes, 1999 óta a járulékokat az APEH szedi be – és ennek is ára van. Az APEH a járuléktömeg 1,12%-ával számol. A csökkenés másik magyarázata az, hogy egyes tevékenységeket áthelyezték más intézményhez, vagy külön költségvetési soron kerül elszámolásra.¹³ S végül, a kiadások főösszegéhez viszonyított adat azért is félrevezető, mert a kiadások között igen nagy hányaddal szerepelnek a pénzbeli ellátások (pl. rokkant nyugdíj, GYES-GYED), amelyek az E. Alapban csak átfutó tételek, velük kapcsolatban az OEP-ben érdemi ráfordítás nem is vetődik fel. Mindezeket figyelembe véve, valószínűleg akkor járunk közelebb az igazsághoz, ha úgy becsüljük, hogy az OEP működési költséghányada inkább 4% körül, vagy még annál magasabban is van.

2. ábra: Az OEP működési költségének alakulása



Ha ezt a 4%-os értéket annak arányában próbáljuk meg értékelni, hogy egy decentralizált, biztosítói modellben ennél magasabb, vagy alacsonyabb lesz a költség, akkor – részben az 1998 előtti tényadatok, részben pusztán logikai megfontolások alapján – a

¹³ Így kerültek elszámolásra sokmilliárdos informatikai projektek.

következőkre számíthatunk:

- az első években a működési költséghányad meg fogja haladni a 4-5%-os értéket, és szükség lesz 3-4 évre, amíg a verseny hatására megkezdődik a költségek radikális lefaragása;
- a versengő biztosítók mind a járulékbegyűjtésben, mind a szolgáltatók finanszírozásában sokkal eredményesebben fognak működni, mint az OEP;
- minden tapasztalat azt mutatja, hogy a verseny által elérhető hatékonyságnövekedés többszörösen meghaladja az adminisztrációs költségek növekedését;
- a biztosítók a költség-többletet megosztják majd az alapszolgáltatások, illetve a magasabb nyereségtartalmú önkéntes biztosítások között, ami végeredményben a fajlagos működési költségeket csökkenti;
- természetesen Magyarország is át fogja venni azt a nyugat-európai gyakorlatot, hogy az alapbiztosításra elszámolható költségeket jogszabályokkal korlátozzák.

Végül érdemes megvizsgálni azt a kérdést, hogy vajon hosszú távon az üzleti biztosítók milyen megtérüléssel fognak számolni. Bár a kérdés természeténél fogva erről nehéz általános érvénnyel véleményt formálni – már csak azért is, mert a különböző cégek nyilván különböző üzleti modellekkel fognak dolgozni -, annyi bizonyosan elmondható, hogy az effajta *blue chip* részvények tulajdonosai mindig hosszú távon gondolkodnak, s ezért meg fognak elégedni a 10-15 éves államkötvények hozamát nem lényegesen meghaladó osztalékkal is. Külföldi tapasztalatok alapján meggyőződésünk, hogy a profit az alapszolgáltatások területén a hatékonyság növelésével, míg a kiegészítő biztosításoknál az egyéni igényekből származó kereslethez igazodó árképzésből származik.

Hatékonyság és szolidaritás

Foglaljuk össze az elmondottakat! A mai, kvázi-biztosító rendszer sem a hatékonyságot garantáló biztosítás-matematikai korrektség, sem a bismarcki modell elveinek nem felel meg. Ahhoz viszont, hogy eldönthessük, vajon a mai, OEP által működtetett rendszer milyen mértékben felel meg a szolidaritás elvének, igencsak sokat kellene számolnunk. Tudni kellene, hogy az egyének vagy jól definiált társadalmi csoportok szintjén egy életpálya során mennyi járulék-befizetés történik, valamint azt is, hogy ezek az egyének és/vagy csoportok az életpá-

lya során mennyi természetbeni szolgáltatást és pénzbeli szolgáltatást vesznek igénybe. Ilyen elemzések azonban Magyarországon soha nem készültek. Mi több, ilyen elemzést a társadalmi normává vált jövedelem- és vagyon eltitkolás miatt nem is igen lehet végezni. A részletszabályok és a mindennapi működés négy évtized alatt kialakult rutinjainak ismerete alapján (ld. járulék-plafon, minimálbér-szabályok, hálapénz) azonban feltételezhető, hogy a mai rendszer aktuáriusi értelemben (vagyis nettó pénznyereségben számolva) inkább a magas jövedelmű, iskolázottabb és befolyásosabb csoportok számára előnyös. Ugyanakkor feltehetően az is igaz, hogy a legszegényebbek egy kisebb csoportja, esetenként – vagyis a kisebbség kisebbsége, az esetek kisebb részében – számottevő nettó nyereségre tesz szert a mai rendszerben is.¹⁴

¹⁴ Szélsőséges, parodisztikus példa volt erre, amikor néhány évvel ezelőtt a nagy téli fagyok idején a fővárosi kórházakat utasították arra, hogy fogadják be a hajléktalanokat.

II. LEHETSÉGES MODELL VÁLTOZATOK

Az elmúlt évek vitáiban bevett szófordulattá vált az OEP, mint monopolszervezetről beszélni. Ez némiképp félrevezető, hiszen az egészségbiztosító nem piaci intézmény, tagjai nem saját akaratukból tagok, árait és szolgáltatásait nem maga határozza meg. Mai formájában az egészségbiztosítás „csak” annyira tekinthető monopolszervezetnek, amennyire a vám- és pénzügyőrség, az igazságszolgáltatás bírói rendszere vagy az adóhivatal. Önmagában véve a monopol-helyzetre való utalás nem bír értéktartalommal. A kérdés az, hogy arra a feladatra, amire létrehozták mai formájában alkalmas-e a szervezet.

A rendszer tulajdonképpen az államapparátus **megkettőződésén** alapul. Pár év alatt kiépült egy hétezer fős alkalmazotti gárdával működő egészségbiztosítási jog- és intézményrendszer¹⁵ – az Országos Egészségbiztosítási Pénztár és annak területi szervei -, melynek az lenne a kötelessége, hogy napra készen nyilvántartsa 10 millió állampolgár személyi adatait, munkahelyét, keresetét. Tehát csupa olyan adatot, amit az állam más intézményei szintén nyilvántartanak. Ez a megkettőződés nem csak azért problematikus, mert sokba kerül, hanem azért is, mert szükségszerűen rugalmatlan, a napi igényektől elszakadó törvényi szabályozást igényel.

A monopolhelyzet szükségszerűen napi politikai elemekkel terheli az egészségügyet. Minthogy az egészségügy egyszerre kíván országos szintű és településszintű döntéseket (lásd ágyszám-csökkentés), a politikai teherterhelés mindenütt megjelenik. Az államhoz és a politikához ezer szállal kötődő egészségbiztosítás nem képes hatékony módon ellátni a vásárló szerepét - sem a minőség, sem a költségek tekintetében nem elég szelektív. Az pedig kifejezetten diszfunkcionális, hogy már több mint egy évtizede bevezetésre került az önbevalláson alapuló, teljesítmény-finanszírozási rendszer, miközben az állami garanciával működő OEP nem igazán érdekelt a szolgáltatók által jelentett teljesítmények folyamatos és szigorú ellenőrzésében. Az OEP számára összehasonlíthatatlanul egyszerűbb arra összpontosítani, hogy a költségvetés készítés idején 10-50 milliárdos nagyságrendekről eredményesen alkudozzon a Pénzügyminisztériummal, mint az, hogy az év 365 napjában a járulékfizetők és a szolgáltatók 1-2-100 millió forintos tételeit ellenőrizze, hogy létrehozza és működtesse a racionális döntések meghozatalához szükséges epidemiológiai, morbiditása és mortalitási adatbázisokat.

¹⁵ 1999-ben a létszám egy része átkerült az APEH-hez.

Ellenőrzés és rendszeres adatelemzés hiányában viszont az egész rendszer manipulálható, ami végső soron aláássa mind a betegek, mind az orvosok bizalmát.

Két irányba lehet elmozdulni. Az egyik a finanszírozás teljes visszaállamosítása, a másik a monopolhelyzet megszüntetése. Ha csak az a cél, hogy a gyógyításhoz kapcsolódó finanszírozási és adminisztrációs feladatok még a mainál is olcsóbbak és egyszerűbbek legyenek, akkor az egészségügyet úgy kell megszervezni, mint a tűzoltóságot vagy a rendőrséget, tehát nem biztosítási alapon, hanem minden állampolgárnak járó, adóból finanszírozott szolgáltatásként. Csakhogy: nem lehet figyelmen kívül hagyni azt a két döntő különbséget, ami az egészségügyi szolgáltatások, illetve a példaként említett tűzoltás vagy rendőri munka között mindenütt fennáll.

- (i) Az egyik esetben a fogyasztók kereslete szinte végtelen, míg a másik két esetben nagyon is korlátozott. Senkinek sem okoz fogyasztói hasznot a többlettűzoltói munka, vagy a rendőrség gyakoribb igénybevétele.
- (ii) Az egészségügyi ráfordítások aránya a GDP-n belül igen jelentős (8-10%) és növekvő, míg a rendőrség és a tűzoltás viszonylag alacsony költségű, kis tétel.

Abban az esetben tehát, ha szükség van arra, hogy az egészségügyi szolgáltatások iránti keresletet folyamatos féken tartására, továbbá ilyen nagy volumenű összköltségről van szó, akkor igenis érdemes fenntartani egy elkülönített biztosítói hálózatot, ha az viszonylag kis költség mellett képes a teljes egészségügyi kassza hatékony felhasználását biztosítani. Arra viszont elegendő bizonyíték áll rendelkezésre, hogy egy versengő biztosítói rendszerben biztosan számíthatunk az innovációra, a rugalmas alkalmazkodásra és a költség korlátok szigorú betartására.

Kinek mi jár?

Az elmúlt öt-tíz évben az orvostársadalom, a politika és az érdeklődő közemberek diskurzusában meggyökeresedett egy olyan elképzelés, miszerint a magyar egészségügy gondjainak az alapvető oka, hogy nincs világosan meghatározva, hogy kinek, mi jár. Mit kaphat az, aki rendesen fizeti a járulékot, mit az, aki nem; mi jár állampolgári jogon, mi jár csak extra-biztosításért stb.? Amíg ezekre a kérdésekre nincs válasz, addig nem lehet rendbe tenni az egészségügyet – mondják nagyon sokan. Mint az alábbiakban majd igyekezünk

bemutatni, ez az érvelés részben helytálló, de nagyobb részt téves. A „kinek mi jár?” kérdésre a mai, kvázi-biztosítós rendszerben nem lehet annál jobb választ adni, mint amit a mai helyzet tükröz. **A biztosítási csomag(ok) meghatározása nem előfeltétele a biztosítási rendszerre való áttérésnek, hanem majd a következménye lesz.**

A fejekben élő elképzelés az, hogy valójában csak egy jól kitöltött kétdimenziós táblázatra van szükség, és már is világosak lesznek a különféle jogosultságok, csomagok. Az általánosan elterjedt elképzelés szerint tehát az ellátási csomag(ok) meghatározása „igen – nem”, illetve „benne van – nincs benne” típusú döntések sorozata. Valahogy így...

3. táblázat: Kinek mi jár?

		MI JÁR ?			
		(Orvosi ellátások)			
K I N E K ? n		<i>1.</i>	<i>2.</i>	<i>3.</i>	<i>... n.</i>
	Bárkinek, aki Mo.-n tartózkodik	igen	Nem	nem	nem
	minden EU-s állampolgárnak	igen	Nem	igen	nem
	minden magyar állampolgárnak	nem	igen	nem	igen
	minden biztosítottak	nem	Nem	igen	igen
	minden biztosított családtagjának	igen	Nem	nem	nem
	aki (magán) kiegészítő biztosítást köt	igen	igen	igen	igen
				
	n	nem	Nem	igen	igen

Ez oly annyira naiv elképzelés, hogy tulajdonképpen nem is érthető, hogy gyakorló orvosok miként teheték magukévá. A nehézségek ott kezdődnek, hogy a magyar egészségügyben alkalmazott legszűkebb kódrendszer, a kórházi HBCS is közel 800 elemű – és nem három vagy egy kicsit több mint a fenti táblázat sugallja.¹⁶ Ráadásul az egyes ellátási kategóriák még mindig túlzottan általánosak (pl. fül-, orr-, torok-, gége- szájbetegségek súlyos társult betegséggel). Vagyis így csoportszerűen még mindig nem lehet megmondani, hogy milyen célról, milyen szakmai tartalomról, milyen indikációról és milyen költségről van szó.

Azt is tudja minden orvos, hogy a gyógyítás során soha sem egyetlen ellátás vagy beavatkozás jön szóba. Minden terápia – mint afféle Matryoska-baba - számtalan terápia

¹⁶ Járóbeteg-szakellátásban elszámolható tevékenységből közel 4000 van.

elemet rejt magában. Vannak olyanok, amelyek hatásosságban különböznek (pl. fájdalom, heg), és vannak olyanok, amelyek elsősorban a költségvonzat tekintetében különböznek (pl. onkológiai kemoterápiák). Szinte minden beavatkozás indokoltsága függ a beteg életkorától¹⁷, újszülötteknél a testsúlytól, minden ember esetében a betegség előrehaladottságától. Az sem mindegy, hogy a beteg milyen eljárásrendben veszi igénybe a szolgáltatást (pl. beutalás alapján, szabad választás szerint, Magyarországon vagy külföldön), milyen időpontban (hétköznap vagy ünnepnap, munkaidőben vagy éjnek évadján) és a tekintetben is lehet különbség, hogy a beteg hajlandó-e várólista szerint várni, vagy ragaszkodik a műtét azonnali végrehajtásához. Más tekinthető normálisnak, ha a beteg első segélyben részesül, és megint más, ha definitív ellátásról van szó. Változni a kell a megítélésnek az igénybevevő általános egészségi állapota szerint is. Más jár a várandós anyáknak, a krónikus betegeknek, a fogyatékkal élőknek, más a költségvonzata egy adott betegség gyógyításának, ha ahhoz egyidejűleg más betegség társul stb. Van abban is logika, ha a térítésmentes eljárás pozitív egészségmagatartáshoz kötődik (pl. ma a fogászati kezelés a szűrővizsgálattal van összekapcsolva). Más a megítélése a medicina tudománya által bizonyítottan hatásosnak nyilvánított eljárásoknak, és más a helyzet a természetgyógyászat, és más, vitatott hatásosságú beavatkozások esetében.

A korrekt gyógyítás (*lege artis medicinae*) a folyamatosan korszerűsödő technológiák követését jelenti. A legegyszerűbb sérvműtét sem ugyanaz a műtét, mint 10 évvel ezelőtt, mert sokkal pontosabb és drágább kivizsgálások előzik meg, más a felhasznált anyagok, gyógyszerek minősége, javult a biztonság, csökkent a kockázat. Ezért nem operacionalizálható a Fidesz egyik egészségpolitikusának az a javaslata, miszerint minden ismert betegségre legalább egy hatásos gyógymódot bele kell érteni az alapcsomagba.¹⁸

Könnyű tehát belátni, hogy a szolgáltatási csomag meghatározása nem kettő, hanem sok-dimenziós feladat. Mi több, arra sincs egyértelmű eligazítás, hogy egyáltalán hány dimenziót kell figyelembe venni.

Nem véletlen tehát, hogy a csomag(ok) tételes és precíz, mindenre kiterjedő, egyetlen egy „nagy könyvbe”, kódexbe vagy jogszabályba foglalt meghatározása a gyakorlat szintjén minden országban csak elvont idea, és nem működő valóság. Ez – természetesen – nem jelenti azt, hogy ne létezne valamiféle kialakult, általánosan elfogadott gyakorlat az orvosi beavatkozások előtti döntések megalapozásához. De a világ minden országában, így

¹⁷ Nem tárgya a közbeszédnek, pedig nyilvánvaló, hogy egy 0-3 éves korú kisgyermek esetében indokolt a havi egy alkalommal történő „orvos-beteg találkozás”, míg egy 18 éves kamasz esetében teljesen felesleges.

¹⁸ Gógl (2006) 135. o.

Magyarországon is, a figyelembe veendő elvek és szabályok hierarchikus rendszert alkotnak. Van, amire jogszabály vonatkozik – ez lehet törvény vagy miniszteri rendelet is -, és van, amit a szakmai kollégiumok által kiadott klinikai irányelvek, vagy a gyógyító intézmények belső szokásai rögzítenek. Ám a legtöbb szabály az ellátók és a biztosítók közötti kétoldalú szerződésekben, illetve az eseti konzultációk során manifesztálódik. Mégis, mi az oka annak, hogy a hazai viták során ennyire általánosan elfogadottá vált az a meggyőződés, hogy elengedhetetlenül szükséges az alapsomag, illetve a csomagok meghatározása? A válasz feltehetően ott keresendő, hogy közember, politikus és orvos számára egyaránt szemet szűrő az a tény, hogy itt és most **a meglévő eljárásrendek** (beutalási rend, szakmai protokollok, várólista, külföldi kezelés engedélyezése, ingyenesség *versus* önrész-fizetés stb.) **betartása is igen esetleges és nem eléggé számonkért.** Így és ezért terjed a szabályozatlanság érzete.

PROTOKOLLOK MÁR PEDIG VANNAK....

Még orvosszakmai körökben is meglehetősen elterjedt vélemény, hogy „a rendszerből hiányoznak az egyes ellátásokra vonatkozó konkrét szakmai ajánlások, előírások, ún. protokollok, amelyek alapot képezhetnének az egyértelmű, következetesen visszaosztható elszámolásra”¹⁹. Ez nem így van. Az elmúlt évtized során az Egészségügyi Minisztérium – a szakmai kollégiumokra támaszkodva – folyamatosan bővítette és aktualizálja a szakmai protokollok, irányelvek és módszertani levelek körét. Ezek rendre megjelennek a hivatalos közlönyben és – az aneszteziológiától a védőnői ellátásig 39 szakmát átfogva – elérhetők a minisztérium honlapján keresztül is. Nem a protokollok hiánya tehát a kérdés, hanem az, hogy a mindennapi működés során ezek a protokollok betartásra kerülnek-e, és fűződik-e bármilyen szankció ahhoz, ha a protokolltól való eltérés nagymértékű és gyakori.

Ehhez a kiinduló ponthoz képest a most elkészült törvény-csomag, amely már az Országgyűlés asztalán fekszik, jelentős előrelépést ígér. Amit viszonylag könnyen meg lehet tenni, az a jogosultságok és a korlátozások többé-kevésbé egységes kezelése, törvénybe emelése.

A 3. sz. táblázat a

- jelenlegi
- a 2007-től érvényes, illetve
- a biztosítási piac megnyitása után várható

helyzetet mutatja be. A táblázatból jól látható, hogy a természetbeni gyógyító eljárások területén tulajdonképpen nincs szükség nagyon jelentős módosításokra ahhoz, hogy az üzleti biztosítók versenye el tudjon indulni. **Az „egységes”-nek mondott biztosítási csomag**

¹⁹ Részlet a *Zöld Könyv* kapcsán érkezett, szakmai szervezettől származó véleményből.

valójában ma is meg van már bontva: legalább 15 féle módon. Ez egyáltalán nem baj. Éppen ellenkezőleg, ez az egyetlen racionális és méltányos megközelítés. Nem így áll a helyzet azonban az E. Alap terhére finanszírozott gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz, illetve a különféle pénzbeli ellátások (rokkantsági járadék, táppénz, szülési segély, utazási támogatás stb.) dolgában. Itt még az érdemi munka el sem kezdődött!

4. táblázat: A természetbeni ellátási csomag megoszlása

	Ellátás típusa, jellege, az igénybevétel körülményei	Jelenlegi finanszírozás (Fő szabály: térítésmentes)	Finanszírozás 2007-től (Fő szabály: co-payment)	Biztosítási piac megnyitása után közvetlenül
1	Közvetlen életveszély elhárítása; család- és nővédelmi gondozás; kötelező védőoltások és szűrővizsgálatok	OEP	OEP (biztosítottaknak)	Változatlan
2	Üzemi baleset, foglalkozási megbetegedés	Elsődleges finanszírozó OEP, másodlagosan visszatérhet a károkozóra	Lehetséges teherviselő (nem-biztosítottaknak) állampolgárságtól függetlenül, végső soron: EüM.	
3	Magánorvosi ellátás igénybevétele alapellátásban (házi orvos, gyermekorvos, fogorvos)	OEP + hálapénz	Kötelező biztosítás (biztosítottaknak) + co-payment	
4	Rutinszerű ellátások járó- és fekvőbeteg szakellátásban; ügyeleti ellátás normál igénybevétele	Elyben részleges vagy teljes térítés kötelező. Gyakorlatban: OEP + hálapénz	Lehetséges teherviselő (nem-biztosítottaknak) állampolgárságtól függetlenül	
5	Rutinszerű ellátások alap- és szakellátásban a betegittől való eltérés esetén; ügyeleti ellátás indokolatlan igénybevétele		Kötelező biztosítás (biztosítottaknak) + emelt szintű co-payment vagy teljes térítés	
6	Fogászati kezelések az alapellátáson túlmenően	OEP + részleges térítés	OEP + részleges térítés	
7	Rehabilitáció, ápolás, hospice	OEP + EüM. + hálapénz	OEP + EüM. + hálapénz	Minimum-szint felett csak kiegészítő biztosításért
8	Nagyértékű, kiemelten nyomonkövetett ellátások (pl. transzplantáció, kemoterápia, külföldi gyógykezelés)	OEP + EüM. + hálapénz	OEP + hálapénz	Kockázat-megosztás a kötelező biztosítók között és/vagy EüM.
9	Magánorvos, OEP által nem finanszírozott kórház igénybevétele járó- vagy fekvőbeteg szakellátásban	Kézpénz (kp.) számla ellenében és/vagy hálapénz + OEP "kettős" finanszírozás	Kp. -> Tb-befogadás 2007 után ???	Számla alapján visszatérítés a közfinanszírozási normák szintjén.
10	Mentés, járvány-, katasztrófa-ügyi ellátás	Állami finanszírozás (állampolgárságtól függetlenül)	EüM. (állampolgárságtól függetlenül)	Változatlan
11	Foglalkozás egészségügyi alapellátás	Kp. vagy munkáltatói finanszírozás vagy egészségpénztári finanszírozás + OEP (elhatárolások nem egyértelműek)		Nem tisztázott
12	Állapotfelmérés célhoz kötötten (pl. járművezetési engedély, löfegyverviselési alkalmasság, látélet készítés)	Kp. és OEP (elhatárolások nem egyértelműek)	Kp. és/vagy egészségpénztári finanszírozás tb-támogatás nélkül	Változatlan
13	Nem konvencionális, nem támogatott, nem engedélyezett eljárások; nem-kötelező védőoltások; detoxikálás; betegszállítás			
14	Finanszírozási korlátok miatt fenntartott műtéti/diagnosztikai várólistán soronkívüliség			
15	Extrém kockázatok, profi sport, külföldi utazás során történő megbetegedés + baleset többlet-költségei	OEP térítésmentesen vagy a belföldi költségek szintjén, és/vagy kiegészítő különbiztosítás (elhatárolások nem egyértelműek)	Kiegészítő különbiztosítás	

Már régóta van élet az OEP-en kívül is

Az egészségbiztosítási rendszernek nem lehet célja az, hogy az ország minden állampolgára számára teljes körű, bölcsőtől a sírig tartó teljes ellátást biztosítson. Ilyen rendszer valójában egyetlen piacgazdaságban sem működik. A biztosítás - vásárolt szolgáltatás, ezt csak kiegészítik a rászorultsági (szociális-szocialisztikus) szempontok szerint felépülő redisztributív elemek. Úgy is fogalmazhatunk, hogy összességében mindenütt az öngondoskodás és az állami támogatás valamiféle kombinációja valósul meg.

A biztosító – ellentétben a közvélekedéssel – nem azt vállalja, hogy járulék vagy biztosítási díj fejében minden problémát megold, „kifizeti a kár”-t. A biztosító a balesettel, megbetegedéssel, megöregedéssel együttjáró kiadások finanszírozásában segít - előre tudható mértékben és arányban. Vagyis a biztosított számára megszűnik az ezzel kapcsolatos bizonytalanság. A biztosító tehát akkor is teljesíti fő szolgáltatását, ígéretét, ha valaki soha nem lesz beteg, soha nem kell „utána” fizetni. A biztosító biztonságot termel, és ezzel a biztosított kockázatviselési készségét, képességét növeli meg. Téves tehát az az igen elterjedt megfogalmazás, mely szerint „évekig fizettem a tb-t, és soha nem kaptam érte semmit”. Valójában a társadalombiztosítás – vagy általában a biztosító – ilyenkor is teljesített: a szerencsére fölösleges luxusnak bizonyult pót-biztonság érzetét nyújtotta a biztosítottnak egy életen át.²⁰

Nyilván az a kívánatos, hogy az újraelosztás nyomán a rászorultabbak rászorultságuk arányában nagyobb, a tehetősebbek kisebb vagy semmilyen támogatásban ne részesüljenek. Lépésről lépésre kell haladni. Itt és most nem lehetséges és nem is kívánatos, hogy a magyar egészségügy finanszírozásából számúzzuk a társadalombiztosítási elemeket, és áttérjünk egy biztosítás-matematikailag korrekt, üzleti modellre. De azért nem maradhat minden változatlan. Az osztrák, német, francia, holland típusú biztosítási rendszerre való áttérés bonyolult, de nem megoldhatatlan feladat. 1990-ben néhány hónap alatt végbement ez a változás a volt NDK-ban, és a közelmúltban sikeresen valósította meg az átállást Szlovákia is.

Szögezzük le: a biztosítási piacot valójában nem is most nyitjuk meg. A központosított állami finanszírozás monopol-helyzetének eróziója 1988 óta folyamatos, ezért pontosabb lenne „a piac további liberalizációja” kifejezés használata. Mint már fentebb bemutattuk, bizonyos igénybevett egészségügyi szolgáltatásokért mindig is alkalmilag kellett fizetni, vagyis ezekre a tb sohasem terjedt ki. Az is köztudomású, hogy 1993 óta működnek egészségpénztá-

²⁰ Ld. Asztalos (1997) 67. o.

rak (ma kb. 0,5 millió tag)²¹, 1999 óta működik az Irányított Betegellátási Rendszer (IBR)²² és *for-profit* biztosítók a múltban is kísérleteztek egészségbiztosítási termékekkel²³. Ebben az összefüggésben ritkábban esik szó arról, hogy különféle kommerciális biztosítási és banki termékekhez (pl. gépjárműbiztosítás, utazási biztosítás, lakásbiztosítás, hitelkártya) meghatározott ideig egészségbiztosítási szolgáltatások is járnak. Ennyiben tehát **de facto már jelenleg is „több-biztosítós rendszer” működik.**

Ebből két következtetés is adódik: egyrészt az, hogy volt és van élet az OEP-en kívül is, másrészt pedig az, hogy létezik egy olyan szervezeti, szakmai és infrastrukturális háttér, amire építkezni lehet. Tulajdonképpen egyetlen intézményi feltétel hiányzik: létre kell hozni azt az Egészségbiztosítási Felügyeletet, amelynél a versenyben elindulni kívánó biztosítók beadhatják az alapítási kérelmeiket. (A vonatkozó törvény vitája már folyik az Országgyűlésben.)

A kiegészítő biztosítás nem megoldás

A betegek és az orvosok számára már legalább egy évtizede világos, hogy az OEP finanszírozás legnagyobb hiányossága az, hogy nem engedi legálisan érvényesülni azt a keresletet, amely az orvosi élömunka differenciált megfizetésére irányulhatna.²⁴ Kezdetben sokakban élt a remény, hogy erre a problémára a kiegészítő biztosítás lesz a jó megoldás. De nem lett, mert a hálapénz intézménye ezt az igényt egyszerűbben – noha igazságtalanabban – elégíti ki.

Mások más megfontolások alapján javasolják a kiegészítő biztosítások fejlesztését. Sokak szerint teljeskörű betegbiztosítást nyújtó, versengő biztosítókra valójában nincs is szükség²⁵. Amire szükség van, az

- az ingyenes ellátások körének további csökkentése;
- az OEP szolgáltatásvásárlói és biztosítói szerepének erősítése,
- esetleg az OEP részvénytársasággá alakítása;

²¹ A ténylegesen működő pénztárak száma kb. 25.

²² Ld. 1. sz. Függelék

²³ Jelenleg 29 üzleti biztosító van Magyarországon, ebből 8 foglalkozik valamiféle egészségüggyel kapcsolatos „termék” forgalmazásával.

²⁴ Ezt a megfogalmazást Balázs Péter használja több tanulmányában is.

²⁵ Mások szerint *egyelőre* nincs szükség. Vagy, ahogyan Pató Pál úr mondja, „ej, ráérünk arra még”. Ez utóbbi érvelés logikailag nehezen támadható.

-
- minden más – legyen az ember vagy szolgáltatás -, aki és ami kikerül az állami rendszerből, arról az önkéntes kiegészítő biztosítások gondoskodnak majd.

Az elmúlt másfél évtizedben sokszor megfogalmazódott ez a koncepció, jobbára persze inkább nyilatkozatokban, és nem nyomtatott formában. De van példa az utóbbira is. Egy kb. tíz éves távlatra szóló javaslat, az ún. OEP Zrt. Koncepció, amelyet az Egészségügyi Minisztérium és az OEP szakértői készítettek, 2006 májusában több nyilvános fórumon is bemutatásra került.²⁶

Hogy milyen arányokkal működne ez a – lényegét tekintve – kétszintű biztosítási rendszer, arra vonatkozóan sem a fentebb említett OEP anyag, sem a korábbi javaslatok nem fogalmaztak meg számszerű arányokat (pl.: 70% alap + 30% kiegészítés). Ez önmagában is nagy hiányosság, mert e nélkül politikai döntést nem lehet hozni. De magának az elgondolásnak is több gyenge pontja is van.

- a) „Az alapbiztosítási csomag minden olyan alapvető betegségre, egészségi állapot ellátásra kiterjed, melynek az **életet veszélyeztető**, az állapot súlyosbodásával járó következménye lehet.” – olvashattuk például már az egyik 1999 elején készült kormányzati dokumentumban.²⁷ Csakhogy, egy ilyen meghatározás szerint a szülés sem tartozhatna bele az alapbiztosítási csomagba, hiszen a szülések 90%-a komplikációmentes, sem az anya, sem a baba nincs életveszélyben, s tulajdonképpen orvosi beavatkozásra sincs elengedhetetlenül szükség. De nem fér bele a definícióba a fájdalom csillapítása, sőt a kisebb sérülések ellátása sem. S akkor még nem beszéltünk a gyermekorvosi ellátás szinte teljes köréről, az időskori ellátásról, a szanatóriumi kezelésről, az elmeógyógyintézetekről stb. Ez nyilvánvaló képtelenség, maguk az előterjesztők sem erre gondoltak. Persze értelmezhetjük lazán is a két minősítési kritériumot is (ti. az életveszély és az állapot súlyosbodás esetét). Így azonban oda jutunk, hogy minden betegség esetén be lehet bizonyítani, hogy a körülmények kedvezőtlen összejárásánál is inkább igenis veszélybe kerülhet a beteg élete, bekövetkezhet az állapot súlyosbodása. Innentől kezdve a példák végiggondolását az Olvasó fantáziájára bízunk.²⁸

²⁶ Ld. Dózsa és szerzőtársai (2006a, b).

²⁷ Miniszterelnöki Hivatal (1999) 27. o.

²⁸ Nem véletlen, hogy a hatályos egészségbiztosítási törvény éppen fordított módon határozza meg az ellátásra való jogosultságot. Nem az állapot romlásáról, hanem „az egészségi állapot helyreállításához

-
- b) Intézményvezetők, egészségpolitikusok sokszor a **luxus igények** közé sorolnak mindent, ami az átlag beteget ma bosszantja: a rendelők többségében nincs időpontra szóló előjegyzés, a kórházban az ápolónő nem ápol, a takarítónő nem takarít, nincs elegendő zuhanyozó, rossz minőségű és kevés az étel stb. De gondolhatja-e bárki is komolyan, hogy a kiegészítő biztosítók feladata megoldani ezeket a problémákat? Ahol van üzleti alapú egészségbiztosítás – már pedig sok helyen van -, ott a gyógyító eljárások és a gyógyszeres kezelések teljes, vagy majdnem teljes körét lefedi a biztosítási csomag, s csak ezen felül lehet szó a minőségi pótléokra való szerződésről. Nagyon egyszerű belátni, hogy ez miért van így. Az orvosi beavatkozások költségeiben az egy betegre eső, szakmai szempontból csökkenthetetlen költségek (dolgozói bérek, rezszi költségek, műszeres beavatkozás költségei, gyógyszerek, kötszerek stb.) sokszorosan meghaladják a luxus-ápolás többletköltségét. A luxus miatti költségnövekedésre – függetlenül attól, hogy a „luxus” fogalmába a tisztaság és a humánus ápolás, a beteg idejének tisztelet is beletartozik-e, vagy netán csak az egy ágyas szoba - nem érdemes létrehozni és működtetni egy drága biztosítói adminisztratív apparátust. Erre a problémára egyetlen megoldás van: a minőség-különbségek néven nevezése a teljes biztosítási csomag vonatkozásában: I. osztályú biztosítás, II. osztályú biztosítás stb.
- c) Lehet a kiegészítő biztosítások körét nem luxus-szolgáltatásként, hanem **többletszolgáltatásként** definiálni. Közel 10 éve ezt javasolja Kornai János is.²⁹ Ide tartoznának - például - egyes szűrővizsgálatok, az egészséges életmódhoz és/vagy egyes betegségek utókezeléséhez kapcsolódó szolgáltatások, vagy ami még vonzóbb, a magánkórház és az ott igénybe vehető csúcstechnológia, a drágább gyógyszerek stb. A mai magyar viszonyok között azonban egy ilyen felülről nyitott kiegészítő biztosítási csomag még kevésbé lenne üzletileg vonzó a biztosítók számára. Egyrészt azért, mert az ily módon meghatározott szolgáltatások volumene még mindig túlságosan kicsi ahhoz, hogy elbírja 8-10 biztosítói apparátus párhuzamos kiépítésének és folyamatos működtetésének költségeit, másrészt meg azért, mert a drágább gyógyszerek, a költségesebb terápiák és a választott orvosok bevetése előre ki nem számítható költségeket eredményezne minden egyes esetben.³⁰

szükséges” vizsgálatokról és terápiás eljárásokról beszél. (Ebtv. 19.§. (19) bekezdés.)

²⁹ Ld. Kornai (1998) 136-142. o; Kornai – Eggleston (2004) 150-157. o.

³⁰ Ezen a ponton visszajutottunk a luxus költségek problémájához is. Az újszülött baba példájából is látszik, hogy a költség-eszkaláció alapkérdése nem az, hogy a baba és édesanyja fapados vagy luxus-szintű

-
- d) Mi van akkor, ha a kiegészítő biztosítás fő célja nem a luxus, nem is a többletszolgáltatás, hanem a sorban állási idők csökkentése, a **várólistán** való előbbre jutás? Erre számos fejlett országban van példa. Arról van szó, hogy a szigorú költséghatékonysági elveket alkalmazó állami ellátás rendszerében várakozni kell a nem-életmentő beavatkozásokra, a kiegészítő biztosítás viszont privilegizált helyzetet biztosít a magasabb jövedelmű, önkéntes biztosítással rendelkező személyeknek. Ez a konstrukció több NHS-rendszert működtető országban is elterjedt, de a tapasztalatok nem meggyőzőek. Ausztráliában – például – kiderült, hogy a jól kereső, egészségesebb fiatal korosztályok számára egy ilyen önkéntes biztosítás egyáltalán nem vonzó. Ők ugyanis nagy valószínűséggel nem szorulnak olyan műtéti beavatkozásra, ahol várólistás rendszer működik, az életmentő beavatkozásokat viszont a kötelező állami rendszer is biztosítja.
- e) 1989 óta sokszor hangzott már el az a javaslat, miszerint kisebb jogszabályi változtatásokkal, adókedvezményekkel elégséges ösztönzést lehet adni a biztosítóknak, hogy kiegészítő szolgáltatásokat nyújtva számottevő szerepet vállaljanak az egészségügy finanszírozásában.³¹ Noha ez a gondolatmenet logikusan hangzik, érdemes visszakérdezni: ma is vannak **adókedvezmények**, az üzleti biztosítók mégsem vállalnak jelentős szerepet a luxus vagy többlet-igények kielégítésében. Vajon miért? Aki Magyarországon él, az tudja a választ. A mai viszonyok közepette a középrétegek, valamint a magasabb jövedelmű csoportok kifejezetten ellenérdekeltek. Számukra ugyanis a hálapénz lehetőséget ad arra, hogy megbetegedés esetén - a tényleges ráfordítások töredékéért – alkalmi alapon „biztosítsák” maguknak a magas szintű ellátás minden elemét, beleértve a különlegesen drága műtéti beavatkozásokat, a gyógyszeres kezelést és természetesen az átlagosnál jobb színvonalú hotelszolgáltatásokat is.
- f) Elvben elgondolható egy olyan kétszintű finanszírozási rendszer is, amelynek alsó szintje állampolgári jogon jár, de nem foglalja magában sem a járóbetegek gyógyszerellátását, sem a táppénzt, nincs benne a rokkantsági és a baleseti ellátás, és nem fedezi a fogászati és optikai szolgáltatásokat, a gyógyfürdők igénybevételét sem. Ez a felsorolás is csak példaszerű, nem törekszik a teljességre. A lényeg azonban talán így is érthető. Nem az a szelekció elve, hogy egy-egy gyógyító eljárás csoportból

szállodai ellátást kap a kórházban, hanem az, hogy az esetek 10%-ában fellépő komplikációk esetén a lehetséges gyógyító eljárások, és az igen drága gyógyszerek közül mit kap, és mit nem kap meg.

³¹ Ez a javaslat már a társadalombiztosítás átalakítására vonatkozó 60/1991. (X. 29.) országgyűlési határozatban meghirdetésre került.

válogat a törvényhozó, hanem **bizonyos típusú szolgáltatásokat teljes mértékben kivesz a finanszírozásból.**

Akik a kétszintű egészségbiztosítás megteremtését javasolják, azok más országok létező gyakorlatára szoktak hivatkozni. Okkal és joggal: sok ilyen példa van. De nem szabad szem elől tévesztenünk, hogy egészen **más dolog együtt élni egy évtizedeke során kialakult kétszintű rendszerrel, és mást jelent egy évtizedek során rögzült egységes rendszer megbontása.** Egy pénzügyi, egy jogi és egy etikai nehézségre szeretnénk felhívni a figyelmet.

Induljunk ki onnan, hogy mi az értelme a csomag kettébontásának! Legelsősorban is az, hogy a kiegészítő ellátásban a betegek közvetlen terhelése (*fee for service, co-payment*) és/vagy egy kiegészítő biztosítási konstrukció keretében mód nyílna többlet pénzforrások bekapcsolására, s ezáltal javítható lenne az egészségügyi ellátás minősége, komfortja. Csakhogy, a többlet erőforrás egy része nem a szolgáltatás minőségének javulását, hanem az árak emelkedését fogja eredményezni. Drágább lesz az orvos és az ápolónő egy órai munkája, drágább lesz a gyógyszer. Az árhatás pontos mértékét nem lehet előre megbecsülni, de - figyelembe véve a mai magyar egészségügyi bérszínvonalat – biztosan számottevő lesz. Ha viszont a kiegészítő szolgáltatások területén elkezdenek az órabérek és árak emelkedni, az nyomást fog gyakorolni az alapvető ellátások területén is. Miért dolgoznának ott olcsóbban az orvosok és a nővérek? Miért lenne ott olcsóbb a gyógyszer és a kötszer? A csomag megbontásának az eredménye tehát az lenne, hogy az ingyenes, alapszintű ellátásban is emelkednének a költségek, anélkül, hogy ott bárki jobb vagy több ellátást kapna. Ebből pedig járulékemelés, többlet költségvetési támogatás és/vagy az alapellátási csomag további szűkítése következik. Az USA-ban – egészen a *managed care* rendszer tömeges elterjedéséig – pontosan ez történt. A kétszintű ellátás felső szintjén az árak és a bérek gyors ütemben emelkedtek, s ez nyomást gyakorolt az adóból finanszírozott *Medicare* és *Medicaid* programokra is. A megoldás a költségvetési támogatások növelése és az ingyenes ellátási csomag további szűkítése volt. A szociális következmények pedig súlyosak: a hivatalos szegénységi küszön alatt élő idős amerikaiak szerény jövedelmük több mint 30%-át egészségügyre költik, annak ellenére, hogy a *Medicare* - elvben – biztosítja ingyenes ellátásukat. Ezekről a következtetésektől nem kell okvetlenül visszarettenni, de bekövetkezésükkel mindenképpen számolni kell.

Aki az ellátási csomag szűkítését javasolja, annak nem szabad lebecsülnie az

alkotmányossági nehézségeket sem.³² Addig, **amíg fennmarad az OEP monopóliuma, addig az ellátási csomag tartalmát az Alkotmánybíróság nem fogja magánjogi szerződésnek tekinteni**, amelynek tartalmáról a felek szabadon állapodhatnak meg. Nem kell ahhoz alkotmányjogásznak lenni, hogy megjósolhassuk, milyen véleménnyel lenne a taláros testület az ellátási csomag radikális szűkítéséről – például akkor, ha a járóbeteg ellátásban felhasznált gyógyszerekhez a tb egyáltalán nem adna ártámogatást. A Bokros-csomag kapcsán egyszer már állást foglalt a bíróság. Az AB 56/1995 (XI. 15.) határozata kimondta, hogy a társadalombiztosításban a biztosítási elem, azaz a „vásárolt jog” elve és a szolidaritás elve egyaránt érvényesül. Ebből következően az ugyan igaz, hogy egy adott pillanatban nem ítélt meg önmagában a fizetett járulék és az ellenszolgáltatás közötti mennyiségi viszony, de ha változtatásról van szó, akkor a tb-szolgáltatások és várományok csökkentése csak akkor elfogadható el, ha ez együtt jár a járulékterhelés arányos csökkentésével is.³³ Vagyis, az AB a „járni jár – de nem jut” okoskodást helyből vissza fogja utasítani.

De félretéve ezt a jogi megfontolást, tegyük fel, hogy a kormány az ellátási csomag kettébontásának útján kívánja folytatni a reformot. Ez a lehetőség elgondolható. Szlovákiában tulajdonképpen erre történt egy kísérlet két esztendővel a 2006. évi választások előtt; el is készült a javaslat, amely a teljes szolgáltatási csomagot próbálta meg felosztani a co-insurance elv alapján.³⁴ De ott sem volt meg a bátorság a rendszer életbeléptetéséhez.

Foglaljuk össze az elmondottakat! Itt és most, a kétszintű biztosítási rendszer bevezetése, vagyis a „**normálisan működő OEP + kiegészítő biztosítások**” modellre való áttérés nem javasolható. Ez a megoldás minden változatban a társadalom kettészakítását, vagyis **a szegregáció növekedését eredményezné**. Pontosan az történne, amitől a biztosítási piac megnyitásának ellenzői félnek. Az OEP rövid idő alatt még inkább leértékelődne, és átalakulna az igénytelen és bizonytalan minőségű alapellátást nyújtó orvosok, rendelők és kórházak finanszírozójává, míg a felső középosztály és a magas jövedelműek épp a kiegészítő biztosításon keresztül – várakozás nélkül - jutnának hozzá az európai elvárásoknak megfelelő, magas szintű ellátásokhoz. Nagyjából úgy – vagy még eltorzultabb arányban –, mint ahogyan ez Angliában történt az elmúlt két évtizedben.

³² Ez a legnagyobb gond Kornai János fentebb már idézett koncepciójával.

³³ Érdemes felhívni a figyelmet arra, hogy idézett határozatban az alkotmánybírák nem a „legmagasabb szintű testi és lelki egészség” klauzúrára hivatkoztak (Alkotmány 70/D §), hanem a szociális biztonságra és a társadalombiztosításra utaló következő szakaszra (70/E §).

³⁴ Vagyis meghatározásra kerültek azok a szolgáltatások, amelyeket 100%-ban kötelesek a biztosítók állni, és azok, ahol a beteg köteles átvállalni a költségek 0-99%-át.

Hogy ez a feltételezés megalapozott, azt igazolja mind az, ami a magyar közoktatásban az elmúlt két évtizedben történt. Az ún. kiegészítő oktatási formák – például nyelvtanítás, 0-ik évfolyam, fakultatív sportolási lehetőségek – mind a középosztály helyzetének relatív javulását eredményezték, és így együtt jártak a szegény családból származó gyermekek lemaradásával. Nagyon hasonló a vasút példája is. A MÁV Zrt. – gyakorlatilag – monopolhelyzetű állami szolgáltatóként csak pótdíjért nyújt európai mércével is elfogadhatónak mondható szolgáltatást. Ez az inter-city, amit jobbra csak a középosztály vesz igénybe. A szegények - alapáron, vagy a rászorultak kedvezményes áron – igen-igen rossz minőséget kapnak a helyközi közlekedésben. (A felső-középosztály és a gazdagok autóval járnak.)

A kétszintű biztosítási rendszerre való áttérést irányuló kezdeményezéseknek azért is határozottan ellen kellene állni, mert – ha egyszer beindulnak a változások -, az üzleti biztosítók ezt is lelkesen támogatni fogják. Egy középosztályinak, illetve a leggazdagabbaknak szánt biztosítási termék árát ugyanis várhatóan igen könnyű lesz évről-évre – az inflációt meghaladóan gyors ütemben emelni -, miután a gazdagok árérzékenysége viszonylag kisebb.

Egyéb modell változatok

Az egészségbiztosítás piac további liberalizációja többféleképpen elgondolható. Számos alternatíva már a Pénzügyminisztérium 1998-ban készített reform-előterjesztésében is szerepelt. A kockázatok és hátrányok már akkor is mérlegre kerültek, és már akkor is egyetértés volt abban, hogy az egyszerűnek látszó, technikai értelemben könnyen megvalósíthatónak tűnő megoldások valójában működésképtelenek és/vagy még inkább aláássák a társadalmi szolidaritást. Érdemes ezeket az egyszerűnek gondolt javaslatokat röviden újra áttekinteni, mert a rossz ötletek nehezen mennek ki a döntéshozók fejéből. A kiegészítő biztosításokról már az előző szakaszban szoltunk, most a többit vesszük számba.

5. táblázat: A biztosítási piac megnyitásának egyszerűbb modelljei

	<i>Modell változat</i>	<i>OEP helyzete</i>	<i>Szükséges lépések</i>	<i>Előnyök</i>	<i>Hátrányok</i>
<i>(i)</i>	Csak kiegészítő biztosítás	Nem változik	Minimális többlet ösztönzés (pl. adókedvezmények)	Pótlólagos forrás	A hálapénz miatt nem működőképes; nem oldja meg az OEP problémáit. Pro-rich konstrukció
<i>(ii)</i>	Magas jövedelműek és vállalkozók kizárása az OEP-ből	E. Alap belső feszültségei nőnek, csökken az egy OEP tagra eső bevétel.	Törvény módosítás	A felső középosztály egészségügyi ellátása javul	Diszkriminatív, nem oldja meg a minimálbéren lévők ellenérdekeltségét
<i>(iii)</i>	OEP regionalizálása (5-10 régió)	Nem változik	Kisebb törvényt módosítás	Kisebb, átláthatóbb apparátusok	Nem eredményez érdemi változást, felesleges költségek.
<i>(iv)</i>	Ágazati biztosítók (10-20 új biztosító)	OEP részleges versenyhelyzetbe kerül	Új törvény, törvények módosítása	Kisebb, átláthatóbb apparátusok, éles konkurencia	Ágazati keretek hamar feloldódnak, biztosítási piac elaprózódása
<i>(v)</i>	Önálló baleset- és rokkantsági- és ápolási biztosítás	Nem változik	Új törvények	Egy részprobléma elkülönült kezelése	Az egészségügy finanszírozásának alapkérdései nem oldódnak meg.
<i>(vi)</i>	OEP-pel egyenrangú biztosítók	OEP teljes versenyhelyzetbe kerül	Törvények alapvető módosítása	Éles konkurencia	Járulék-fizetési egyensúly azonnali felbomlása; az OEP állami kényszerfinanszírozása

Gazdagok és vállalkozók külön biztosítója. Felvetődött, hogy a legmagasabb jövedelmű rétegek önként kiváljanak a járulékalapú egészségbiztosítás mai rendszeréből, s hozzák létre a maguk luxus-biztosítóját.³⁵ Nemzetközi példa is van (Németország, Írország, Portugália), s a hazai vitákban is felmerült ez a javaslat – elsősorban Balázs Péter írásaiban. Egy másik vál-

³⁵ Ld. Miniszterelnöki Hivatal (1999)

tozata ennek a gondolatnak az ún. vállalkozói biztosító, amelyet az egyéni vállalkozók – ideértve a mezőgazdaságban dolgozó őstermelőket is – kötelező alapon maguk hoznak létre.³⁶

A mai magyar viszonyok közepette egyik megoldás sem kívánatos. Sem a gazdagok biztosítója, sem a vállalkozók biztosítója nem tudja orvosolni azt a problémát, hogy a magas jövedelmű, számottevő felhalmozott vagyonnal rendelkező rétegek sem adót, sem járulékot nem fizetnek valódi teherviselő képességük szerint. Nem csak a kiválással (*opting out*) van gond – tehát azzal, hogy a magasabb jövedelműek járuléka hiányozni fog a közös kasszából – hanem a bennmaradással is. Először is nyilvánvaló, hogy az ilyen típusú biztosítóba való átlépés csakis egyszeri és megmásíthatatlan döntés lehet. Így működik a rendszer Németországban is. Ha ugyanis lehetséges lenne a társadalombiztosítás rendszerébe való visszatérés, akkor könnyen kialakulhatna egy olyan „cinkosság” a biztosító és kliensei között, amely súlyos megbetegedés, rokkantság esetében a társadalombiztosítás felé terelné a költségeket. Ha viszont úgy alakítjuk ki a rendszert, hogy a tb-finanszírozású rendszerben eleve bennmaradnak bizonyos kimazsolázható szolgáltatások (pl. nagy értékű műtétek, diagnosztikai vizsgálatok, drága gyógyszerekhez való ingyenes hozzájutás), akkor a gazdagok számára továbbra is érdemes lesz fenntartani valamiféle minimál-béres alkalmazotti munkaviszonyt – csak azért, hogy ezekhez a kedvezményekhez hozzájussanak. Nyilvánvaló alkotmányjogi képtelenség, hogy az állami egészségbiztosítás rendszeréből bárkit is ki lehessen tiltani vagyoni cenzus vagy tulajdonosi kategorizálás alapján, s az is nehezen elképzelhető – noha elhangzott ilyen javaslat is –, hogy a gazdagok biztosítóját valamiféle külön adó sújtja. Az elképzelés szerint a biztosítók vásárlásait a szolgáltatók 25%-os ÁFA-val terhelnék.³⁷

Ha a gazdagok átlépnek az új biztosítóba, akkor ott azonnal jelentkezne valamelyes kiadási igény – ha másért nem, akkor pusztán azért, mert a beszedett járulékot mindenképpen elköltené a biztosító. A másik oldalon a régi rendszer nagyon is megszenvedné a sok járulékot fizető, de egészséges munkavállalók kiválását. Nagyon kétséges, hogy lehet-e olyan jogi-pénzügyi megoldást találni, amely lehetővé tenné, hogy a gazdagok biztosítója egy hosszabb átmeneti időszakban számottevő mértékben finanszírozza a szegények biztosítóját.³⁸ Ez a

³⁶ Erre is van példa a nemzetközi gyakorlatban: Ausztria, Belgium, Franciaország.

³⁷ Miniszterelnöki Hivatal (1999) 31 o. Csak az érdekesség kedvéért említjük meg, hogy egy hasonló megoldás kapcsán a Magyar Biztosítók Szövetsége már az Alkotmánybírósághoz fordult, amikor a jogalkotó elrendelte, hogy a vagyonszámítás díjak 1%-át a biztosítóknak a tűzoltóságok fejlesztésére kell átutalniuk. A biztosítók szerint semmi sem indokolja, hogy csak azok járuljanak hozzá a tűzoltóság műszaki fejlesztéséhez, akiknek vagyonszámításuk van, noha a jobb minőségű tűzoltó munka hasznát azok is élveznék, akik egyébként nem kötöttek – önkéntes, kiegészítő – vagyonszámítást. (Magyar Hírlap, 1999. ápr. 8.)

³⁸ Már említettük azt az elgondolást, hogy a gazdagok biztosítójára kivetett 25%-os ÁFA útján teremtsük meg a keresztfinanszírozást. Túl az alkotmányossági aggályokon, az igazi gond az, hogy nem 25%-nyi forrás

megoldás is az OEP anyagi ellehetetlenüléséhez, a „szegények biztosítója” és a „gazdagok biztosítói” kialakulásához vezetne.³⁹

A regionális biztosítók rendszere. A regionális biztosítók ötlete már a szociál-liberális koalíció 1994. évi kormányprogramjában is szerepelt, ebbe az irányba mutatott a Világbank egyik tervezett – de soha meg nem valósult - programja is⁴⁰, sőt az elgondolás az 1998. évi kormányprogramba is bekerült („területi elismert pénztár” néven). Az elgondolás nem volt példa nélküli: Lengyelország és Románia 1999-ben tért át az állami finanszírozásról a regionális alapon szerveződő társadalombiztosítás rendszerére, és Csehországban is volt lehetőség regionális biztosítók szervezésére.

Az a sokszor hallott hivatkozás viszont téves, hogy a regionalitás bevált szervezési alapelve az angol és a skandináv egészségügynek is. A kínálati oldal költséghatékony működtetése valóban megkívánja a regionális forráskezelést, a szükségletek és a lehetőségek régió szintű elemzését. De ez csak az állami irányítású egészségügyi rendszerekben adekvát igény. Ilyen a brit NHS vagy a skandináv modell, s tulajdonképpen ilyen volt az 1989 előtti magyar állami egészségügy is. Ha azonban az egészségügy finanszírozását biztosítási elvekre kívánjuk építeni, akkor azzal a regionális finanszírozás nem illik össze.

A regionális finanszírozás általánossá tételével az a legfőbb gond, hogy Magyarország nem föderatív jellegű állam, a régiók közötti különbséget a polgárok nem tekintik természetesnek. Így tehát abban az éppenséggel kívánatos esetben, amikor az egymással költséghatékonyágban versengő regionális biztosítók majd egy évtized alatt lényeges különbségeket teremtenek az egyes régiók ellátásában, követelésként fog felmerülni az egyenlőtlenségek - közpénzből történő - kompenzálása. Akkor viszont mi értelme volt a decentralizációnak?

Az soha sem volt egyértelmű, hogy a regionális biztosítói rendszer támogatói szám szerint hány régió kialakítását tartották kívánatosnak. Két koncepció versenyzett egymással. Az egyik javaslat szerint négy területi biztosítóra lenne igény, mert akkor a budapesti és a három vidéki orvosi egyetem bázisán egységes szakmai szerkezet jöhetne létre. A másik javaslat a hét területi-statisztikai régióval számolt. Mindkét elgondolás logikus, de látni kell a megvalósítás útjában álló akadályokat, illetve a várható következményeket is. A négy-régiós

esne ki a gazdagok kilépésével, hanem sokkal több.

³⁹ Ha az egyenlő közteherviselés érdekében a kormány létrehozza a magas jövedelműek és vállalkozók külön egészségbiztosítóját, akkor végig kell azt is gondolni, hogy hasonló szétválasztás nem lenne-e indokolt a nyugdíjrendszer esetében is. Ma az egészségbiztosításhoz és a nyugdíjbiztosításhoz kapcsolódó járulékokat ugyanazon csatornán keresztül szedi be a társadalombiztosítás.

⁴⁰ Ld. még Orosz (1992), Világbank (1995)

modellel az a baj, hogy tovább erősítene a magyar egészségügy kórház centrikusságát és állami jellegét, mert az átszervezés során a minisztériumi tulajdonban lévő egyetemi klinikák alkupozíciója tovább erősödne. A hét régiós modell feltételezné a 2/3-os önkormányzati törvény felülrírását – ehhez viszont nincs meg a megfelelő többség. Nagy kérdés, hogy miként fogadnák mindezt a magyar politikai életben 1990 óta nagy súllyal rendelkező városi és megyei önkormányzati erők. Ők ugyanis mindkét megoldás esetén vesztesnek éreznék magukat.

De lépünk túl a számokon. Akár négy, akár hét régió lenne, az átalakulás két markánsan különböző forgatókönyv szerint mehet végbe. Elképzelhető, hogy nem történik más, mint a mai OEP megyei apparátusának kismértékű centralizációja. Három vagy négy megyei egészségpénztár összeolvasztásával ki lehet alakítani egy újabb döntési-igazgatási szintet, a regionális pénztárak apparátusát. Elvben felvethető a megyei szint teljes kiiktatása is, ez azonban nehézségekbe ütközne, mert a pénzbeli ellátások kifizetése és adminisztrációja (családi pótlék, anyasági segély, rokkant nyugdíj stb.) ezáltal túlságosan távol kerülne a kis települések lakosságától. Így tehát bizonyosan fenn marad a megyei szintű apparátus és a fölé épül majd egy regionális struktúra. Ha csak ennyi történik, akkor a reform nem jelent mást, mint némi adminisztrációs többletköltséget és egy egyszeri átszervezési veszteséget.

A másik fejlődési irány választásával a regionális határok tökéletesen átláthatóvá válnak a biztosítottak számára. Ez akkor következne be, ha alkotmányossági megfontolások alapján a biztosítottak teljes szabadságot kapnának a regionális biztosító megválasztásában. A következőket kell végiggondolni: akár négy, akár hét regionális biztosító jönne létre, mindenképpen gond lenne a 3200 – zömében nagyon kicsi – települési önkormányzat helyének megtalálása, valamint a 22 fővárosi kerület azonos elvek szerint történő kezelése. Azt ugyanis nehezen lehetne elfogadtatni a budapesti biztosítottakkal, hogy gyógyításuk kerülethez kötött legyen. Ha viszont 2,5 millió budapesti és pest megyei polgár esetében fenntartjuk az egységes (fővárosi) biztosítót, akkor milyen alapon kötjük röghöz 19 megye vagy 3-6 másik régió további 7,5 millió állampolgárát? Mit csinálunk a lakóhelyüktől tartósan távol élőkkel – a diákokkal, az ingázókkal, a sorkatonákkal, az állami gondozottakkal, a börtönben fogva tartottakkal? Ha tehát a regionális határok könnyen átjárhatóvá válnak, akkor bekövetkezhet, hogy az országos hálózattal rendelkező, nagy üzleti biztosítók egymás között felosztják a régiókat. A regionális biztosítók ötlete tehát könnyen elvezethet az üzleti alapú egészségbiztosítás gyorsütemű elterjedéséhez. Ez sok szempontból akár kedvező is lehet, csak az a fontos, hogy a döntéshozók és a közvélemény felkészüljön egy ilyen átalakulásra.

A regionális biztosítók ötlete inspirálta azt a 2003-2004-ben készített, Radnai György miniszteri biztos nevével fémjelzett törvényjavaslatot is, amely az IBR rendszer általánossá és

kötelezővé tétele útján próbálta meg lebontani az OEP monopóliumát. Bár a törvényjavaslat elkészült, 2004 áprilisában a társadalmi vita is megindult, és így a normaszöveg elvben benyújtható lett volna az Országgyűlésbe, a kormányfőváltás miatt, továbbá az SZDSZ ellenkezése miatt erre végül nem került sor.

Ágazati biztosítók. Időről időre felmerül az ágazati biztosítók felélesztése is. Erre is van példa: Csehország ezen az úton indult el, sőt a lengyel és román területi elvű biztosítói reform is módot ad arra, hogy a legerősebb és legnagyobb hagyományokkal rendelkező ágazati biztosítók egy szervezetbe tömörülve továbbra is fennmaradjanak. Bizonyos mértékig a magyar rendszer is ismerte a szakmai elkülönültséget (MÁV, BM, HM, OEP újságíró tagozata).

Ezzel a javaslattal szemben több nyomós ellenérv merül fel. Egyrészt vitatható, hogy van-e értelme és jogalapja annak, hogy egy adott ágazat vagy intézményi kör (pl. vasút, rendőrség, köztisztviselők) valamennyi alkalmazottja kötelezően egy biztosítóba tömörüljön, illetve annak, hogy adminisztratív korlátok zárjanak el minden az ágazatba nem tartozó polgárt a szabad biztosító-választástól. Az ágazati biztosítók nem kerülhetik meg, hogy részt vállaljanak a nyugdíjasok és az ágazathoz tartozó aktív dolgozók családtagjainak biztosításában. A családfővel egy háztartásban élő, eltartott feleségek és gyermekek ügye még könnyen kezelhető. De mi lesz a nyugdíjasokkal? Ha az ágazati biztosítót alapvető szervezési formának tekintenénk, akkor problémát jelentene a 3,5 millió nyugdíjas „szétosztása”. Másrészt végig kell gondolni, hogy ágazati alapon nem jönne-e létre egy túlzottan elaprózódott - 15-20 szereplős - biztosítási piac. A cseh tapasztalatok azt sejtetik, hogy egy 10 milliós piac nem tud eltartani ennyi biztosítót, s az is bebizonyosodott, hogy a tisztán ágazati elkülönülést sem lehet a gyakorlatban fenntartani. A „jó” biztosító magához vonzza az ágazaton kívülieket is.

Ezt igazolja az 1998-as magyar nyugdíj-reform is: pár évvel később már hat pénztár tömörítette az ügyfelek 75-80%-át. Ha a szakszervezetekkel és a politikai erőkkal folytatott tárgyalások során mégis ez az alternatíva nyerne támogatást, akkor arra kell számítani, hogy egészen rövid idő alatt az ágazatok közötti határok elmosódnának, s kialakulna az OEP-pel minden tekintetben egyenrangú, üzleti alapú és biztosítói háttérű egészségbiztosítók hálózata.

Önálló baleset-, rokkantsági és ápolási biztosítás. Az OEP-ben már régóta intenzív szakmai munka folyik az önálló balesetbiztosítási ágazat megteremtése érdekében. Az előzmények az Országgyűlés 1991-es határozatáig nyúlnak vissza, amikor a nyugdíjbiztosítás és a betegségbiztosítási ágazat tervbe vett elkülönítése kapcsán vetődött fel az önálló balesetbiztosítási ág szükségessége. Érvként akkor az hangzott el, hogy másképpen nem teremthető meg a foglal-

koztató közvetlen anyagi érdekeltsége a baleset megelőzésben, valamint az, hogy biztosítási szempontból indokolt lenne a kockázatarányos teherviselés elvének érvényesítése. E tárgykörben kész törvény-szöveg javaslat is rendelkezésre áll.⁴¹

Van abban logika, hogy a baleseti kockázatok más jellegű kezelést igényelnek, mint a megbetegedések. Csakhogy ez a logika a XIX. század egészségügyének logikája. A bányász, a vasutas, az öntő, a textilmunkásnő valóban baleset-veszélyesebb munkahelyen dolgozik, mint az irodai alkalmazott. A helyzet azonban az, hogy a nehéz fizikai munkát balesetveszélyes körülmények között végző dolgozók viszonylag kevesen vannak. Ha csak az ő helyzetük elkülönült kezelése a cél, akkor ezt a problémát ágazat-specifikus kockázatok *bonusokkal* és *malusokkal* is lehet kezelni. Így - például - technikai értelemben viszonylag egyszerű lenne egy olyan rendszer működtetése, ahol a foglalkoztatók ágazati besorolása alapján az egészségügyi járulék mértéke +/- 1-2 %-os sávon belül differenciált lenne. Ezzel azonban semmi sem oldanánk meg, mert a munkakörök jellegéből fakadó kockázatok nem csak a baleseti megbetegedésre, de a “normál” megbetegedési valószínűségekre és az ebből eredő tartós munkaképtelenségre (rokkantságra) is kihatnak. A hivatkozott példánál maradva: a bányászok igazi ellensége nem sújtólégrobbanás, hanem a szilikózis, a textilmunkások ritkán szenvednek csonkolásos balesetet, de gyakran éri őket halláskárosodás stb.⁴²

De vannak még további gondok is ezzel a javaslattal:

- A hatályos egészségbiztosítási törvények szerint a munkahelyi baleset fogalma kiterjed a munkahelyre és a munkahelyről való hazautazással kapcsolatos balesetekre is. Nem is ok nélkül, hiszen a közlekedési balesetek jelentős hányada valóban a munkába járással függ össze (pl. a települések között ingázó dolgozók esetében). Ha a baleseti egészségbiztosítás önálló ágazat, akkor ezt a problémát is kezelni kell.
- A törvények szerint nem csak a munkába járással kapcsolatos közlekedési balesetek tekintendők üzemi balesetnek, de minden olyan baleset is, amit a biztosított az egészségügyi ellátás igénybevétele során szenved el. Ebből azután érdekes helyzetek adód(hat)nak. Ha például egy biztosított vasárnap délutáni sétája során elesik és kificomodik a bokája, az nem tekinthető munkahelyi balesetnek. Ha viszont igazolni tudja, hogy azon a bizonyos vasárnapon nem csak úgy kedvére sétált, hanem az ügyeletes kórházba tartott, mert kínzó fejfájás gyötörte, s aminek következtében esetleg hétfőn kere-

⁴¹ Munkavédelmi Kutatási Közalapítvány – Helsinki University Knowledge Services Ltd. (1997).

⁴² Ezek az ún. foglalkozási megbetegedések, amelyeket a hatályos törvények az üzemi balesettel megegyező módon kezelnek.

sőképtelenné válhatott volna, akkor már üzemi balesetnek minősül az eset, s jár a kedvezőbb gyógyszer támogatás és táppénzes ellátás is.⁴³

- A biztosítók oldaláról nézve a balesetbiztosítás nem kizárólag a betegbiztosításhoz kapcsolódó termék. Ma Magyarországon milliós nagyságrendben van a lakosságnak olyan vagyonbiztosítási kötvénye – ti. a lakás-, a gépjármű és a külföldi utazáshoz kapcsolódóan -, amely kiterjed a baleseti ellátásra is. Egy elkülönülten működő, kötelező balesetbiztosítási ágazat mindezt feleslegessé tenné, illetve fenntartana egy indokolatlan kettős biztosítási rendszert.

Az önálló baleseti ágazat megteremtése a táppénz-folyósítás és a tartósan munkaképtelen személyek ellátását biztosító **rokkantsági** nyugdíjrendszer oldaláról nézve is nehezen kezelhető anomáliához vezetne, mert egymás mellett kellene működtetni kétféle táppénz rendszert és kétféle rokkantsági ellátó rendszert is. A szolgáltatások túlnyomó részét adó, ún. természetbeni ellátások nem függenek a jövedelemtől, egy kis rész viszont – ti. a táppénz és a baleseti járadék – közvetlenül függ a biztosított jövedelmétől. Ez azzal jár, hogy az OEP-nek nyilván kell tartania a biztosítottak jövedelmét, s egy sor más a munkaviszonnyal összefüggő adatot is. Nem véletlen tehát, hogy a magyar rendszert kívülről elemző szakértők – pl. a német BAYS intézet – határozottan állást foglaltak a táppénz fizetés leválasztása mellett.

Vannak olyan országok (pl. Ausztria), ahol az elkülönült balesetbiztosítási ágazat évtizedek óta kiválóan működik. De ha egyszer elindulunk ezen az úton, akkor nehéz megállni. Ha az OEP-en belüli elkülönült biztosítási alapok gondolatát támogatjuk, akkor további elkülönülések is indokolhatók. Így például szóba jöhet a teljes rokkantsági probléma önálló ágazatként való kezelése és/vagy az **ápolási biztosítás** önálló ágazatként való megszervezése.⁴⁴

Az OEP-pel egyenrangú üzleti biztosítók rendszere. Egyszerűnek és jól védhetőnek látszik az a javaslat, hogy – a fogyasztói szuverenitás és az egyéni felelősségvállalás értékeire hivatkozva – törvényi felhatalmazással kell teret nyitni az OEP-pel minden tekintetben egyenrangú biztosítóknak. Ezt lehet közvetlenül és egyszerűen megoldani: ehhez nem kell más, mint a tagság kötelező jellegének jogszabályi feloldása. De el lehet ide jutni bonyolultabb módon is: például a nem-kötelező regionális vagy ágazati biztosítók rendszerével. Akár így, akár úgy

⁴³ Ebtv. 52. § (2) bekezdés.

⁴⁴ 2003 nyarán meg is kezdődött a koncepció közigazgatási és politikai egyeztetése, de a kormányfőváltás és az SZDSZ ellenkezése miatt a kezdeményezés lekerült a napirendről. A koncepció elvi alapjait ld. Juhász (2003) terjedelmes tanulmányában, bírálatát Mihályi (2003b) cikkében.

valósulna meg ez az ötlet, abból nagy bajok lennének. Az OEP-pel minden tekintetben egyenrangú biztosítók megalakulásának támogatása azért sem kívánatos, mert azonnal százezres nagyságrendben hagynák ott az OEP-et azok a járulékfizetők, akik a mai rendszerben - mind abszolút, mind relatív értelemben - sok járulékot fizetnek. Pontosan tudjuk, hogy melyek ezek a társadalmi rétegek: a fiatalok, az egészségesebbek, a magas jövedelműek.

III. A BIZTOSÍTÁSI REFORM ALAPELEMEI – LOGIKAI ÁTTEKINTÉS

Ami változik, és ami nem

A fentiek alapján már rögzíthetjük a biztosítási piac további liberalizációja során követendő alapelveket, és az alapelvek mögött meghúzódó politikai és közgazdasági megfontolásokat. A legfontosabb változás a decentralizáció, az OEP monopolhelyzetének megszüntetése. Az alábbi táblázat az üzleti biztosítás és a társadalombiztosítási rendszer közötti alapvető különbségeket foglalja össze, és ebben a fogalmi keretben mutatja meg, hogy mi marad, és mi változik.

6. táblázat: A biztosítási rendszer maradó és változó elemei

Miben különbözik a társadalombiztosítás a biztosítás-matematikailag korrekt, üzleti biztosítástól?	Változás most?
1. Számottevő jövedelem-átcsoportosítás társadalmi csoportok (férfiak-nők, fiatalok-öregék, szegények-gazdagok, város-vidék) között. → Szolidaritás.	NEM
2. A részvétel és a díj-fizetés szabályait jogszabályok rögzítik. → Majdnem 100%-os lefedettség.	NEM
3. Puha költségvetési korlát: a járulékok nem fedezik a kiadásokat. → Direkt költségvetési támogatás.	IGEN
4. A gyógyítás költségeit elsősorban járulékokból, kisebb mértékben adókból finanszírozzák.	IGEN

A készülő törvény-tervezet egy olyan egészségbiztosítási modellt ír le, amely egyszerre több fontos követelménynek is képes eleget tenni:

-
- versenyhelyzetet teremt a finanszírozók között, de ez a verseny szigorúan szabályozott⁴⁵;
 - egyetlen magyar állampolgár sem marad biztosítás nélkül;
 - erősödik a járulék-, illetve biztosítási díj-fizetés és a szolgáltatás igénybevehetősége közötti kapcsolat, de a köz- és népegészségügyi szempontból fontos ellátások valamint a legköltségesebb megbetegedések tekintetében fennmarad a maximális állami garancia;
 - a versengő biztosítókra rákényszeríti a kemény költségvetési korlátokat, így nem kell attól tartani, hogy az egészségügyi ágazat kontroll nélkül „leszívja” a központi költségvetés forrásait,
 - egészségpolitikai szempontok alapján úgy osztja meg az egységes egészségbiztosítási csomagot, hogy az a lehető legkevesebb társadalmi konfliktussal járjon;
 - néhány átmeneti év után a csomag egy része tekintetében az állampolgárok választhatnak a biztosítók között;
 - nem jön létre az adminisztratív apparátusok megkettőződése;
 - lehetőséget ad a biztosítási piac átrendeződésének időbeli elnyújtására;
 - egyszerűvé teszi a régiből az új rendszerbe való áttérést;
 - megfelel a Kornai-féle etikai posztulátumoknak⁴⁶.

A javasolt modell elsősorban a holland és a szlovák, valamint az osztrák-német-svájci biztosítói rendszer elemeit ötvözi. Fenntartja, sőt a mai állapothoz képest még erősíti is az európai liberális és baloldali tradíció szerint értelmezett **szolidaritást**, tehát azt, hogy **a kötelezően biztosítottak személyes járulékkuk mértékétől függetlenül, azonos szolgáltatásokat kapnak az egészségügyi ellátásban**. Ugyanakkor a javasolt modell abból a sajátosan magyar, mai helyzetből indul ki, hogy az OEP nem biztosító, nem is pénztár. Az OEP *de facto* állami intézmény, 10 millió magyar állampolgár jogszabályok által kikényszerített kockázatközössége. A modell megengedi, hogy a polgárok kilépjenek az állami egészségbiztosítás rendszeréből és magukkal vigyék járulékkukat (*opting out*), de mind a kilépés, mind a járulék elvitele csak szigorú korlátok mellett lehetséges. A modell összekapcsolja az egységes egészségbiztosítási csomag és a finanszírozói oldal megbontásának ügyét. Ez megint a mai magyar helyzetre adott megoldási javaslatnak tekintendő. Ma Magyarországon a gyógyítással kapcsolatos költségek 25-30%-ára nincs intézményesített kockázatmegosztás: a betegek fizetnek az or-

⁴⁵ Vagyis, - Kornai–Eggleston (2004) – megfogalmazását használva a biztosításban „menedzselt verseny” valósul meg.

⁴⁶ A 9 kritérium összefoglalását ld. 1. sz. Függelékben.

vosnak, az ápolónőnek, az optikusnak, a fogtechnikusnak, s még a receptre felírt gyógyszerek esetében is 30-35%-os *co-payment*-et teljesítenek a gyógyszertárban. Más szóval, amit nem fedez a társadalombiztosítás, azt a beteg maga kell, hogy fizesse. Ez a fejlődő országok modellje. A fejlett világban – különösen Európában - ez a hányad sokkal kisebb. A kiadások finanszírozására biztosítási alapú, kollektív kockázat-megosztási rendszerek működnek. Egy ilyen rendszer megteremtése a feladat.

A forrásteremtés fő szabályai

Az egészségbiztosítók járulékokból és biztosítási díjakból fedezik kiadásaikat. Az áttekinthetőség és a méltányosság érvényesíthetősége érdekében mihamarabb át kell térni az *egyéni számlavezetésre*. Ezt követően világosan nyomon lehet követni, hogy a keresők és a nyugdíjasok milyen mértékű **járulék**fizetést teljesítettek, és azt is, hogy a nem-keresők után milyen mértékű **biztosítási díj** fizetés történik.

A járulékokról. Legkésőbb 2010-ig meg kell valósítani a keresetek 100%-os felbruttósítását. A felbruttósítás annyit jelent, hogy a tb-vel kapcsolatos minden járulékfizetés közvetlenül a munkavállalónál, a neki járó keresetből közvetlenül levonva jelenik meg, hasonlóképpen az szja-fizetési kötelezettséghez. Bruttósítani kell a nyugdíjakat is, hogy azok tartalmazzák az egészségügyi járulék és az szja fedezetét is.⁴⁷ Eldöntendő kérdés, hogy az egyetemi ösztöndíjakat célszerű-e felbruttósítani vagy inkább közvetlen módon kell előírni a kb. 200 ezer nap-pali tagozatos hallgató számára az egészségbiztosítási járulék-fizetés kötelező voltát.

Makroökonómiai megközelítésből azt mondhatnánk, hogy a felbruttósítás nyomán csak annyi változik, hogy a fiskális illúziót a pénzüllúzió váltja fel. Az emberek tudatában lesznek annak, hogy mennyi járulékot fizetnek, de miután a korábbi összegeket 100%-ban levonják, a nettó kereset egy fillérrel sem fog nőni. Ezt az érvelést elhibázottnak tartjuk. Minden tapasztalat azt igazolja, hogy az egyéni viselkedés szempontjából alapvető jelentősége van annak, hogy az állampolgár milyen mértékben rendelkezhet keresetével. Még abban az esetben is, ha a járulékfizetés kötelező marad, és a biztosítási kockázatközösségen belül mindig érvényesül egy fajta újraelosztás, fontos az a tudat, hogy mostantól kezdve **a járulék nem közpénz**. Az egyén maga választhat biztosítót, az általa befizetett összegeket a nevére szóló számlán veze-

⁴⁷ A nyugdíj az EU minden tagországában szja-köteles! A nyugdíjreform kapcsán 1997-ben elfogadott törvények szerint Magyarországon ezt a rendszert 2013-ban kell bevezetni.

tik, s azzal – bizonyos határok között – szabadon rendelkezik. Addig nem lehet megszüntetni a hálapénzt, amíg az emberekben nem tudatosodik, hogy mennyi járulékot fizetnek az egészségügyi ellátásokért.

A felbruttósításnak a potyautasok kizárhatósága szempontjából is nagy jelentősége van. Ha mindenki számára egyértelmű, hogy a betegbiztosítási járulékot a biztosítottnak kell fizetnie, akkor a biztosított elemi érdeke, hogy odafigyeljen arra, hogy minden hónapban megtörténik-e a megfelelő mértékű járulékfizetés, másfelől pedig a munkáltató saját dolgozójának pénzét „lopja el”, ha saját üzletvezetési gondjai miatt nem teljesíti a járulék-befizetési kötelezettséget. Ha megtörténik a felbruttósítás, akkor megszűnik az a mai anomália, hogy vita esetén nehezen tisztázható, hogy a sokféle betegbiztosításhoz kapcsolódó adó és járulék közül mi nem került befizetésre.⁴⁸

Járulékot alapjában véve csak rendszeres munkajövedelemre lehet kivetni. A közterhek beszedése nem épülhet pusztán kényszerre. Fontos, hogy a polgárok többsége legitimnek is tekintse az erre irányuló állami szabályozást. Azt azonban nem várhatjuk el az emberektől, hogy egészében és részleteiben átlássák az állami bevételek, illetve a közkiadások közötti kapcsolatot. Aki a folyók mentén lakik, az érzékelti tudja a gátépítés fontosságát, aki vadászrepülő, az tudja, mibe kerül egy katonai repülőgép. De nem mindenki lakik folyó mentén, és kevesen vannak a pilóták is. *A – nyugdíj mellett – a gyógyítás az a legfontosabb terület, ahol minden felnőtt ember számára viszonylag könnyen átlátható a befizetések és a juttatások közötti kapcsolat.* Ha ezt nagyjában-egészében rendben lévőnek gondolják, akkor el fogják hinni a mindenkori kormánynak, hogy az adók terén is rendben mennek a dolgok. Legyen tehát minden munkajövedelem teljes mértékben szja- és járulékköteles – akkor is, ha nyugdíjasról vagy östermelőről van szó, akkor is, ha Nobel-díjas művésztől vagy olimpikekről.

De azért ez nem ilyen egyszerű! Négy ellenvetést is meg kell vizsgálnunk.

(i) A modern gazdaságban a munka- és nem-munka jellegű jövedelmek elhatárolásának vannak szürke zónái (pl. szerzői jogdíj, kiküldetési díj, ajándékok, ingatlan bérbeadásából származó bevétel). A mai Magyarországon szerencsére ezek összességében nem eredményeznek

⁴⁸ Csak egy példa: Mi lenne a helyes eljárás a mai helyzetben, ha kiderül, hogy X. Y. munkavállaló esetében két évvel ezelőtt keletkezett egy 5 ezer Ft-os nagyságrendű járulékfizetési hiány. Elfogadható-e, hogy egy ilyen esetben a patika, a szakorvos, vagy a kórház az APEH-nál vezetett járulékszámla egyenlegre való hivatkozással megtagadja a támogatott gyógyszer kiadását és/vagy az egyébként banális, nem életmentő ellátás nyújtását?

olyan nagyságrendű jövedelmet, ami miatt érdemes feláldozni egy könnyen érthető, társadalmilag hagyományosan legitimnek elfogadott közteherviselési elvet.

(ii) Ha a munkáltatók és a munkavállalók közötti összekacsintásnak véget akarunk vetni, akkor a tőkejellegű jövedelmek után is kötelező lenne járulékot fizettetni. Írásaiban ezt az álláspontot képviseli Kornai János és Bokros Lajos is. Ez a logika az egészségügyi járulék (vagy akkor már: egészségügyi adó) esetében talán indokolt lenne, de a nyugdíjjárulék esetében semmiképpen sem. Technikailag azonban egyik esetben sem lenne egyszerű megoldani, hogy a lakosság – életkorra és foglalkoztatottsági helyzetre való tekintet nélkül – a nem-rendszeres, munkavégzéshez nem kapcsolódó jövedelméről számot adjon, s ennek megfelelően folyamatosan változó mértékű egészségügyi járulékot fizessen.⁴⁹ Nagyobb nehézség, hogy a tőkejövedelmek többnyire költség-elemeket is tartalmazó, bruttó bevételek, így a járulék-kivetés előtt ezeket még valamilyen egyértelmű eljárásrend szerint vissza kell nettósítani. Ezt egyszerűen aligha lehet megoldani.

(iii) Elvben elképzelhető egy olyan társadalombiztosítási rendszer, amely teljes mértékben fix-díjjal működik – tehát a járulék egyáltalán nem függ a jövedelemtől, bárhonnán is származik az. A legutóbbi németországi választások idején ez szerepelt a CDU programjában. Miuután az egykeresős családmodell idejét múlta, sok ráció van egy „biztosítás fejkvóta alapján” jellegű megoldásban. Egy ilyen rendszer azonban elvileg is csak a természetbeni egészségügyi ellátások esetében lehet működőképes, a táppénz, a nyugdíj- és a munkanélküliség elleni biztosítás rendszerében semmiképpen sem. Ezért ebben a formában ez az elgondolás Magyarországon nem tűnik használhatónak (és Németországban sem vezették be).

(iv) Magyarországon a munkanélküliek ellátását nem a tb-alapok, hanem a kormány kezében lévő Munkaerőpiaci Alap finanszírozza az oda befolyó ún. szolidaritási járulékból. Ez nem igazán logikus, de különösebb gond nem származik belőle, ezért rövidtávon nem érdemes megbolygatni ezt a rendszert is. Nagyobb baj, hogy az élők munkát – bizonyos feltételek között – még négy (!) további kvázi-járulék, a rehabilitációs hozzájárulás, a szakképzési hozzájárulás, a kulturális járulék és az innovációs járulék is terheli. Ezek valójában ugyancsak bagatelladók, mind a négyet meg kell szüntetni.

⁴⁹ Ez még megoldható. Ún. kéthasábos adóbevallásra van szükség. Az egyik hasámban be kell vallani az szja-köteles jövedelmeket, a másikban a járulékkal terhelt egyéb munkajövedelmeket, majd külön-külön ki kell számolni a fizetendő közterhet. Ez így működik Szlovákiában.

A biztosítási díjakról. Egy valódi biztosítási rendszerben nyilvánvalóan külön szabályozást igényel annak a körnek az egészségbiztosítása, akik a mai hatályos jogszabályok szerint sem tekinthetők biztosítottnak, hanem pusztán csak „egészségbiztosítási ellátásra jogosult személyek”-nek.

- A legnagyobb körrel, a több mint 2,6 millió nyugdíjasról már fentebb szoltunk, ők (bér)jövedelem arányok járulékot fognak fizetni..
- Hasonló nagyságrendet (kb. 2,1 millió főt) képviselnek a 18 év alattiak, döntően a családi pótlékban részesülők. Esetükben célszerűnek tűnik, hogy a központi költségvetés a biztosítóknak a Kincstáron keresztül történő átutalással fizesse ki a biztosítási díjat.
- Ugyanez a megoldás megfelelőnek tűnik a GYES, GYED és GYET-ben részesülő mintegy 0,3 millió fő esetében is.

Tengődők és számkivetettek

Egy piacgazdaságban a munkanélküliség természetes jelenség, melynek aránya általában nem éri el a 10%-ot. Az egészségbiztosítás reformja szempontjából a regisztrált munkanélküliek ügye megoldott (ld. fenn)⁵⁰. A gond azokkal van, akik már a munkanélküli ellátásból is kiszorultak és/vagy oda be sem kerültek. Ennek a sok százezer fős csoportnak egy része már túl van a nyugdíj-korhatáron, tehát rendelkezik valamiféle nyugdíj-jogosultsággal. Az ő helyzetük – az egészségbiztosítás szempontjából – szintén rendezett. Jogi szempontból nincs gond a részleges feketemunkásokkal sem, legalábbis addig nincs, amíg a minimálbér utáni járulékokat befizetik.⁵¹

De még így is marad egy jelentős csoportja a 18 éves kort betöltött, felnőtt magyar állampolgároknak, akik tengődnek. Ők a társadalom elesettjei, akik ma már döntően azért szorulnak ki a munkaerő-piacról, mert alulképzettségük miatt nem foglalkoztathatók. Nem azért nem fizetnek járulékot, s nem azért nem fizet utánuk senki járulékot, mert nem akarnak fizetni, hanem mert nem tudnak, mert nincs miből fizetniük. Aki potyautasokról beszél, róluk

⁵⁰ A fogvatartottak esetében ezt a terhet az igazságügyi minisztérium költségvetésén keresztül a költségvetés fogja állni.

⁵¹ Az „ál-minimálbéres”-ek táppénz problémája külön tárgyalást igényel.

is beszél. Márpedig őket nem lehet kizárni az egészségügyi ellátásból. A tengődők közül kerülnek ki a hajléktalanok, akik kimaradnak a lakásellátásból, és féltő, hogy a tengődők közül kerülnének ki azok is, akik az egészségügyi ellátásból kimaradnak. Ez nem sajátos magyar probléma, még csak az sem igaz, hogy a poszt-szocialista átmenet következménye lenne. Tengernyi tudományos elemzés bizonyítja, hogy ez a fajta tengődő szegény osztály (találó angol kifejezéssel: *underclass*) Angliában, Németországban, az Egyesült Államokban és sok más fejlett gazdag országban is folyamatosan újratermelődik.

Mindjárt jegyezzük meg: nem oldja meg a problémát az a megkülönböztetés, hogy az életmentő ellátásokat a regisztrálatlan, tengődők is megkapják, csak az ezen túliakat nem. Az érthető, hogy akit elüt a villamos, azt a mentő akkor is kórházba viszi, ha nincs biztosítása, és bekötözik, megműtik stb. De vajon kap-e a rákbeteg kemoterápiát, a vesebeteg dialízist, ha nincs biztosítása? Merthogy ez is életmentő kezelés. Rengeteg olyan életmentő kezelés van, amely méregdrága, de nehéz lenne kimondani, hogy a járulékot nem fizető, rendszeres jövedelemmel nem rendelkező személytől megtagadjuk.

Az elmúlt tíz év nagyon fontos tapasztalata, hogy a magánnyugdíjak bevezetése nem teremtett elégséges ösztönzést a feketemunka megszüntetésére. Az érintettek tudhatják, hogy ha nem fizetnek járulékot (vagy csak minimálbér után fizetnek), akkor a nyugdíjuk is kevesebb lesz, még sem fizetnek. Ha nem is mindig, de nagyon sokszor azért, mert a dologban nem ők döntenek, hanem a munkáltató, aki a járulékfizetés elkerülésére foglalkoztatja őket minimálbéren, másképp nem hajlandó őket foglalkoztatni. Olyan munkahely nincs, ahol teljes béren foglalkoztatnák őket, marad a minimálbéren való bejelentés. Azt is látni kell, hogy a részleges és teljes feketemunkásokat jelentős részben olyan munkahelyeken foglalkoztatják, amelyek jövedelmezősége nem bírná el a teljes bér bevallása melletti foglalkoztatást. Következésképpen, ha csak a teljes bér bevallása mellett lehetne a dolgozókat foglalkoztatni, akkor e munkahelyek jó része megszűnne.

A probléma megoldása kézenfekvő. Ma is működik a közgyógyellátás rendszere, amelynek finanszírozása és működtetése (különösen a jogosultság elbírálása) a helyi önkormányzatok feladata. Célszerűnek tűnik tehát, hogy ezen csoport tagjai számára a települési önkormányzatok vásároljanak biztosítást, majd pedig ezek a „közgyógy-biztosítottak” valamilyen véletlenszám-generáló algoritmussal kerüljenek elosztásra a biztosítók között.

Miért van szükség üzleti biztosítókra?

Az egészségügyi kormányzat klasszikus 22-es csapdája szituációban van. A versengő biztosítók megjelenése nélkül nem lehet remélni, hogy az egészségügyi szolgáltatások területén beindulnak a várt és indokoltnak tartott változások. Csak tőlük remélheti a kormányzat a reform véghezviteléhez szükséges szervező erőt és menedzsment-tudást. Másfelől viszont az üzleti biztosítók okkal félnek a rendszer kiépítéséhez szükséges hatalmas költségektől és visszakérdeznak: miért kellene nekünk magunkra vállalni a kínálati oldal rendbetételével járó népszerűtlen döntések sorozatát?

Látni kell azt is, hogy a biztosítási piac további liberalizációjáról önmagában nem is lehet dönteni. Leginkább azért nem, mert a kérdés önmagában nem is vethető fel. Csak akkor van értelme több biztosítót működtetni, ha ez – belátható időn belül, egy rövid 1-2 éves átmeneti periódus után - együtt jár az egységes egészségbiztosítási csomag további differenciálódásával, megbontásával is. Ha minden biztosító egy és ugyanazt a szolgáltatáscsomagot nyújtja, vagyis köteles válogatás nélkül, a minőségtől és az ártól függetlenül minden szolgáltatóval szerződést kötni, és semmilyen módon sem differenciálhat a biztosítottakat terhelő díjak tekintetében, akkor a további átalakításokat nem szabad megcsinálni, mert a működési költségét növekedéséből származó hátrányt önmagában a verseny léte aligha fogja ellensúlyozni. Kicsit módosítva a jól ismert szólást: Gúzsba kötött táncosokkal nem érdemes táncversenyt rendezni!

Az egészségügyi reform vitái során a verseny és a biztonságos működés kérdéseit sokan és sokszor a *for-profit*, illetve a *non-profit* – más megfogalmazásban: üzleti és nem üzleti - működés kategóriának bevezetésével próbálták közérthetővé tenni. Nem kell ahhoz képzett közgazdásznak lenni, hogy belássuk: ez a megkülönböztetés értelmetlen. Non-profit gazdálkodás nem létezik, csak nyereséges vagy veszteséges gazdálkodás van. Nem sokra megyünk az olyan megfogalmazással sem, ahol a non-profit működés fogalmát a nyereség visszaforgatásának kényszerével azonosítják. A profit - ha van - nem más, mint a bevétel és a kiadások különbsége, ha meg nincs, akkor veszteségről kell beszélni.

„Az a lényeg – halljuk sokszor -, hogy az egészségügyi szolgáltató és/vagy finanszírozó szervezet ne vonhassa ki a nyereséget a vállalkozásból”. Ha ezt a kritériumot tekintenénk a non-profit működés alapvető sajátosságának, akkor azt kellene mondanunk, hogy a sok milliárd dollárral gazdálkodó Microsoft cég, az IKEA, sőt maga New Yorki Tőzsde is non-profit vállalkozásként működött évtizedeken át. Ez nem Bill Gates és a többi

tulajdonos külön viselkedése - a *high-tech* iparágakban általános ez a működési modell. Az újonnan létrejövő cégek tulajdonosai hosszú éveken át csak a növekedéssel, a piaci részesedés emelésével, és ezen keresztül a részvény-árfolyam növekedésével törődnek, és egyáltalán nem céljuk, hogy osztalék formájában pénzt vonjanak ki a vállalkozásból.⁵²

Ne csapjuk be önmagunkat! Egy modern jogállamban a bevételekkel és a kiadásokkal való racionális gazdálkodás és közterhek viselésének kényszere alól semmilyen szervezet nem adhat önmagának felmentést - különösen akkor nem, ha sok pénzről és mások pénzéről van szó! A non-profit elv és a közhasznúság jogi kategóriáinak akkor van helyük, ha kisléptékű vállalkozásokról, egyéni kezdeményezéseken alapuló, időleges társulásokról van szó. Az egészségügyben ilyenek – vagy ilyenek lehetnek – a betegszervezetek, a tudományos társulások, kisebb szakmai érdekvédelmi csoportok stb. De biztosan nem ilyenek a szakrendelők, a kórházak, a biztosítók. (Egyébként sok esetben az egészségügyben működő non-profit vállalkozások és alapítványok valójában nagyrészt magáncélokot és magánérdekeket szolgálnak – a non-profit és az alapítványi forma legfőbb célja az adókerülés és a tb-terhek alól való kibújás.)⁵³

A háromszintű biztosítás modellje

Köztudomású, hogy a modern medicina a beavatkozás célját, indokoltságát, sürgősségét és költségét tekintve nagymértékben különböző eljárásokat kínál. Ebből következik annak szükségessége, hogy az egységes egészségbiztosítási csomagot a finanszírozás tekintetében megbontsuk. Nem lehet minden fajta gyógyító szükséglet kielégítését ingyenesnek, a biztosítási díj által „előre kifizetett”-nek tekinteni. Másfelől viszont minden megosztás problematikus, mert társadalmilag nem elfogadható, hogy a legszegényebb, legelesettebb rétegek kimaradjanak bizonyos ellátásokból.

A kétféle igény akkor egyeztethető a leginkább össze, ha az elvben elgondolható egészségügyi szolgáltatásokat legalább három nagy csoportba osztjuk, az ezekhez való

⁵² A non-profit elvhez hasonló értéktartalmat tulajdonítanak sokan a közhasznúság kategóriájának, s ennek megfelelően az is gyakran felmerül, hogy az egészségügyi ellátó szervezeteket (pl. a kórházakat) közhasznú társaság formájában kell működtetni. Kétségtelen, hogy a közhasznúság, mint jogi kategória bevett eleme a magyar jognak, az egészségügyre vonatkoztatva azonban nagyon is kétséges, hogy mit lehet kezdeni ezzel a kategóriával. Ha a gyógyítás közhasznú tevékenység, akkor az oktatás is az, sőt a tüzoltás, a temetkezés és a honvédelem is.

⁵³ Ez már a 90-es évek közepén is így volt. Ld. Szalai (1998).

hozzájutást különböző elvek szerint határozzuk meg, és különböző intézményekre bízunk. A továbbiakban ezért ezt a javasolt egészségbiztosítási modellt háromszintű modellnek nevezzük.⁵⁴ A hármás megosztás gondolata az 1998-ban beindult, vegyes finanszírozású nyugdíjrendszerrel való párhuzamosság teljes mértékben tudatos. Ott is arról volt szó, hogy a korábbi, egységes nyugellátási rendszert meg kellett bontani, hogy egyensúlyt lehessen teremteni a nyugdíjak értékállóságát fenyegető különféle kockázatok között. Másfajta kockázat ellen véd a társadalombiztosítási nyugdíj (I. pillér), a kötelező nyugdíjpénztár (II. pillér) és megint másfajta kockázat kezelésére alkalmas az önkéntes nyugdíjpénztárak rendszere (III. pillér). Ezt a megközelítést az egészségbiztosítás reformjában is alkalmazni lehet.

Az egységes egészségbiztosítási csomag hármás megosztása. Az első csoportba (**I. pillér**) azok a közegészségügyi és népegészségügyi orvosi ellátások tartoznak, amelyek az állampolgárok igen széles körét érintik, szakmai indokoltságuk nem vitatható, fajlagosan kis költséget igényelnek, sőt esetenként személyekre nem is lebonthatóak. Elsősorban a prevencióról és a szűrő jellegű vizsgálatokról van szó, de ide tartozhat a vérellátás, a klasszikus járványügy (a tüdőgondozók, a bőr- és nemibeteg gondozók), az addiktológiai gondozás, a terhesgondozás, az iskolaorvosi ellátás, a védőoltások stb. Az egyén oldaláról nézve ezek az ellátások előre kiszámíthatóak, nem tekinthető olyan értelemben véletlenszerű, váratlan eseménynek, mint egy baleset vagy egy megbetegedés. Az ilyen ellátások állami szempontból is jól tervezhetőek és célszerűen nagy rendszerekben működtetendők. Mindenképpen kívánatos, ha ebben a csoportban a biztosítási kockázat kezelése, a szolgáltatások ellenőrzése és a népegészségügyi adatok szisztematikus feldolgozása továbbra is egy kézben maradjon.

A közegészségügyi szempontból jelentős szűrő vizsgálatokat (pl. tüdőszűrés, AIDS-szűrés) semmiképpen sem szabad egymással versengő biztosítókra bízni. E vizsgálatoknál ugyanis a dolog természetéből következően rendkívül drága egy valódi beteg kiszűrése a sok-sok ezer egészséges páciens közül. Ez a fajta megközelítés még a rákbetegség esetében is erősen problematikus, de még inkább az, ha súlyosan fertőző megbetegedésekről van szó. Csak az állam, mint a teljes népesség kockázatközösségének szervezője lehet érdekelt abban,

⁵⁴ A hármás felbontás már felvetődött a Pénzügyminisztérium (1998) reform-tervében is. Ld. még Mihályi (1999) is. Elvben természetesen elgondolható lenne az egységes egészségbiztosítási csomag még kisebb csoportokra való bontása is (négy, öt vagy tíz szintű biztosítás). Ha ezt az utat járják, akkor viszont egyre bonyolultabb, egyre nehezebben áttekinthető modellhez jutnánk. Ez sem kívánatos.

hogy ezek a vizsgálatok a szakmailag indokolt, legszélesebb körben, teljes mértékben elvégzésre kerüljenek. Ha egy-egy biztosító döntésére bízunk a dolgot, akkor az könnyen juthat olyan következtetésre, hogy anyagilag kifizetődőbb a tbc-s betegek gyógyítása, mint a prevenció és a tömeges szűrés. Egyáltalán nem véletlen, sőt nagyon is sokat mondó tény, hogy az Egyesült Államokban a veszélyeztetett korcsoportok emlőrák szűrését nem a magánbiztosítók finanszírozzák, hanem az állam közvetlenül magára vállalja!⁵⁵

Az I. pillérhez tartozó szolgáltatások közös jellemzője az is, hogy igénybevételük a polgárok számára sem kényelmetlenséget/fájdalmat, sem különösebb élvezetet nem okoz. Ez azért fontos, mert így van okunk azt feltételezni, hogy az ingyenes ellátás nem fog senkit sem indokolatlan túlfogyasztásra ösztönözni. Ha pedig ez a helyzet, akkor nincs szükség erős anyagi érdekeltségi kényszerekre (pl. vizitdíj), illetve szigorú adminisztratív szabályozásra a túlfogyasztás visszaszorítása érdekében.

Megfontolandó, hogy az I. szint által finanszírozott szolgáltatási körbe nem lenne-e indokolt bevonnani azokat az egészségi állapottal összefüggő **pénzbeli ellátásokat**, amelyeket ma az OEP járulékból finanszíroz. Ezek között elsősorban a táppénzre, valamint a tartós munkaképtelenséggel összefüggő baleseti és rokkantsági ellátásokra gondolunk, de ide tartozhat az anyasági segély is. Egy ilyen megoldás azzal az előnnyel járna, hogy az elkerülhető lenne a nyilvántartások megkettőződése. Abban az esetben ugyanis, ha a kisebb megbetegedésekkel és/vagy a gyermekáldással összefüggő munkaképtelenség esetére járó táppénzt nem az OEP fizetné, akkor ez elkerülhetetlenné tenné, hogy II. pillér biztosítói is kiépítsék a maguk munkaügyi és családi adatbázisát. Ha ezt a megoldást választjuk, akkor – természetesen – az ehhez szükséges járulékfedezetet is megtarthatja az OEP. További járulékos előnye lenne ennek a megoldásnak, hogy amennyiben a keresetarányos táppénz fizetés az OEP hatáskörében maradna, akkor az pótlólagos érdekeltséget teremtene a valós jövedelmek bevallására is. Hiszen minden biztosított tudná, hogy az általa befizetett „állami” egészségbiztosítási járulék arányában kapna táppénzt, baleseti járulékot vagy rokkantnyugdíjat.

Az I. pillér szolgáltatásainak szervezésére, finanszírozására az OEP apparátusa tökéletesen alkalmas, végezzék tehát ők ezt a munkát minden biztosított magyar állampolgár számára hosszú távon is. A forrásteremtésnek két megoldása lehetséges: a) az OEP megtartja az egészségbiztosítási járulékok és a befizetett biztosítási díjak egy százalékosan meghatározott részét; b) az indokolt mértékű forrást a központi költségvetés utalja át az OEP-

⁵⁵ Hasonló okokból a *Medicare* állja a végbélrák és a prosztatatarák szűrés költségeit is.

nek. Az előterjesztők a b) változatot támogatják.

Egy másik csoportba javasoljuk sorolni azokat az orvosi beavatkozásokat, amelyek közös jellemzője a magas fajlagos költség, a viszonylag kicsi esetszám, a véletlenszerűség, valamint a beavatkozással együtt járó nagyfokú fájdalom, kellemetlenség, illetve kockázat. Ezt nevezzük **III. pillérnek**. Ide tartoznak a nagy értékű műtéti beavatkozások, a rák gyógyításánál alkalmazott sugárterápia és kemoterápia, a koraszülött ellátás bonyolultabb esetei, valamint a járóbeteg ellátásában használatos legdrágább gyógyszerek. Az angol nyelvű szakirodalom ezt találó módon katasztrófa-ellátásnak (*catastrophic health insurance*) nevezi. Éppen azért, mert súlyos, hosszantartó és emiatt drága betegségekről van szó, számos országban elkülönített biztosítók foglalkoznak a szükséges kezelések finanszírozásával.

A nemzetközi példák közül a legismertebb és legsikeresebb a holland és a szingapúri rendszer. Hollandiában az történik, hogy a hosszú ápolási idő miatt rendkívül költséges megbetegedések gyógyításának finanszírozásáért az állam vállal felelősséget, s e célból fenntart egy országos hatáskörű, állami tulajdonban lévő, járulékából finanszírozott egészségbiztosítót. Szingapúrban költségoldalról határozzák meg a katasztrófális megbetegedéseket: egy bizonyos értékhatár felett a kiadásokat már nem a magánbiztosítók, hanem az állami biztosító állja. Az Egyesült Államokban az állami költségvetés (*Medicare*) életkortól függetlenül minden beteg számára átvállalja a vese-transzplantáció és a dialízis költségeit.

A magas fajlagos költség azt indokolja, hogy egy Magyarország méretű kis országban az országos méretű kockázatközösség ne kerüljön megbontásra, és a finanszírozás felelőssége semmilyen körülmények között ne kerüljön magánkézbe. Mi több, **különlegesen erős állami garanciát kell teremteni arra, hogy a legsúlyosabb, leghosszabb ideig tartó és legköltségesebb megbetegedések esetén minden magyar állampolgár azonos szintű orvosi ellátásban részesüljön.** A III. pillér állami kézben tartása – legalábbis az első években - éppen ezt szolgálja. Itt tehát az ellátást megint csak az állami biztosító, azaz az OEP finanszírozná, ezért az OEP megkapná a járulékok egy bizonyos további hányadát. A következtetés tehát ugyanaz, mint az I. szint esetében, jól lehet az indoklás más. A III. pillérhez tartozó beavatkozásokról elmondható, hogy a velük járó kockázatok és kellemetlenségek miatt megint csak nem áll fenn a „túlfogyasztás” veszélye. Az esetek túlnyomó többségében biztosra vehető, hogy a betegek nem fogják ezeket a szolgáltatásokat csak azért igényelni, mert a biztosító állja a költségeket. Gondoljunk arra az óriási különbségre, hogy milyen eltérő mértékben és eltérő módon érdekelt egy “átlag-beteg” az ingyen gyógyfürdő és az ingyenes kemoterápiái kezelés igénybevételében.

A nemzetközi tapasztalatok azonban arra hívják fel a figyelmet, hogy a legdrágább beavatkozások erőltetése a szolgáltató kórházak és orvosok érdeke is lehet – akár presztízs okokból, akár azért, hogy lekösse a kórház amúgy kihasználatlan kapacitásait vagy éppen azért, mert az orvos nem tudja függetleníteni magát a gyógyszergyárak nyomásától. Ezért indokoltnak tűnik, hogy ebben a fajlagosan igen drága ellátási körben az ellátások volumene országos szinten állami ellenőrzés alatt maradjon. Arra lesz tehát szükség, hogy a költségvetés tervezése során az OEP tételesen meghatározza, hány szívműtétet, szervátültetést tart finanszírozhatónak, növeli vagy csökkenti a geriátriai ápolásban részesített személyek számát. Ez nem újdonság, tulajdonképpen ma is ez történik, csak éppen a döntés felelőssége megoszlik az OEP és az Egészségügyi Minisztérium között.

Aki ismeri a finanszírozás jelenlegi rendszerét az tudja, hogy azok az ellátások, amelyeket az III. pillérbe kívánunk sorolni, javarészt jelenleg sem az általános egészségbiztosítás rendszeréből – az úgynevezett általános gyógyító-megelőző kasszából - finanszírozzódnak. Mind az Egészségbiztosítási Alap, mind az Egészségügyi Minisztérium költségvetésébe elkülönített kasszák vannak beépítve (pl. a vérzékenység, a szklerózis multiplex kezelésére, bizonyos szervátültetések finanszírozására⁵⁶), és éveken át a minisztérium állta az ún. különkeretes gyógyszerek számláját is. Elvi akadályja nincs annak, hogy ez a kör visszakerüljön a gyógyító-megelőző kasszába, de fontos, hogy megértsük a mai megoldás mellett szóló érveket is. Ma is arról van szó, hogy az egészségpolitika irányításáért felelős vezetők minden körülmények között biztosítani akarják egyes nagyértékű szolgáltatások anyagi fedezetét, de egyúttal kontrollt is akarnak gyakorolni a szolgáltatások volumene felett. Ezt a megfontolást kell a jövőben is szem előtt tartani.

Ha a jövőbe tekintünk, akkor célszerűnek látszik, hogy a III. pillérhez soroljuk az olyan orvosi ellátásokat is, melyek közös jellemzője a rendkívül hosszú ápolási idő. Elsősorban az **időskori ápolás** elkerülhetetlenül növekvő társadalmi költségeire kell intézményes finanszírozási módszert találnunk, de a hosszú idejű ápolás körébe tartoznak az elmebetegintézeti, pszichiátriai fekvőbeteg intézetek szolgáltatásai, a rehabilitációs és a bentlakásra kényszerülő mozgássérültek, a gyógyíthatatlan betegségben szenvedők valamint a szenvedélybetegségek (alkohol, kábítószer) gyógyítása. A sokszor éveket is igénybevevő ápolás költségei rendkívül magasak - az ezzel összefüggő kockázatokat sem ruházhatjuk rá a kisebb méretű biztosítókra. Ha ugyanis ezt tennénk, akkor azzal kellene számolnunk, hogy e kockázatok terhét a biztosítók áthárítanák a betegek legközvetlenebbül érintett csoportjára.

⁵⁶ A pontos felsorolást ld. az Ebtv. 18. §. (5) bekezdésében.

Az I. és a III. pillér pontos tartalmát tételes módon előre meg kell határozni, s ezt jogszabályban kell rögzíteni. Ez – mint arra már Kornai János is utalt – egy évente lefolytatandó keserves alku a biztosítók és a Felügyelet között, amelybe be kell vonni az orvosi szakma érdekképviseleti és tudományos reprezentánsait, valamint a betegszervezeteket is. Ha ez megtörtént, akkor a modell **II. pillérjét** a maradék elv definiálja: minden ellátás ide tartozik, amely nincs benne az I. és a III. pillérben. Ez lesz az az ellátási csomag, ahol az állampolgárok szabadon választhatnak biztosítót. Ha úgy gondolják, egy átmeneti, 18-24 hónapos időhatárig benne maradnak az állami biztosítás, az OEP rendszerében, de ha úgy látják jónak, akkor a II. pillér által nyújtott szolgáltatások tekintetében egy biztosítóval is szerződést köthetnek.

A rendszer finanszírozhatósága szempontjából kardinális kérdés a I., II., III. pillér, illetve az (a) + (b) + (c) elemekből összetevődő forrás-tömeg egymáshoz viszonyított aránya. Előzetes számítások szerint úgy tűnik, hogy az I. pillér – a pénzbeli ellátásokat is figyelembe véve - 20%-nál nem igényel több forrást, míg a III. pillér relatív nagysága 15-20 %-nak felel meg. A maradék elve alapján adódik, hogy a gyógyító kiadások 60-65%-a a II. pillérhez tartozik. Viszonylag kis értékű beavatkozásokról van szó (egyszerűbb diagnosztikai vizsgálatok, szakorvosi konzultáció, kisebb sebészeti/műtéti beavatkozások, mindennapos gyógyszerek), de nagyon nagy volumenű igénybevételről. Az ide tartozó vizsgálatok és gyógyító eljárások többsége sem fájdalommal, sem kellemetlenséggel nem jár – esetleg még valami fajta örömezt is okozhatnak (pl. gyógyfürdő, masszázs, szellemi és fizikai teljesítőképesség fokozása, esztétikai korrekciós beavatkozások). Ezért fontos, hogy a II. pillér finanszírozása fokozatosan üzleti alapokra kerüljön, s az egymással versengő biztosítók feladata lesz a költségek féken tartása.

7. táblázat: Az egészségbiztosítás új modellje

<i>Elnevezés</i>	<i>Költség- megoszlás</i>	<i>A szolgáltatás tartalma</i>	<i>Biztosítási díj megállapításának elve</i>	<i>Biztosító intézmény</i>
III. szint (pillér)	15-20 %	Nagy költségű műtéti beavatkozások és gyógyító eljárások teljes költsége (pl. életmentő műtétek, szervátültetés, sugárterápia), hosszú idejű ápolással járó gyógykezelés (pl. elmeógyógyintézet, alkohol elvonás)	Jövedelem arányos	OEP
II. szint (pillér)	60-65 %	Alap (vagy rutinszerű) ellátások. Minden olyan mai természetbeni ellátás, ami nem tartozik sem az I., sem a II. szinthez.	Egy hosszabb átmeneti időszak alatt jövedelem arányos, utána fix díj	Kötelezően választott üzleti magán-biztosító (kezdetben max. 8-10 biztosító)
I. szint (pillér)	20 %	Biztosan: Közérdekű és preventív egészségügyi ellátások (pl. szűrés, tüdőgondozás, vérellátás, iskolaorvosi ellátás). Esetleg: egészségi állapottal összefüggő pénzbeli ellátások (pl. táppénz, terhességi-gyermekágyi segély).	Nincs	Központi költségvetés

A biztosítási díjak (járulékok) mértéke, a beszedés és az újraelosztás rendszere. A javaslat szerint tehát az I. és III. pillérhez tartozó gyógyító-megelőző ellátások körében, valamint a pénzbeli ellátások tekintetében a jövőben is fennmaradna az OEP monopol-helyzete. Ugyanakkor a II. pillérhez tartozó ellátások tekintetében a polgárok élhetnek a szabad választással. Ha úgy döntenek, az új rendszer indulásának első napján kiléphetnek az OEP-ből, és egy számukra szimpatikus üzleti biztosítóval köthetnek szerződést. Ez a biztosítás tehát önkéntes, de csak a választás tekintetében. Aki kilép az OEP-ből, az valahol másutt köteles biztosítást kötni, s ha így dönt, akkor járulék meghatározott hányadát magával viheti. De nem a teljes járulék tömeget viszi magával, hanem csak a II. pillér finanszírozásához szükséges részt (ennek részleteit ld. később).

Az első két évben nem változna a járulék-mérték kiszabásának rendje sem, a járulék mértéket kötelező módon továbbra is a törvény határozza meg. A rendszer egészében a pénzforrás teljes összege sem változna. A beszedést kezdetben az APEH, majd egy átmeneti időszak után az új biztosítók maguk végzik, illetve végeztetik.⁵⁷

Hosszabb távon az a cél, hogy összességében a biztosítottak jövedelem-arányos terhei csökkenjenek és fokozatosan - a jövedelemnövekedéssel együtt mozgó - fix díjakká változzanak. A havi terhek csökkenése lehetőséget ad a vizitdíj növelésére és a százalékos *co-payment* fokozatos kiszélesítésére, a fix díjas rendszer felé való elmozdulás⁵⁸ csökkenti a készletet a jövedelem eltitkolására. Rövid távon azonban ezeket a célokat aligha lehet megvalósítani. Ezért legalább egy-két éves átmeneti időszakra célszerűnek tűnik fenntartani azt a mai rendszert, miszerint a (majdan felbruttósított) járuléktömeget jövedelemarányosan kell megfizetni. Rövid távon tehát olyan szabályozást kell kialakítani, amely nem érinti az egészségbiztosításhoz kapcsolódó járulékterhek össz volumenét, s következésképpen a költségvetés, illetve a lakosság tehervállalását sem. Csak e célnak alárendelten lehet elmozdulni a fix díjas járulék, illetve biztosítás irányába is.

Ez nem pusztán, sőt nem is elsősorban pénzügytechnikai kérdés. A szociális biztonsághoz fűződő alkotmányos jog szempontjából fontos, hogy az átmenet idején az állampolgárok túlnyomó többségénél ne fordulhasson elő, hogy megbomlik a befizetett

⁵⁷ Az OEP esetében – legalábbis egy átmeneti időszakban - értelemszerűen fenn marad az a mai gyakorlat, hogy az OEP-nek járó járulékot az APEH szedi be.

⁵⁸ További részletes vizsgálatokat igényel a fix és változó járulékformák arányainak megállapítása. Már ma is vannak fix összegű járulékok – ilyen az egészségügyi hozzájárulás (EHO), az egyéni járulék korlátos része és a minimálbér után fizetett járulék. Másrészt az is igaz, hogy alacsony jövedelemszint mellett a fix összegű járulék százalékos formában nagyobb terhenek felel meg.

járulék és az érte kapható természetbeni egészségügyi szolgáltatások aránya. **Senki sem érezheti úgy, hogy a biztosítási reform másnapján ugyanakkora mértékű járulékért kevesebb ellátására lesz jogosult.**

Az egészségügyi ellátások három részre bontása lehetőséget ad arra is, hogy a mainál lényegesen szigorúbb módon büntesse a biztosító – pontosabban a biztosítók – a potyautasokat, a nem-fizetőket. Ha ugyanis eleve garantált, hogy a legköltségesebb beavatkozásokat (III. pillér), valamint a közegészségügyi és más szempontok szerinti ellátásokat (I. pillér) mindenképpen megkapja a beteg, akkor a közvéleménnyel könnyebben elfogadható a következetes biztosítói magatartás a II. pillér tekintetében. Arra lesz szükség tehát, hogy a II. pillér igénybevételének jogosultságát a biztosító évente kártya kiküldésével igazolja, aki viszont nem rendelkezik ilyen igazolással, attól a szolgáltatók akár meg is tagadhassák az ellátást.

A mindennapi gyakorlatban – természetesen – a kérdés szabályozása még számtalan kérdést fel fog vetni. Nyilvánvaló, hogy egy kisebb baleseti sérülés ellátását a jövőben sem lehet megtagadni a betegektől – függetlenül attól, hogy tudja-e igazolni biztosítói jogviszonyát vagy van-e egyáltalán biztosítása. Az ilyen típusú ellátások azonban kis munkával listába szedhetők, ellátásukra átalányköltség kalkulálható, s végső soron a nem-biztosítottak ilyen jellegű ellátását szintén be lehet vonni az üzleti biztosítók közös kockázati alapjába (viszontbiztosítás).

Rövid időn belül a betegbiztosítási kártya hitelkártyaszerűen is működhet: a szolgáltató elektronikus adatátvitel útján egy pillanat alatt ellenőrizni tudja, hogy van-e „fedezete” a biztosítottnak, azaz rendben fizeti a járulékot. Ezen a területen a nagy biztosítók szinergikus hatással is számolhatnak. Ha ugyanis egészségbiztosítási ügyfeleik egyben nyugdíjbiztosítással is rendelkeznek, akkor viszonylag egyszerű lesz az igényjogosultság és a folyamatos díjfizetés nyomon követése.

A kockázat kiegyenlítés mechanizmusai

A „olcsó” és „drága” betegek közötti szelekció megakadályozására nem elegendő a törvényi tiltás, és a szigorú szankciók. Rendkívül fontos, hogy a biztosítók ne legyenek érdekeltek az ügyfelek életkor, egészségi állapot és szociális helyzet szerinti szelekciójában. Ez ugyanis olyan versenyt generálna, amely gyorsan elvezetne a pénzügyi és társadalmi

ellehetetlenüléshez. Az is fontos, hogy az egészségügyi intézmények – különösen a kórházak – ne elégedhessenek meg valamiféle „állami betegellátói” státusz-szal, mindenképpen szükségük legyen arra, hogy a fennmaradásukhoz szükséges források döntő hányada a biztosítóktól származzon. Ez lesz ugyanis a minőségi működés egyik fontos garanciája.

Az első védekező mechanizmus maga a háromszintű rendszer. Azzal, hogy a legnagyobb fajlagos költségű beavatkozásokat és a pénzbeli ellátásokat kivesszük az üzleti biztosítás kötelezettségi köréből, máris csökkentettük a biztosítókra nehezedő nyomást. De szükség van további kockázat kiegyenlítő mechanizmusra is.

Annak érdekében, hogy a II. pillér finanszírozása során se működjön erős érdekeltség a lefölözésre – tehát az idősebbek és a betegebbnek tűnőbb ügyfelek kizárására -, erőteljes keresztfinanszírozásra, redisztribúcióra, egy fajta viszontbiztosításra van szükség. Hogy ez megoldható, arra két bizonyíték is rendelkezésre áll.

- 1992 óta így működik a háziorvosi rendszer is. Az orvosok ún. korrigált fejkvóta formájában kapják a fizetséget a náluk leadott TAJ-kártyák után. S mivel egy idős, krónikus betegségben szenvedő férfi után magasabb pontérték jár, mint – mondjuk – egy 20 éves egészséges nő után, a háziorvosok nem érdekeltek abban, hogy praxisukba csak fiatal beteget fogadjanak be.
- Több éve alkalmazza a korrigált fejkvóta rendszert az Irányított Betegellátási Rendszer is. Itt 2 millió TAJ-kártya tulajdonos ellátásáról gondoskodnak a betegellátást szervezők. Ebben a rendszerben nem egyszerűen a kor- és nem szerinti fejkvóta allokáció történik meg, de figyelembe vételre kerül az is, hogy az egyes ellátásokat (mai OEP-szakkifejezéssel: kasszákat) a különböző demográfiai csoportok nem azonos gyakorisággal veszik igénybe. A jelenlegi arányok pontosan ismertek⁵⁹, ezek jó kiindulási alapot jelentenek. A nagyszabású kísérlet során egyértelműen bebizonyosodott, hogy 100 ezer fő felett a kockázatok gyakorlatilag teljesen kiegyenlítődték az egyes IBR-ek között.

⁵⁹ Így – például – tudni lehet, hogy egy átlagos naptári évben a magyar lakosság 81%-a biztosan megjelenik valamilyen járóbeteg szakrendelésen, és kb. ugyanekkora hányad kivált legalább 1 db vényköteles gyógyszert. Ún. aktív kórházi ellátásra és gyógyászati segédeszközre csak minden hatodik embernek van szüksége, krónikus ellátást viszont csak az állampolgárok 1,6%-a igényel.

8. táblázat: A korrigált fejkvóta rendszer alapsémája

		Férfiak				Nők				Összesen
		0-5 éves	...	95...100 éves	100 év felett	0-5 éves	...	95...100 éves	100 év felett	
1	Háziorvosi ellátás									100%
2	Fogászati ellátás									100%
3	Fekvőbeteg szakellátás									100%
4	Aktív									100%
5	Krónikus									100%
6	Járóbeteg szakellátás									100%
7	CT, MRI									100%
8	Művekezelés									100%
9	Házi szakápolás									100%
10	Gyógyszertámogatás (külön szerződés szerint finanszírozott gyógyszerellátások nélkül)									100%
11	Gyógyászati segédeszköz támogatás									100%
12	Gyógyfürdő szolgáltatás									100%

A betegek közötti szelekció elleni második védvonalat az jelentheti, hogy – a kórházak példájánál maradva – a II. pillér tekintetében is megoszlik a finanszírozás. Az ellátás költségének csak 70%-át fogják a biztosítók állni, az OEP 30%-os arányban kiegészítő biztosításként működik.⁶⁰ A szolgáltatók oldaláról nézve a rendszer úgy működne, hogy minden betegszámlát két biztosító fizetne: nagyobb részben a biztosítók, kisebb részben az OEP. Mint látható, itt tulajdonképpen a francia modell arányainak megfordításáról van szó: a kiegészítő biztosítás szerepe hárul az állam által irányított tb-kassza kezelőre. Ennek a megoldásnak egyrészt az az előnye, hogy a biztosítók mellett – bizonyos értelemben ellenükben - működik egy kontroll szervezet, másrészt pedig az, hogy az OEP finanszírozás csak az általános ellátási standardoknak megfelelő gyógyító szolgáltatások 30%-át fedezi, ha a beteg – saját igénye alapján – ennél magasabb szintű ellátást vesz igénybe, akkor a többlet költséget teljes mértékben neki kell állnia (készpénzfizetéssel és/vagy kiegészítő biztosítással). Hátránya viszont ennek a megoldásnak az adminisztráció megkettőződése, hiszen minden egyes orvos-beteg találkozást két biztosító is nyilvántartana.

Ha nem is az első évben, de előbb-utóbb meg kell teremteni a feltételeit annak is, hogy adókedvezményekkel és más eszközökkel ösztönözzük a nagyobb munkáltatókat arra, hogy alkalmazottaik számára **csopartos** módon kössék meg a II. pillérre vonatkozó biztosítást. Ez csökkenti a biztosított kiszolgáltatottságát a biztosítókkal szemben (a munkáltatóknál érdemes erre a feladatra specializált szakapparátust kiépíteni), s egyben előnyös a biztosítók számára is, mert elősegíti a kockázat diverzifikálását, s csökkenti az adminisztrációs és promóciós

⁶⁰ Ez a javaslat Bokros (2001) tanulmányában merült fel először.

költségeket is. Hasonló okok indokolják, hogy a II. pillér tekintetében a biztosítók – egy átmeneti, 1-2 éves periódus után - **családra orientált** termékekkel jelenjenek meg. Így például elképzelhető a 2 kereső + 2 gyermek, 2 kereső + 1 gyermek, az 1 kereső + 1 gyermek, a nagyszülőkre is kiterjedő nagycsaládos termék stb.

Új biztosítók megalakulása

A biztosítási piac további liberalizációja aligha mehet végbe anélkül, hogy ezt a kényes folyamatot ne törvény szabályozza. Sőt, valójában két törvényre van szükség. Az első – és ezt már elfogadta az Országgyűlés – az Egészségbiztosítási Felügyelet létrehozásáról intézkedik, a második pedig az egészségbiztosítók működésének főbb szabályait fogja rögzíteni.

Alapvető követelmény, hogy – legalábbis egy 5-10 éves átmeneti időszakban – üzleti alapú egészségbiztosítási szolgáltatást csak Magyarországon bejegyzett, erre a tevékenységre szakosodott részvénytársaság végezhet. Szükséges, hogy a biztosító megfelelő mértékű jegyzett tőkével és szavatoló tőkével rendelkezzen, a Felügyelet pedig mérlegelési jogot kell, hogy kapjon a bizonytalan, átláthatatlan tulajdonosi háttérrel rendelkező „jelentkező”-k kiszűrésére. Fontosak a mérethatárok is. Előzetes szakértői becslések és az IBR-rel kapcsolatos hazai tapasztalatok azt sugallják, hogy az elvárható minimális mérethatárt 100 ezer tagnál, a felső határt 2 millió tagnál célszerű meghúzni. Döntés kérdése, hogy az egészségbiztosítók kezdetben csak ideiglenes működési engedéllyel rendelkezzenek, amit a 100 ezres küszöb elérése után vált fel az állandó engedély, vagy azt a megoldást választja a jogalkotó, hogy a biztosítók 3-6 hónapos határidőt kapnak a megalakulástól a működés megkezdéséig.

A biztosítókhoz a be- és átjelentkezés egyoldalú nyilatkozattal történik. A Biztosító senkit sem utasíthat vissza, amennyiben átlépőről van szó, a választott „új” biztosító kötelessége kijelenteni a biztosítottat a „rég” biztosítójától. Abban az esetben, ha egy biztosító már elérte a 2 milliós felső határt, külön eljárás rend kell annak megakadályozására, hogy újabb tagok jelentkezessenek.

Az indulás időszakában – vagyis azt követően, hogy az új biztosítók megkapták az ideiglenes működési engedélyt – egy törvény által meghatározott időszak áll az állampolgárok rendelkezésére, hogy biztosítót válasszanak. (Ez lehet 6, 12 vagy akár 18 hónap is.) Feltételezhető, hogy ebben az időszakban a biztosítók erőteljes reklámkampánnyal fogják megpróbálni „megszerezni” az ügyfeleket, s rábírní őket az OEP-ből való kilépésre. Ezen a

ponton a választható lehetőségek útja ismét elágazik.

a) A határidő lejárta után az OEP-nél maradt állampolgárok egy véletlenszerű algoritmus alapján „szétosztásra” kerülnek a már működő, engedéllyel rendelkező üzleti biztosítók között.

b) A határidő lejárta után aki nem lépett ki az OEP-ből, az egészen addig a pillanatig ott marad biztosítottként, amíg nem kerül sor az első orvos-beteg találkozásra. Amikor viszont ez megtörténik, akkor a kezelés megkezdése előtt a biztosított az orvosi rendelőben „kényszerül” a választásra: a helyszínen fogja aláírni a belépési nyilatkozatot valamelyik biztosítóba. Finanszírozási oldalról nézve tehát a rendszer úgy fog működni, hogy az új biztosítók megjelenését követő X hónap *után* az OEP már nem fogja a régi módon, közvetlenül finanszírozni a szolgáltatókat. Elvben elképzelhető, hogy lesznek olyan magyar állampolgárok, akik X hónap lejárta után sem választanak maguknak megbízót, és orvoshoz sem jutnak el – például azért, mert tartósan külföldön élnek. Esetükben – mondjuk - 2010 lesz a végső határidő. Őket egy számítógépes sorsolás alapján szét kell osztani a működő biztosítók között.

Nyilvánvaló, hogy mindkét megoldásnak vannak előnyei és hátrányai. Az első megoldás nagy előnye, hogy semmiképpen sem keletkezhet olyan helyzet vagy akár csak olyan látszat, hogy az OEP a „szegények biztosítója”, hiszen X hónap után alapbiztosításra senki sem marad ott. Ha mindenki új biztosítóhoz került, nehezebb a reformot visszacsinálni. Hátránya viszont a radikális megoldásnak, hogy választási kényszert teremt – s azt sok ember nagyon nem szereti! A túlzottan gyors, vagy gyorsnak tűnő átmenet a biztosítóknak is aggályos lehet, mert erőltetetten gyors ütemű fejlesztésekre kényszeríti őket, nem hagyva időt a tanulásra. Úgy tűnik, hogy ez lesz a reform-stratégia legnehezebb döntése.

Ehhez képest már egyszerű feladat lesz szabályokat alkotni arra vonatkozóan is, hogy mi történik abban az esetben, ha valamely biztosító kettő, három vagy akár tíz esztendő után úgy dönt, hogy kivonul a piacról. A biztosítottaknak legalább 6-12 hónapot kell ilyenkor kapni arra, hogy új biztosítót válasszanak. Olyan automatizmust nem szabad teremtetni, amely lehetővé teszi, hogy a biztosítás felelőssége visszaháruljon az államra, vagy az OEP-re.

Az OEP funkciói az új rendszerben

A biztosítási piac megnyitását megelőzően az OEP-től el kell venni a nem-egészségbiztosítási funkciókat és részben a szakminisztériumban, az ÁNTSZ-ben, az újonnan

felálló Egészségbiztosítási Felügyeletnél, részben az okmányirodákban kell ezeket ellátni. A társadalombiztosítási kifizetőhelyek hálózata a korábbi nagyipari munkahelyekhez képest úgylis megváltozott, nincs akadálya, hogy az anyasági ellátások és minden ehhez hasonló pénzbeni ellátás az okmányirodákhoz kerüljön.

A javasolt célmodellben az OEP – azaz a közvetlen állami ellenőrzés alatt álló társadalombiztosítási igazgatási szerv – továbbra is szerepet fog játszani. Egyrészt megtartja monopol-helyzetét az I. és a III. pillér finanszírozásában, másrészt a II. pillérnél is megjelenik társfinanszírozóként. (Persze más lehetőségek is elgondolhatók!)

A biztosítók versenye

A kötelező gépjármű biztosítás, a lakástakarék pénztári rendszer bevezetése és a nyugdíjreform tapasztalatai azt valószínűsítik, hogy egy jól előkészített egészségbiztosítási reform gyorsan átrendezné a biztosítási piacot. Egy jelentős hányada a lakosságnak már az önkéntes választás időszakában választana magának biztosítót. Néhány évvel az indulás után - mint a kötelező gépjármű-biztosítás példája is mutatta – már érződni fog a verseny ármérséklő hatása.⁶¹

Kezdetben a biztosítók lényegében ugyanazt a terméket fogják kínálni. Verseny az árak, a családi csomagok variációi és az ügyfél kiszolgálás minőségében lesz csupán. De a biztosítók nem pontosan ugyanazzal a szolgáltatói körrel fognak szerződést kötni. Így az orvosi szolgáltatások minősége mégis eltérő lesz. Továbbá: ha és amennyiben az egészségbiztosítók a nagy üzleti biztosítók rendszerébe integrálódnak, akkor mód nyílik a különféle biztosítási és befektetési típusok „keverésére” is, *bonusok* és *malusok* beszámítására, s természetesen különféle kiegészítő szolgáltatások nyújtására is. Pl. kézenfekvő az egészségbiztosítás és az életbiztosítás összekapcsolása, a természetbeni ellátások és a pénzbeli kifizetéseket nyújtó biztosítások kombinálása, az egészségbiztosítás kiterjesztése külföldre, új típusú pénzbeli ellátások biztosítása stb. Ha ezek az önmagukban nézve kis mértékű eltérések összeadódnak, akkor „A” és „B” biztosító teljesítménye között már érdemleges különbség alakulhat ki, s ezt nyilván a fogyasztók is érzéklni fogják.

Évek óta napirenden van az a javaslat, hogy a beteg mehessen magánorvoshoz, akár az

⁶¹ A kötelező gépjármű felelősségi biztosítás piacán az árszabályozás fokozatos liberalizációja érezhetően erősítette az árversenyt: a díjak lényegesen lassabb ütemben nőttek, mint a gépkocsijavítási költségek.

ország másik végébe is. De csak azt és annyit vehet igénybe biztosítottként, mint az OEP szerződött szolgáltatónál. Ha biztosítási szolgáltatást vesz igénybe a magánellátásban, akkor ezt számára – szabályos számla ellenében – a biztosítók, a mindenkori árszabályozás kereteinek megfelelően – visszatérítik. Milyen előnyök származnának ebből a megoldásból? Miért kapcsolódik ez a javaslat a biztosítási reformhoz? Több okból is:

- Aki megengedheti magának, az kimegy az állami ellátási rendszerből, a visszatérítést sem feltétlenül veszi igénybe, de befizető marad a lehetőség érdekében.
- Nem sérül a szegények érdeke, az állami-önkormányzati ellátórendszer változatlanul biztosítja az ellátást továbbra is.
- A számlaadás a magánorvoslásban jelentős átalakulást hozna. Fehéredne a rendszer, nőne az szja-bevétel.
- A számlaadásban megjelenő érdekeltség a betegdokumentáció javulását is eredményezné a magánellátásban, itt is lennének leleltek, zárójelentések, stb., amelyet a Felügyelet ellenőrzése is forszírozhatna.
- Ez az egyetlen útja annak, hogy valóban fejlődésnek induljanak olyan egynapos ellátások, vagy csoportpraxisok, amelyek kórházfüggőségét ma az OEP finanszírozási szerződés megléte alapozta meg.
- Új alapokra kerülhetne a kapacitás-szabályozás, hiszen nem kellene feltétlenül „beke-
rülni” abba a szűk körbe, amelyfinanszírozott, ott valóban az állam szervezési és ellátási köte-
lezettségébe tartozók lehetnének.
- Megszűnne az az igény, hogy minden 2-3 órás rendelésecske OEP finanszírozást akar.
- Az egyedi nyilvántartás tartalommal telne meg, lenne értelme annak, hogy névre tudni, ki mit fizet be, és mit vesz ki az egészségügyből.
- Ez egy betegjogokat szélesítő lépés, ami egyben ellentételezése is más területeken be-
vezetésre kerülő korlátozásoknak.

Hosszabb távon az is megfontolandó, hogy a II. pillér finanszírozását érdemes-e elmozdítani a megtakarításra ösztönző egészségügyi takarékpénztári konstrukció irányába. Csehország – például – éppen ezt tervezni. Az ún. *Medical Savings Account* rendszer lényege, hogy a biztosítottak által befizetett havi járulék egy kamatozó számlára kerül, s szükség esetén ez fedezi a gyógyítás költségeit. Nyilvánvaló, hogy ebben a konstrukcióban erőteljes az érdekeltség arra, hogy a biztosítottak vigyázzanak saját egészségükre, s ne vegyék feleslegesen igénybe az orvosi szolgáltatásokat. A megtakarítási konstrukció lehetőséget ad

arra, hogy a számlákat kezelő pénztárak viszonylag gyors ütemben tudjanak tőkét felhalmozni, s azt visszaforgassák a szolgáltató intézmények korszerűsítésére. Az is előnye a rendszernek, hogy amennyiben a járulékot a munkáltatók fizetik, fedezet képződik a nyugdíjba vonulás utáni időszak egészségügyi kiadásaira is.

Ez sem tökéletes rendszer! Nyilvánvaló, hogy **ez a modell csak a régi és az új rendszer átmeneti időszakában ad egyértelmű eljárásrendet**. Ahogyan haladunk előre az időben, a II. pillérben is újabb és költségesebb eljárások jelennek majd meg, s ebben az esetben vita tárgya lesz, hogy az üzleti biztosítók kötelesek-e finanszírozni ezeket. Ilyen körülmények között kifejezetten előnyös, hogy több biztosító és az OEP 30%-os társfinanszírozóként egyszerre van jelen a piacon. A piaci szereplőknek – szakértők bevonásával – időről-időre meg kell egyezniük a vitás kérdésekben. Ha pedig nem tudnak megegyezni, akkor az állami reguláció – az üzleti egészségbiztosítást felügyelő hatóság – fog dönteni.

A II. pillérhez tartozó ellátások területén az egymással versengő biztosítók igyekezni fognak különféle szolgáltatási korlátozásokat és/vagy árdiszkriminációt alkalmazni. Az egyik megoldás, hogy a biztosítottak - életkortól független - kockázati terhét alacsonyabb vagy magasabb fix díjjal fogják kezelni (pl. kedvezmény a nem-dohányzóknak). A másik lehetőség az, hogy a biztosítottak pénztárcájuk és kockázatviselési hajlamuktól függően választanak az eltérő tartalmú biztosítási csomagok között. Azzal is számolni kell, hogy az egymással versengő biztosítók reklámkampánnyal és mindenféle marketing trükkel igyekezni fognak egymástól ügyfeleket átcsábítani. Ez a folyamat könnyen elvezethet a biztosítói működési költségek eszkalációjához. Más okok mellett ez a veszély is indokolja, hogy az állami biztosítási felügyelet e tekintetben szigorú szabályokat állapítson meg. Például: évi egy alkalommal lehet csak biztosítót váltani, mint ahogyan ez Szlovákiában is szabály.

IV. A BIZTOSÍTÁSI REFORM ALAPELEMEI – EGY LEHETSÉGES FORGATÓKÖNYV

	<i>Állampolgárok</i>	<i>Versengő, for-profit egészségbiztosítók</i>	<i>OEP</i>	<i>Egészségbiztosítási Felügyelet (EBF)</i>	<i>Állam</i>
Jogalap megteremtése					1. Felügyelet létrehozása; 2. Egészségbiztosítókról szóló jogszabályok megalkotása
				Működés: 2007. jan. 1.-től	
Biztosítók megalakulása		Tagtoborzás egészségpénztárakra, IBR-ekre és betegszervezetekre támaszkodva. Ideiglenes működési engedélyek megszerzése 2007. júl. 1.-től kezdve (PSZÁF, EBF stb.)		Ideiglenes működési engedélyek kiadása 2007. júl. 1.-től	
Jogalkotás					Felbruttósítás előkészítése, költségvetés tervezés 2008-ra az új biztosítási rendszer létezésével számolva (E. Alap zsugorodik!)
Magánorvosi számlák befogadása	2007. júl. 1.-től: magánorvosi számlák visszaigényelhetők az OEP-től .		2007. júl. 1.-től: magánorvosi számlák visszaigényelhetők az OEP-től .		Kormányrendelet megalkotása
Átjelentkezés az új biztosítóba	Egyénenként egyoldalú belépési nyilatkozattal	Jelentkezők regisztrációja, OEP folyamatos tájékoztatása.		Minimális kapacitás elvárások rendszerének kidolgozása; Szolgáltatók minőségi értékelése	
Szerződéskötés az ellátókkal 2008-ra		2007. július 1-től folyamatosan	Csak a 2008. július 1-ig terjedő időszakra.	Szerződéskötési folyamat nyomonkövetése	

<i>Változások 2008. január 1-től</i>					
	<i>Állampolgárok</i>	<i>Versengő, for-profit egészségbiztosítók</i>	<i>OEP</i>	<i>Egészségbiztosítási Felügyelet (EBF)</i>	<i>Állam</i>
Járulékbevallás és fizetés	Egyéni számlára APEH-en keresztül.	Eü. járulékok begyűjtése és a biztosítók (versengő + OEP) közötti újraelosztása korrigált fejkvóta szerint a 2007. nov. 30-i állapotnak megfelelően.		Újraelosztás ellenőrzése; 100%-os lefedettség (biztosítási kötelezettség) ellenőrzése.	A keresetek és a nyugdíjak felbruttósítására vonatkozó jogszabályok, ill. jogszabályi garanciák kidolgozása.
Járulékok átutalása (technikai értelemben)	Foglalkoztatottak esetében: munkáltató Nyugdíjasok esetében: NYUFIG				
Végleges működési engedélyek kiadása		Engedélykérés az EBF-től (min. 100 ezer tag)		Végleges engedélyek kiadása a 2008. márc. 31. adatok alapján	
	A 100 ezres méretnagyságot el nem ért biztosítók tagjai átjelentkeznek a végleges engedéllyel rendelkező biztosítókhoz.	Sikertelen biztosítók megszűntetik tevékenységüket; tagok átjelentkezésének rögzítése			

<i>Változások 2009. január 1-től</i>					
	<i>Állampolgárok</i>	<i>Versengő, for-profit egészségbiztosítók</i>	<i>OEP</i>	<i>Egészségbiztosítási Felügyelet (EBF)</i>	<i>Állam</i>
Kiemelten nagy költségű ellátások engedélyezése és finanszírozása a biztosított körben	Felbruttósított kereset és/vagy nyugdíj alapján egyéni számlára választott biztosítóhoz.	Eü. járulékok begyűjtése és a biztosítók közötti újraelosztása korrigált fejkvóta szerint + befizetés az új funkcióval működő E. Alapba.	Az E. Alap új funkciója: kiemelten nagy költségű ellátások finanszírozása a biztosított körben (I. + III. szint). Az E. Alap kezelője az OEP.		OEP folyamatos átalakulása, igazodás az új feladatokhoz.
<i>Évközi változások 2009 után (minden évben)</i>					
Biztosító váltás	Egyéni döntés alapján szeptemberben			Ellenőrzés	
Biztosítói licenc visszaadása	Kényszerű bejelentkezés egy új biztosítóba	Augusztus 15-i bejelentési határidővel dec. 31-i időpontra vonatkoztatva	Nem lehetséges	Ellenőrzés	
<i>Változások 2010. január 1-től</i>					
OEP átalakulása	Az OEP-ből ki nem lépett állampolgárok számítógépes sorsolás alapján szétosztásra kerülnek a végleges működési engedéllyel rendelkező biztosítók között.	Új biztosítottak tömeges befogadása		A számítógépes sorsolás végrehajtása	Az OEP-ből ki nem lépett állampolgárok számítógépes sorsolás alapján szétosztásra kerülnek a végleges működési engedéllyel rendelkező biztosítók között.

FÜGGELÉK

1. sz. Függelék: Az egészségügyi reform Kornai-féle elvei

1. Az egyén szuverenitása: olyan átalakítást kell előmozdítani, amely megnöveli az egyén, és szűkebbre szabja az állam döntési jogkörét.
2. Szolidaritás: segíteni kell a szenvedőket, a bajban lévőket, a hátrányos helyzetűeket.
3. Verseny: Az állami tulajdonnak és szabályozásnak ne legyen monopóliuma. Legyen verseny a különböző tulajdonformák és koordinációs mechanizmusok között.
4. Ösztönzés: olyan tulajdon- és szabályozási formák jöjjenek létre, melyek hatékonyságra ösztönöznek.
5. Az állam új szerepköre, fő funkciói: törvényes keretek előírása, a nem állami intézmények felügyelete, "végső" biztosítás és segítségnyújtás.
6. Átláthatóság: váljék világossá a kapcsolat az állami jóléti szolgáltatás és annak adóterhe között.
7. A program időigénye: időt kell engedni az új intézmények evolúciójára és az állampolgárok adaptációjára.
8. Harmonikus növekedés: legyenek harmonikus arányok a gyors növekedést közvetlenül szolgáló beruházások és a jóléti szektor működtetésére és fejlesztésére felhasznált erőforrások között.
9. Fenntartható finanszírozás: az állami költségvetés legyen képes folyamatosan finanszírozni az állami kötelezettségvállalásokat.

Forrás: Kornai János: *Az egészségügy reformjáról*, Bp. KJK, 1998. és Kornai J. – K. Eggleston: *Egyéni választás és szolidaritás*, Bp. Nemzeti Tankönyvkiadó, 2004, minimális egyszerűsítéssel és rövidítéssel.

2. sz. Függelék: Egy eredményes modell kísérlet

Az Irányított Betegellátási Rendszer (IBR) részben az amerikai *managed care* rendszerre, részben a brit *GP Fundholding* modellre épül. Az amerikai '*managed care*' kifejezésből eredeztethető maga a fogalom, amely nem egy meghatározó típusú szervezetet takar, inkább gyűjtőfogalomként használatos. Az efféle szervezetek alapjellemezője, hogy a hozzá feliratkozott állampolgároktól előre rögzített, egységes szolgáltatási csomagért egységes díjakat szed, egyéb téren biztosítóként funkcionál, így szolgáltatásokat nyújt, illetve vásárol. A betegek a szolgáltatóknak csak egy meghatározott, szerződött csoportját kereshetik fel, amikor szolgáltatást szeretnének igénybe venni. Minél költségesebb beavatkozásra kerül sor a beteg ellátása során, annál szorosabb kontroll vigyázza a költségeket, ellenőrzi az indokoltságot.

Az amerikai és az angol mintát több ponton módosító, magyar IBM 1999. július 1-jével kezdte meg hivatalos és nyilvános útját, jóllehet az előkészítés a Horn-Kuncze kormány idején és támogatásával már 1997-ben is folyt. Az IBR rendszer kezdettől fogva élvezte a Fidesz egészségpolitikusainak támogatását is.

A kísérlet általános egészségpolitikai célja megtalálni azon szerveződések, amelyek a közkiadásokból úgy használják fel az egészségügyre jutó forrásokat, hogy több és jobb minőségű „egészséget” lehessen vásárolni, több „egészségnyereséget” lehessen elérni, mint amire a jelenlegi keretek között általában lehetőség nyílik. Amennyiben a technikai és az allokációs hatékonyság terén javulást lehet elérni, úgy az ily módon felszabaduló forrásokat a biztosítottak javára lehet fordítani. További elvárás, hogy nem romolhatnak a biztosítottak szolgáltatásokhoz való hozzáféréseinek esélyei, és csökkenjenek a területi egyenlőtlenségek is. Harmadik elvárás, hogy olyan szerveződések kellett életre hívni, amelyek nem igénylik az állandó felülről történő beavatkozást, gyámkodást; egyfajta automatizmus mentén, kiszámítható környezetben, átlátható és kontrollálható működést eredményeznek. Az IBR típusú hazai szerveződések előnye volt a modell belső logikájától vezérelt, újfajta érdekeltég megteremtése, amely biztosítja a hagyományos, ellátási szintenként önállósult, fragmentálódott intézményi (kórházi, szakrendelői, háziorvosi) érdekeltég meghaladását, együttműködő rendszerbe szervezését.

Az IBR lényege az, hogy a bevont lakosság (kezdetben 160 ezer fő, napjainkban 2,3 millió) orvosi ellátását egy helyi szervező intézmény irányítja a budapesti OEP helyett, s ezért a szervezők részesülnek a megtakarításból. A lényeg a decentralizáció, a választás lehetősége.

Jelenleg 15 ilyen IBR működik az országban.

A cél nem a spórolás, hanem a pazarlás kiküszöbölése. A pénz nem kerül ki az egészségügyből, sőt a modellkísérletben résztvevők ellátásából sem. A felesleges kórházi beutalások és vizsgálatok, vagy az indokolatlan gyógyszerelés kiküszöbölésével felszabaduló pénzt a szervező a kísérletben részt vevő biztosítottak érdekében másutt teljes mértékben felhasználja. Így kerül több műszer, több szűrővizsgálat a rendszerbe, és így lehet legálisan egy kicsit több pénzt juttatni az egészségügyi dolgozóknak.

Az IBR alapján véve házi orvos-központú rendszer. A modellekhez csatlakozott 1350 házi orvos a kórelőzmények ismeretében csak a szükséges szakrendelésre vagy kórházi osztályra irányítja pácienseit, és eközben számítógépes kapcsolatot tart a szakrendelőkkel és a kórházakkal. Miközben a kísérlet a legcsekélyebb mértékben sem korlátozza a betegek szabad orvos- és intézményválasztását, szigorúan ellenőrzi a házi orvosok és a gyógyító intézmények munkáját. Így állt elő az a furcsa helyzet, hogy miközben a lakosság ötödének ellátásában alapvető változás történt, a betegek 99 százaléka ezt észre sem vette.

3. sz. Függelék: Mit nem csinál az OEP, ami egy biztosítótól elvárható lenne?

Azon biztosítói tevékenységek listája, melyet az OEP nem végez, csökkentett módban végez, áthárít más szervezetekre és gazdálkodó egységekre:

Tevékenység	Tevékenység OEP-en belül	Megjegyzés / OEP költség	Tevékenységet más végzi?
<i>biztosítás-szervezés</i>	∅	-	Nem
<i>tőkefelhalmozás (szavatoló és likvid)</i>	∅	– felosztó-kirovó rendszer szerint működik az E. Alap tartós hiánnyal	állami költségvetés
<i>kockázatok matematikai felmérése</i>	∅ / minimális	– üzleti biztosítók mérik, de kötelező egészségbiztosítás keretében világszerte hiányzó tevékenység	Nem
<i>kockázatok elvállalása (ügyfél befogadás)</i>	TAJ kártyával automatikus	TAJ kártya elkészítés	Nem
<i>biztosítási díj beszedése</i>	∅		APEH
<i>kockázat teljesítés</i>	Igen	– <i>gyógyító-megelőző</i> : relatíve alacsony költség (prospektív finanszírozás) – <i>gyógyszer</i> : tételes (magasabb adminisztratív költség)	
<i>szolgáltatás paletta tartása és jogosultság meghatározása</i>	Részben (jogosultság megállapítása nem mindig)	– <i>gyógyító- megelőző</i> : kizárásos alapon – <i>gyógyszer</i> : tételes lista	
<i>jogosultság ellenőrzése</i>	minimális / utólagos	– ellenőrzési rendszer informatikai háttere alulfejlesztett (kivéve gyógyszer) – hatósági felügyelet pénzügyi kifizetésekre	
<i>termékfejlesztés, új potenciális szolgáltatások értékelése</i>	Részben	– az eljárások értékelése csak az OEP természetbeni ellátások kisebb részére terjed ki (gyógyszer ESKI), ráadásul ott sem kötelező érvénnyel és folytonosan	– beszállítók (ld. gyógyszergyártók) – ESKI (de OEP finanszírozás!)

Tevékenység	Tevékenység OEP-en belül	Megjegyzés / OEP költség	Tevékenységet más végzi?
<i>ügyfélszolgálat</i>	bevételi oldal: minimális kiadási oldal: természetbeni ellátásokra	– MEP	TB kifizetőhellyel rendelkező vállalatok (pénzbeli ellátásokra, de az OEP hozzájárul a költségekhez!)
<i>tranzakciós díj kalkuláció</i>	∅	– nem tudni előre, hogy egy kifizetés milyen költséggel bír	
<i>biztosítás-felügyelet</i>	∅		KEHI, ÁSZ
<i>minőség-biztosítás</i>	minimális	indikátor program beindítása a minőségbiztosítás lényeges elemét jelenti	ÁSZ
<i>döntések felülvizsgálata, stratégiai menedzsment</i>	minimális	minimális kapacitás áll az OEP-en belül rendelkezésre stratégiai menedzsment döntések előkészítésére	
<i>belső ellenőrzés</i>	jogszabály szerint	a transzparens döntéshozatal szabályainak kidolgozatlansága miatt a belső ellenőrzés hatékonysága korlátozott	
<i>jelentéstételi kötelezettség</i>	igen	– csak összegző jelentés – közfinanszírozott egészség-biztosítás adataihoz hozzáférni még kutatási célokra is szinte lehetetlen	
<i>viszontbiztosítás (ha elfogy a pénz a kifizetésekre)</i>	∅	– felosztó-kirovó rendszer szerint működik az OEP tartós hiánnyal	állami költségvetés garanciája

4. sz. Függelék: A túlköltés elleni védővonalak rendszere

A biztosítási alapú egészségügyben a **forrás-felhasználási hatékonyság szükségszerűen előadódó egyenetlenségeit ellensúlyozni lehet különböző garanciális elemekkel.** Az alábbi táblázatban látható a rendszer működőképességét garantáló **jogszabályi biztonsági védővonalak rendszere.**

1. védvonal: megelőzés	<ul style="list-style-type: none">• Fejkvóta-meghatározás (igazságos forráselosztás)• A biztosítók alapításának, működésének szigorú törvényi, pénzügyi feltételei
2. védvonal: kiegyensúlyozás	<ul style="list-style-type: none">• Kiegyenlítő kassza• A veszteséges biztosítók szakmai segítése
3. védvonal: probléma-kiküszöbölés	<ul style="list-style-type: none">• Működési engedély visszavonásának lehetősége• Felszámolás, csődeljárás
4. védvonal: pénzügyi garancia	<ul style="list-style-type: none">• Az egészségbiztosítók által a fedezetlen ellátásokra elkülönítendő biztonsági tőke felhasználása• Egyéb garanciák: szavatoló tőke, biztosítástechnikai tartalék felhasználása
5. védvonal: a biztonsági szabályozók megváltoztatása	<ul style="list-style-type: none">• Kiegyenlítő kasszára vonatkozó rendelkezések módosítása – a biztosítók általi befizetésekre, felhasználásra vonatkozó szabályok módosítása
6. védvonal: kapacitás-szabályozás	<ul style="list-style-type: none">• A biztosítási csomag, co-payment, várólisták szabályainak módosítása
7. védvonal: járulékbefizetési szabályok megváltoztatása	<ul style="list-style-type: none">• A járulékfizetési kötelezettséggel érintett jövedelmek körének, a járulékok mértékének módosítása
8. védvonal: az állami garancia beváltása*	<ul style="list-style-type: none">• A kiegyenlítő kassza hiányának időleges pótlása a központi költségvetésből

(A rendszert megfelelő működés mellett az 1-2. védvonalon belül kell tartani, kivételesen sor kerülhet a 3-5. védvonal igénybevételére. A 6-8. védvonal a rendszer bárminemű, elvileg felvetődő működési zavarának kivédésére alkalmas.)

* Jelenleg az állami garancia beváltása lényegében az egyetlen eszköze az egészségbiztosítási rendszer – így csak látszólagos – biztonsága megteremtésének, sőt, a központi költségvetést terhelő segítség előre tervezett módon, rutinszerűen, és nem csak időlegesen jelenik meg az egészségbiztosítás forrásai között.

HIVATKOZÁSOK

- Asztalos László György [1997]: *Biztosítási kézikönyv*, Bp.: Biztosítási Oktatási Intézet
- Ádám György [1986]: *Az orvosi hálapénz Magyarországon*, Bp.: Magvető Kiadó.
- [1999]: „Fantomtörvény az orvosi hálapénzről”, *Népszabadság*, jan. 22.
- Állami Számvevőszék Fejlesztési és Módszertani Intézet [2003]: *A fekvőbeteg-ellátás 10 éve – egy lehetséges terápia elemei*, Módszertani füzetek, 2003. aug.
- Babusik Ferenc [2004]: *Az esélyegyenlőség korlátai Magyarországon* (Státusz, etnicitás, kirekesztődés az egészségügyben és a szociális szférában), Bp.: L'Harmattan
- Balázs Péter [2002a]: *Orvoslás pénzért és hivatástudatból*, Bp.: Melánia kiadó
- [2002b]: „Hálapénz és szabadfoglalkozású orvoslás – nemzetközi kitekintéssel”, *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2. sz.
- [2003]: „Orvosi jövedelmek Magyarországon, avagy tárgyaljuk újra a cenzuskérdést!”, *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 11. sz.
- [2004]: „Hálapénz: történelmi megalkuvás a magyar egészségügyben”, *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, Különszám, május.
- Bognár Géza – Gál Róbert Iván – Kornai János [1999]: „Hálapénz a magyar egészségügyben”, *TÁRKI Társadalompolitikai Tanulmányok*, 17.
- Bokros Lajos [2001]: „A társadalmi szolidaritás és a gyógyítás intézményei”, *Élet és Irodalom*, dec. 7.
- [2003]: „130 pont. Vázlat a Magyarország európai felzárkózásához nélkülözhetetlen gazdaságpolitikai fordulatról és szerkezeti reformokról.”, *Élet és Irodalom*, dec. 19.
- [2004]: *Verseny és szolidaritás*, Bp. Élet és Irodalom
- Csaba Iván – Gál Róbert Iván [1997]: „A bőség zavara: tökéletlen fogyasztói információs verseny a házi- orvosi szolgáltatások piacán”, *Közgazdasági Szemle*, 673-686.
- Csillag István – Mihályi Péter [2006]: *Kettős kötés* (A stabilizáció és a reformok 18 hónapja), Bp.: Globális Tudás Alapítvány
- Egészségügyi Minisztérium [2001]: *Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001-2010*, Bp.
- [2002]: *Fodor József Cselekvési program az egészségügy megújítására*
- [2004]: *Vitaanyag az egészségügyi dolgozók helyzetéről, jövőjéről, szerepükről az átalakuló egészségügyben*, január
- [2005]: *Az Irányított Betegellátási Rendszer átfogó értékelése*, febr.
- [2006]: *Zöld könyv – Magyar egészségügy*, július
- Dózsa Csaba – Dérer István – Takács Erika – Bodnár Viktória [2006a]: *Az OEP szolgáltatásvásárlói és biztosítói szerepének erősítése: a működés korszerűsítésének lehetőségei*, Kézirat, május
- [2006b]: „Az OEP szolgáltatásvásárlói és biztosítói szerepének erősítése: a működés korszerűsítésének lehetőségei”, I. és II. rész, *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, május és június.

Ferge Zsuzsa – Tausz Katalin – Darvas Ágnes [2002]: *Küzdelem a szegénység és a társadalmi kirekesztés ellen*, Bp.: Nemzetközi Munkaügyi Hivatal Közép- és Keleteurópai Iroda.

Folland, Sherman – Goodman, Allen C. – Stano, Miron [2004]: *The Economics of Health Care*, 4. kiadás, Pearson Prentice Hall

FRATERNITÉ Tanácsadó Rt. [1991]: *Fraternité-jelentés a társadalombiztosítás reformjáról*, Bp.

Friedman, Milton [2001]: „How to Cure Health Care”, *The Public Interest*, Winter

Gallup Monitor [2000]: „Közintézmények lakossági megítélése Magyarországon.” Kézirat. www.gallup.hu

--- [2003]: „Korrupciókutatás – 2003”, Kézirat. www.gallup.hu

Gógl Árpád [2006]: „Merre tovább, egészségügy?”, *Magyar Szemle*, 9-10. sz.

Gulácsi László (szerk.) [1999]: *Klinikai kiválóság*, Bp.: Springer Orvosi Kiadó

--- (szerk.) [2000]: *Minőségfejlesztés az egészségügyben*, Bp.: Medicina Könyvkiadó,

--- (szerk.) [2005]: *Egészséggazdaságtan*, Bp.: Medicina Könyvkiadó

GKI Gazdaságkutató Rt. [2003]: *Az egészségügy makrogazdasági összefüggésrendszere*, Bp.

Hálapénz Bizottság [2000]: *Jelentés az orvosi hálapénzről* (Helyzetelemzés és következtetések), Bp.: Springer Orvosi Kiadó

Juhász Ferenc [2003]: *A személyes gondoskodás társadalombiztosítási rendszerének kialakításáról* (Vitaanyag), május

Kincses Gyula [2002]: *A „köz” és a „magán” új együttélése az egészségügyben*, Bp.: Praxis Server Egészségügyi Tanácsadó

--- [2006]: „A co-payment alkalmazási lehetősége a korszerű egészségpolitikában”, *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, június

Kornai János [1998]: *Az egészségügy reformjáról*, Bp.: KJK.

--- [1998a]: „Ajánlások a magyarországi egészségügyi reformhoz”, *Kritika*, 10. sz., 1-9. o.

Kornai János – Eggleston, Karen [2004]: *Egyéni választás és szolidaritás* (Az egészségügy intézményi mechanizmusának reformja Kelet-Európában), Bp.: Nemzeti Tankönyvkiadó

Kökény Mihály [2004]: *Merjünk reformot csinálni!* (Vitaanyag az egészségügy átalakításának szükségességéről és feltételeiről), március

Lindeisz Ferenc (szerk.) [2004]: *A szolidaritás az egészségbiztosítás reformjában*, Bp.: Faludi Ferenc Akadémia.

Losonczi Ágnes [1986]: *A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben*, Bp.: Magvető Kiadó.

Magyar Tudományos Akadémia [1998a]: *Népegészség, orvos, társadalom* (Magyarország az ezredfordulón - stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián V. Az életminőség tényezői Magyarországon, Programvezető: Vizi E. Szilveszter, Bp.

--- [1998b]: *Egészségügy és piacgazdaság* (Magyarország az ezredfordulón - stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián V. Az életminőség tényezői Magyarországon, Programvezető: Vizi E. Szilveszter, Bp.

Marrée, Jörgen – Groenewegen, Peter P. [1996]: *Back to Bismarck: Eastern European Health*

Care Systems in Transition, Aldershot: Avebury Ashgate Publishing House

Mihályi Péter [2000]: *Magyar egészségügy: diagnózis és terápia*, Bp.: Springer Orvosi Kiadó

--- [2003a]: *Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába*, Veszprém: Veszprémi Egyetemi Könyvkiadó

--- [2003b]: „Ápolásbiztosítás, a végig nem gondolt gondolat”, *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 6. sz.

--- [2006a]: *Egészségügy: A halogatott reform*, Bp.: Professzorok az Európai Magyarorszáért, PEM Tanulmányok 2.

Orosz Éva [1985]: *Az egészségügyi infrastruktúra területi egyenlőtlenségeinek vizsgálata*, MTA Regionális Kutatások Központja: Pécs

--- [2001]: *Félúton vagy tévúton? (Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái)*, Bp.: Egészséges Magyarországért Egyesület

Pénzügyminisztérium [1998]: *Az egészségügy reformja (Javaslat az NM-PM előterjesztéshez az egészségügyi reformról)*, Bp. május

Rékassy Balázs [2006]: *Magán és kiegészítő egészségbiztosítások lehetőségei Magyarországon*, Bp.: ESKI

Sinkó Eszter – Heves István – Kincses Gyula – Nyers Ágnes [2002]: *A Medinfo bizottság munkanyaga*, Első változat. Irányított betegellátási modellek értékelése, MEDINFO Bizottság, augusztus 6.

Szalai Júlia [1998]: „Alapítványok az egészségügyben”, in: *Szociológia emberközelben*, Bp.: Új Mandátum Könyvkiadó.

Szutrély Péter [1998]: *Betegem? Barátom? Vevőm? (Breviárium vállalkozói orvosoknak és a járóbeteg-ellátás szereplőinek)*, Bp.: KJK.

Tanulmányok a hálapénzről [2004]: Az Egészségügyi Gazdasági Szemle különszáma, május

TÁRKI [2003]: A lakosság véleménye az állami és magánszektor szerepmegosztásáról az egészségügyben, Bp., Kézirat.

Vizi E. Szilveszter (Programvezető) [1998a]: *Népegészség, orvos, társadalom*, "Magyarország az ezredfordulón" sorozat, Bp.: MTA.

--- [1998b]: *Egészségügy és piacgazdaság*, „Magyarország az ezredfordulón" sorozat, Bp.: MTA.

WHO Európai Területi Iroda [1997]: *Befektetés az egészségért Magyarországon*, Bp.

WHO [1999, 2004]: *Health Care Systems in Transition: Hungary*, European Observatory on Health Care Systems.