

Miről érdemes, miről kell vitatkoznunk?

Az egészségbiztosítási reform fő kérdései

Kornai János

Az egészségügyi miniszter kezdeményezésére január 25-én és 26-án számos szakértő részvételével vita folyt az egészségügyi biztosítás reformjáról. Abban a megtiszteltetésben részesültem, hogy elsőként szólhattam a konferencia résztvevőihez. Az alábbi cikk, kisebb módosításoktól eltekintve, megegyezik azzal, amit ott elmondtam.

Több alternatívát gondoltam végig arra, hogyan használjam ki ezt a lehetőséget. Nem kívánom felhasználni arra, hogy az egészségügyi reform eddigi intézkedéseit elemezzem, sem pedig arra, hogy saját reform-javaslataimat népszerűsítsem. Kizárólag az egészségügyi biztosítás reformjáról folytatott vitához szeretnék hozzászólni:

- Miről érdemes vitatkozni?
- Miről nem érdemes
- Miről nem csak érdemes, de kell - mi az, ami elől nem lehet kitérni, mellébeszélni.

Nem vitákat akarok eldönteni - ez nem az én tisztem, és nem is vállalnám. *Kérdéseket* akarok feltenni. Mire a cikk végére érünk, összeáll egy kérdésslista, amely 27 kérdésből áll. Nagyon nagy szám, ízlésem szerint túl sok egy dolgozathoz. Jobb lenne mondjuk három kérdésre koncentrálni, szeretem a hármast számot... Most mégis 27 kérdést fogok érinteni, mert előadásommal a probléma túlzott leegyszerűsítése ellen akarok hadba szállni.

Még egy előzetes megjegyzés. Nemcsak a végeredmény fontos, nemcsak az, hogy a reform nyomán milyen intézmények, szervezetek alakulnak ki, hanem az odáig vezető út is. Az átalakítást eredményező *processzusnak* óriási jelentősége van! Sok minden tartozik ide: az érdekeltekkel való előzetes tisztázás, a választás nyitottsága és korlátai, az önkéntesség és a kényszer kombinációi, a változtatások megmagyarázása, a létrejött szervezetek és intézmények módosításának lehetőségei és így tovább. A cikkből, remélem, világossá válik, mit nevezek processzusnak, és az is, miért oly fontos ez.

Egyöntetű séma vagy sokféleség, kényszer vagy önkéntesség - a magánbiztosítók belépése

Vágjunk bele a közepébe. Újra és újra így merül fel a kérdés: egybiztosítós vagy többbiztosítós legyen-e a rendszer? Nézetem szerint ez szerencsétlen kérdésfeltevés. Sajnálatos lenne, ha a vita erre a túlszimplifikált kérdésre redukálna. Még szerencsétlenebbnek érezném, ha pártlojalitás kérdésévé válna, ki melyik választ adja éppen erre a kérdésre.

Elzárkózom attól, hogy egy szerencsétlenül megfogalmazott kérdésre feleljek. Ehelyett megfogadom a saját magam által a bevezetőben megfogalmazott ajánlást: procedurális kérdésekkel kezdem a fejtegetéseket.

Vannak, akik a reformálást úgy képzelik: kialakítunk egy sémát, és ugyanazt a sémát alkalmazzuk egyöntetűen az egész országra vonatkozóan. Ha decentralizált a biztosítás, akkor

legyen több magánbiztosító, amelyek egymáshoz hasonlóan működnek, azonos kötelezettségeket kell kiróni rájuk, és minden egészségügyi szolgáltatásra igényt tartó állampolgár legyen köteles választani a biztosítók között.

A másik megközelítés megengedi a formák, sémák, mechanizmusok sokféleségét. Nem várja el, hogy egyöntetű legyen a kép! Még visszatérek a különböző alternatív formákhoz, de előbb meg akarom fogalmazni a procedurális kérdést:

1. kérdés

Arra kell-e törekedni, hogy szigorúan egyöntetű sémák alakuljanak ki az egészségügyi szolgáltatások biztosítás jellegű finanszírozásában, vagy elfogadható-e (esetleg kívánatos-e) a formák sokfélesége?

Ami engem illet: a sokféleség híve vagyok. Szorosan összefügg ezzel az új formát megvalósító egyének és szervezetek készítésének problémája.

Önkéntes legyen-e a részvétel vagy jogilag előírt kényszer? Mielőtt kapásból felelni próbálnánk, bontsuk fel a kérdést elemeire. A sokszereplős mechanizmusból cikkemben csak két szereplőt emelek ki: a magánbiztosítókat és a decentralizált biztosítás potenciális ügyfeleit. Kezdjük a *magánbiztosítókkal*.

A több-biztosítós finanszírozás gondolatának hívei hajlamosak azt a benyomást kelteni, mintha a magánbiztosítók alig várnák, hogy erre a piacra belépjenek. Ott állnak a startvonalon, és lesik, mikor csattan el az indító pisztolylövés.

Igaz, csábító a terep. Óriási piacról van szó. Ha a magánbiztosítási szektor kezébe kerülne az alapvető ellátás finanszírozása is, a volumen 1000 milliárd forint!

Másfelől, a piacra való belépés nagy kockázattal jár. Sok erőt, figyelmet és költséget igényel az előkészítés, a tagtoborzás, az új feladatokra való átállás - más szóval, nagy az induló befektetés. Több körülmény idézheti elő azt a helyzetet, hogy az induló befektetés nem térül meg kielégítően. Így például megtörténhet, hogy nem folynak be rendesen a járulékok vagy biztosítási díjak, és emiatt ez a biztosítási ágazat veszteségesse válhat. Vagy esetleg sok ügyfél nagyon elégedetlen lesz, és kilép. Ez nem csak pénzbeli veszteséget okozhat. A lakosság felhördülése árt a biztosító tekintélyének, a "public image"-nek.

Az állami bürokráciára rákényszeríthető a központi állami akarat. Magánvállalkozásra nem kényszeríthető rá. A magánbiztosító önkéntesen lép be egy adott piacra, vagy nem lép be. Esetleg önként belép, majd önként kilép.

Nem tárgyaltam magánbiztosítókkal. Próbáltam tájékozódni az álláspontjukról, ám nem is ezt érzem a további fejtegetések fő kiindulópontjának. Közgazdászként eléggé nyilvánvaló a számomra, hogy egy magánvállalkozás, magánberuházó feltételekhez kötné a belépést.

2. kérdés

Melyek azok a minimális feltételek, amelyeknek teljesülniük kell ahhoz, hogy a magánbiztosítók készek legyenek belépni az egészségügyi biztosítás piacára?

Vajon a magánbiztosítók csoportosan tárgyalnának-e erről? Ez esetben egymás között meg kell egyezniük és együttesen tárgyalniuk. De miért kellene megvárni, míg a biztosítók egymás között megegyeztek? Mért ne lehetne megpróbálni a feltételekről tárgyalni egy-két leginkább vállalkozni kész biztosítóval? Ez szorosan összefügg az előbb kifejtett gondolattal, az egyöntetűség vagy sokféleség igénylésével. Ha nem ragaszkodunk ahhoz, hogy a biztosítási piacot egyöntetűen átvegye a magánbiztosítási szektor, akkor először beléphetne (bizonyos feltételek mellett) egy-kettő - és a többit majd meglátjuk.

Természetesen a tárgyalások nem lesznek egyoldalúak. A magánbiztosító (vagy biztosítók - a továbbiakban az egyszerűség kedvéért egyes számot használok) előadja a belépés minimumfeltételeit. Ám az államnak mint a tízmillió ügyfél törvényes érdekképviselőjének is elő kell adnia a beengedés minimumfeltételeit.

3. kérdés

Melyek azok a minimális feltételek, amelyeknek teljesülniük kell ahhoz, hogy az állam engedélyezze a magánbiztosítók be- lépését az egészségügyi biztosítás piacára?

A minimális feltételeket tehát első nekifutásban mind a két oldalon össze kell állítani. Utána pedig el kell kezdeni tárgyalni. Majd kiderül, hogy meg lehet-e egyezni.

Nem érdemes csak úgy "üresjáratban" védelmezni az egyik oldalt a másik oldallal szemben. Mindkét oldal fogalmazza meg jól a minimumfeltételeket. Ne legyenek illúzióink: itt érdekütközések vannak. Majd kiderül, milyen messzire lehet és érdemes majd menni az egyeztetésben és kompromisszumban.

4. kérdés

A eset: Csak kiegészítő biztosításra vállalkozhat-e a magánbiztosító? vagy B eset: Átveheti-e az "alapvető biztosítási csomag" kezelését is?

Csak a tárgyalásokban derülhet ki, hogy akár az A eset, akár a B eset megvalósításának feltételei elfogadhatóak-e. A pusztá érvelésnek, csak szavakkal, nincs igazi tétje. Ha a tárgyalás végén jogi és üzleti konzekvenciákkal járó megállapodást kötnek, akkor már van bizonyos fedezet a kötelezettségvállalások mögött.

Majd a biztosító eldönti, hogy érdemes-e a saját szempontjai szerint az A esetben is belépnie a biztosítási piacra, azaz akkor, ha kiegészítő biztosításra kell szorítkoznia. Talán igen - van olyan becslés, amely szerint ennek a piacnak a volumene elérheti (sőt, alkalmas tagtoborzás után talán meg is haladhatja) a 100 milliárd forintot. Lehet, hogy az egyik biztosító úgy látja, igen, ő kész ebbe a szegmensbe nagy erővel belépni. A másik pedig úgy látja: nem, ő csak akkor lép be, ha megengedik neki az "alapvető csomag" biztosítását is. Vagy beengedik az 1000 milliárdos piacra, vagy meg sem kísérli a belépést. Majd kiderül.

Az állami fél dönthet úgy, hogy csak az A esethez járul hozzá, a B esethez nem. Vagy úgy, hogy az A engedélyt lazább feltételekkel adja meg, a B engedélyt sokkal szigorúbb feltételekhez kötné. Nem érdemes ebben előre megkötni a tárgyaló felek kezét. Induljanak el jól átgondolt feltételekkel és azzal a nyitottsággal, amely kész megfontolni a másik fél ajánlásait és kikötéseit.

Lássuk a részleteket! Néhány részproblémát érintek az előadásomban, de nem térhetek ki valamennyire.

A 4. kérdés megfogalmazásánál adottnak vettük az "alapvető biztosítási csomag" és a kiegészítő biztosítás elhatárolását. Ám ez a határvonal maga is problematikus.

5. KÉRDÉS

Meghatározható-e az "alapvető biztosítási csomag" tartalma?

Van, aki szerint ez lehetetlen. Annyira elmosódott a határ, hogy lehetetlen itt valami egzakt megállapítást tenni. Nem értek egyet ezzel az állásponttal! A kiindulópont: a jelenlegi gyakorlat. Amit eddig legálisan megkapott a beteg, azt kötelezően meg kell adni a számára ezután is. Az, hogy mit kapott meg eddig, szakszerűen, kellően általánosító megfogalmazásban leírható.

Senki sem képzei, hogy az alapvető csomag leírása címén kapjunk egy listát, a csomagba beletartozó műveletek és gyógyszerek egyszerű felsorolását. Három sávot érdemes megkülönböztetni.

1. Aminek biztosan benne kellene lennie az alapvető csomagban.
2. Amit biztosan ki kell zárni ebből a csomagból.

És végül létezik egy - az első kettőnél bizonytalanabb - 3., középső sáv. Itt az orvosnak, esetleg feletteseivel és konzultánsaival együtt mérlegelnie kell, vajon minősíthető-e az alapvető csomag részének. De ezekre a műveletekre és gyógyszerekre is irányelveket és kritériumokat kell kijelölni.

Felhívom az olvasó figyelmét arra, hogy csupa nagybetűvel emeltem ki az 5. KÉRDÉS szót. Itt - és a későbbiekben jó néhány más esetben is - így különböztetem meg azokat a kérdéseket, amelyekkel akkor is foglalkozni kell, ha a biztosítás decentralizálásától teljesen elzárkóznánk. Ha csak egyetlen monopolbiztosító van, akkor is dönteni kell arról: mi az, amit térít az OEP, és mi az, amit nem térít. Nem elég, ha ez esetenként valahogy eldől, mert ez önkényes és inkonzisztens döntésekhez vezethet, hol a beteg, hol a biztosító rovására. Amennyire lehetséges, legyenek *konzisztensek* ezek a döntések - és legyen minél inkább *transzparens*, hogy milyen szabályok és kritériumok szerint döntöttek egy-egy szolgáltatás finanszírozásának elfogadásáról vagy megtagadásáról.

6. KÉRDÉS

Milyen processzus dönt az "alapvető biztosítási csomag" folyamatos tartalmi felülvizsgálatáról?

Több tényező indokolja a folyamatos revíziót:

- A tudomány fejlődik. Újabb szolgáltatási lehetőségek nyílnak meg - vállalja-e ezek térítését az alapvető biztosítási csomag?
- A gazdaság növekszik, a makrogazdasági helyzet javul. Többet engedhetünk meg magunknak. Milyen új szolgáltatásokat fogadjunk be az alapvető csomagba?

- Az orvosok vagy a betegek panaszai hibákat hoznak felszínre. Ezek egy részét a helyes befogadási-térítési szabály helytelen alkalmazása okozza, másik részénél azonban kiderülhet, hogy maga a szabály, a kritérium volt helytelen.

Figyelem, ez "nagybetűs" kérdés! Akkor is kérdéses, ha fennmarad az állami monopólium. Ha érvényesíteni akarjuk az esélyegyenlőséget az alapvető csomag szintjén, akkor tisztázni *kell*, mi az, ami *jár* a betegeknek.

Nem lenne helyes az alapvető csomag tartalmáról való döntést kizárólag a biztosítóra bízni, legyen az akár állami monopolbiztosító, akár magánbiztosító. Szükség van egy ezek felett álló független testületre, albizottságokkal, eljárási szabályokkal stb., amely köteles a makrogazdasági korlátokat is számításba venni. Ez maga is kidolgozhat befogadási-térítési szabályokat és kritériumokat, vagy legalábbis felügyeli a biztosító vagy biztosítók saját belső szabályait. Olyan testületet kell létrehozni, amelynek tekintélye van, amely iránt bizalmat tanúsít az állami biztosító, a magánbiztosító és végső soron az orvos és a páciens is.

A csomag körülhatárolása sohasem lesz tökéletes. Ne is keltsük azt az illúziót, hogy igazán jól megoldható. Már csak ezért is folyamatosan revideálni kell.

A biztosító abban a tudatban üljön a tárgyalóasztalhoz: ha vállalkozik a B esetre, akkor fizetnie kell mindazokat a szolgáltatásokat, amelyek járnak minden biztosítottnak.

Az állam képviselői abban a tudatban üljenek a tárgyalóasztalhoz: van és mindig lesz előírás arra, hogy mi jár minden biztosítottnak. Lesz olyan procedúra, amely ezt a listát folyamatosan karbantartja és javítja.

7. kérdés

Ragaszkodunk-e a biztosítás és a szolgáltatás szétválasztásához? Vagy beléphetnek-e a piacra integrált (mind a biztosítást, mind a szolgáltatást menedzselő) szervezetek is?

Azért teszem fel itt ezt a kérdést, mert hozzátartozik a korábban érintett szélesebb problémakörhöz: a sokszínűség követelményéhez.

A vitákban sokan hajlamosak csak a szétválasztott formákon gondolkodni. Pedig létezett integrált forma a szovjet típusú biztosítás bevezetése előtt, pl. a MABI, az OTI, a Vasutas Biztosító, az Újságíró Szanatórium Egyesület. Ezek biztosítóintézetek voltak, de volt saját rendelőintézetük, voltak saját orvosai is. Az intézet saját orvosai adták a beutalást az olyan szolgáltatásokhoz, amelyet maguk nem tudtak nyújtani.

Az USA jelenlegi egészségügyi rendszerében ilyesféle integrált forma, az HMO vált a leginkább elterjedt intézményi formának.

Vannak ebbe az irányba mutató kezdeményezések jelenleg is Magyarországon. Nem kell ráerőltetni senkire, nem kell arra törekedni, hogy ez uralkodó formává váljék. De nem lenne szabad elzárkózni ettől a formától sem. Itt is tárgyalni kell a belépés feltételeiről.

Egyöntetű séma vagy sokféleség, kényszer vagy önkéntesség - az állampolgár választásai

8. KÉRDÉS

Legyen-e kötelező biztosítást kötni az "alapvető biztosítási csomagra"?

Sokan magától értetődőnek tekintik, hogy a kérdésre igenlő a válasz. Pedig nem magától értetődő.

"Nagybetűs" kérdés! Akkor is felvetődik, ha nem decentralizáljuk a biztosítást. Ha nem állampolgári jogon jár, hanem komolyan vesszük azt a gondolatot, hogy itt "biztosításról" van szó - akkor úgy is dönthetünk: nem kötök biztosítást. Ha megbetegszem, mindent magam fizetek.

Gondoljunk az autó analógiájára. Csak a szavatossági biztosítás kötelező, a casco biztosítás önkéntes.

Az USA-ban nincs kötelező egészségügyi biztosítás.

Számos európai országban - bizonyos jövedelemhatár felett - megengedik a kilépést a társadalombiztosításból.

A biztosítás kötelező jellege súlyos értékproblémákat vet fel. "Boldogítunk" - akár akarja a boldogított, akár nem. Ez korlátozza az egyéni szuverenitást!

Ennek tudatában, ezt nyíltan bevallva - a magam részéről állást foglalok az alapvető biztosítás kötelező előírása mellett. Aki elmulasztja a biztosítás megkötését, az visszaélhet a társadalom jóindulatával, szolidaritásával. Pl. szokványos betegséggel bejelentkezik a sürgősségi ellátásra, esetleg befekszik a sürgősségi eseteket kezelő osztályra, abban bízva, hogy akkor sem dobják ki, ha kiderül: betegsége igazából nem tartozik a "sürgősségi" kategóriába. Az ilyesféle potyautasság elhárítására szolgál az alapvető biztosítás megkötésének kötelező jellege.

A kilépés megengedése (pl. a magasabb jövedelműek számára) növeli az egyéni szuverenitást, de esetleg csökkentheti a (kikényszerített) szolidaritást.

9. KÉRDÉS

Ki fizeti meg a kötelező biztosítást annak, aki saját erőforrásaiból nem tudja fizetni?

"Nagybetűs" kérdés. Most itt csak azokról beszélek, akik szociális helyzetük következtében nem tudják fizetni biztosításukat. (Később, a 10. és 11. kérdés kapcsán térek majd rá azoknak a betegeknek a problémájára, akiknek ellátása egészségügyi állapotuk miatt igen költséges, és ezért biztosításuk magas kockázattal jár a biztosító számára.) Osztom azok álláspontját, akik szerint az állam fizesse meg a rászorultak biztosítási díját. Célszerűnek látszik egy elkülönített állami program erre a finanszírozási feladatra; legyen ez transzparens költségvetési tétel. Az alapvető csomag szintjén így érvényesíthető az egyenlőség és a szolidaritás.

10. kérdés

Megvédhető-e minden beteg attól, hogy a magánbiztosító elzárkózzék tőle?

11. kérdés

Ki fizeti a veleszületett vagy később krónikussá vált betegségekkel sújtott emberek és az öregek egészségügyi költségeit?

A két kérdés szorosan összefügg, de kettébontottam, mert a 11. kérdés "nagybetűs".

A 10. kérdésre nem helyes egyszerű igennel vagy nemmel felelni.

A kiegészítő biztosítás tekintetében megengedhető, hogy a biztosító válogasson a betegek között. Ez önkéntes kereskedelmi ügylet mind a biztosító, mind a biztosított oldalán. Ha valamelyik biztosító beveszi a termékpaletájába az öregek otthoni ápolását - ez rendben van. De ha erre nem hajlandó - akkor ez is elfogadható. Nem kell, nem szabad a magánbiztosítót - az egyenlő hozzáférés jegyében, a diszkrimináció elleni fellépés szellemében - abban korlátozni, hogy a kiegészítő biztosítások szegmensében belátása szerint döntsön egyes korosztályok befogadásáról, vagy egyes betegségtípusok kezelésének finanszírozásáról.

Ezzel szemben az alapvető csomag tekintetében nem szabad megengedni a biztosítónak a válogatást! A B eset elfogadásának (az alapvető csomagra vonatkozó kötelező biztosítás decentralizálásának) egyik elemi feltétele: minden jelentkező ügyfelet fel *kell* venni. Minden diszkriminációt súlyosan meg kell torolni. Ha a magánbiztosítónak ez nem tetszik - akkor ne vállalja el a B esetet. (Erre a problémára még visszatérek a 22. kérdés kapcsán.)

Most már fel vagyunk készülve arra, hogy feltegyünk - első közelítésben - egy összefoglaló jellegű kérdést.

12. kérdés

Mennyiben nő és mennyiben csökken a beteg választási lehetősége a biztosítás decentralizálása esetén?

A vitákban gyakran hangzanak el pró és kontra elfogult, felemás, torzított válaszok erre a kérdésre. Őszinte és tárgyilagos választ kellene adni! A kérdés igen nehéz, és nincs rá egyszerű és feltétel nélküli válasz. Az őszinte és tárgyilagos válasz "egyfelől-másfelől" jellegű, mindig hozzátéve: "a válasz az adott jogi és üzleti feltételektől és a megvalósítás körülményeitől függ."

Nem népszavazás és nem közvélemény-kutatás keretében kell megkérdezni a lakosságot, fenn akarja-e tartani az állami biztosítás monopóliumát. (Közvélemény-kutatás persze történhet piacfeltárás céljából, ez azonban nem a népakarat kifejeződése.) Az állampolgár a lábával szavazzon! Jogi és pénzügyi konzekvenciákkal járó tényleges szerződéskötésével feleljen a következő kérdésre:

13. kérdés

Hajlandó-e az állampolgár egészségügyi biztosítást kötni magánbiztosítóval - A esetben: csak a kiegészítő szolgáltatásokra, vagy B esetben: az alapvető biztosítási csomagra plusz esetleg kiegészítő biztosításra is?

Nő az egyén választási lehetősége, amennyiben alternatívákat kínálnak fel a számára, mégpedig négyféle módon:

- i. Választhat állami és magánbiztosító között.
- ii. Választhat többféle biztosítási forma között (pl. az integrált és a nem integrált formák között).
- iii. Választhat több, egymással és az állami szervezettel versenyző magánbiztosító között.
- iv. Szorítkozhat az alapvető, kötelező csomagra, de köthet ezen felül kiegészítő biztosítást is. (Ez utóbbinak sokféle változata lehet - nincs idő erre kitérni.)

Itt meg kell állnunk egy pillanatra, néhány megjegyzés erejéig.

Igen nagy a (i) választás jelentősége. Tiszteletben kell tartani nemcsak azok akaratát, akik változtatni akarnak a jelenlegi status quón, hanem azokét is, akik nem akarnak változtatni. Ha komolyan vesszük az önkéntesség elvét, akkor az állampolgárt nem szabad bekényszeríteni a teljesen decentralizált és kommercializált rendszerbe. Fenn kell tartani azt a lehetőséget, hogy - ha kívánja - megmaradhasson az államilag finanszírozott és államilag menedzselte nonprofit biztosítás keretei között. Maradjon fenn ilyen szervezet! Illetve, ha kiformalódna egy több-biztosítós rendszer, akkor legalább egy (monopoljogokkal nem rendelkező) állami biztosító is működjék. (A jelenlegi OEP nem válna automatikusan, "egy az egyben" ilyesféle biztosítóvá, hiszen az jelenleg egyesíti egy "igazi" biztosító és egy sajátos állami hatóság funkcióit.)

Amit a (iv) pontnál említék, értékkonfliktushoz vezet. Igaz, a kiegészítő ellátás-szolgáltatás legalizálása, és ami ehhez hozzátartozik, az a lehetőség, hogy kiegészítő biztosítást köthessünk, növeli a választási lehetőséget - de sérti az egyenlőség elvét. Legálissá és átláthatóvá teszi azt, hogy egyesek saját költségükre előnyöket vásárolnak meg. Ez most is megtörténik, de többnyire illegálisan és elködösítve.

Aki ellenzi a (iv) választási lehetőséget, mondja meg nyíltan: kész megsérteni az egyenlőség kedvéért az állampolgár egyéni szuverenitását. Megengedi, hogy a jobb módú ember pezsgőt vagy luxusutazást vásároljon, de megtiltja, hogy külön pénzt áldozzon beteg gyermeke vagy édesanyja gyógyítására. Megtiltja, hogy az állampolgár saját pénzét egészsége fokozott védelmére, gyógyulásának gyorsítására fordítsa.

Aki mellette van, mondja meg: igenis privilégiumot akar megvásárolni. Nem a többi adófizető terhére akar hozzájutni az előnyökhöz, hanem a saját zsebéből kívánja fizetni. *Legálisan* akar venni soronkívüliséget, extra figyelmet, drágább gyógyszert.

A választási lehetőségekről szólva szeretnék rámutatni a decentralizálás egyik igen fontos közvetett hatására. Minél centralizáltabb a finanszírozás, annál inkább ráhagyatkozunk arra, hogy az egészségügyre szánt összes kiadásokról szinte kizárólag a politikai processzus (a kormány és a parlament) döntsön. Minél inkább decentralizáljuk a finanszírozást, és ennek keretében minél inkább kinyitjuk a kötelező részen felül igénybe vehető kiegészítő biztosítás lehetőségeit, annál inkább *saját kezébe* veheti az állampolgár a döntést. A decentralizált egyéni döntések alapján fizetett magánkiadások összessége *hozzáadódik* a politikai szférában

eldöntött egészségügyi közkiadásokhoz. A kettő együttvéve határozza meg, hogy makroszinten a GDP mekkora hányadát fordítsuk egészségügyre. Minél nagyobb a decentralizált finanszírozás részaránya az állami finanszírozáshoz képest, annál "depolitizáltabb" a döntés. Annál inkább a saját zsebünkbe nyúlhatunk, önként, ahelyett, hogy - politikai döntés nyomán - az állam nyúlna a zsebünkbe.

Nem igaz, hogy a decentralizálás csak növeli a választási lehetőséget. Egyúttal *csökkenti is!* Ez összefügg azzal, amit a szakzsargon a "betegutak" problémájának nevez.

14. KÉRDÉS

Mennyire szabad az orvosválasztás vagy kórházválasztás? Mennyire szabad az egymást helyettesítő, de nem azonos árú gyógyszerek közötti választás?

"Nagybetűs" kérdés, hiszen már most napirendre került, és mostanában érezni kezdjük a korlátozásokat az államilag menedzselte körön belül is. Majd kiderül, célszerűek-e a most bevezetett korlátozások és az új betegutak. Ha nem - majd korrigálni kell.

Még inkább korlátozhatják a beteg választásait a magánbiztosítók és az HMO-k. Éppen ez a költségek megfogásának egyik legfontosabb és leginkább hatásos eszköze. Biztosítónként eltérő, mennyire ragaszkodik az adott séma a biztosító által kijelölt háziorvoshoz, szakorvosi körhöz, járóbeteg-intézethez és kórházhoz. A kifinomultabb biztosítási rendszerben magasabb biztosítási díjjal kell megvásárolni a nagyobb választási lehetőséget.

Már az első tárgyalásoknál azt kell kikötni, hogy átlátható legyen: mit kínál a biztosító ebben a tekintetben az ügyfélnek? Éppen ez a verseny egyik fő eleme.

15. KÉRDÉS

Hogyan ellenőrzik a szolgáltatás minőségét? Milyen processzusok és intézmények védik a beteg jogait?

"Nagybetűs" kérdés. Mindenképpen jogosult feltenni, ám decentralizálás esetén nagyobb hangsúlyt kap.

A verseny mind a kínálat oldalán (azaz az egészségügyi ellátás szolgáltatói között), mind pedig a kereslet oldalán (azaz az ellátásért fizető biztosítók között) lényegesen hozzájárulhat a minőség javításához. Minél teljesebb a verseny, annál erősebb a minőségi ösztönzés, minél korlátozottabb, annál gyengébb. Mivel pedig előre látható, hogy sokféle ok miatt korlátozott a verseny, szükség van a minőség állami felügyeletére.

Lényeges lépések történtek már a kérdésben jelzett feladat megoldására - de sok még a teendő. Érdemes lenne ezt a feladatot sokkal inkább előtérbe helyezni. A problémának több összetevője van.

- Minőségi kritériumok kialakítása. A minőség megfigyelésének és mérésének megszervezése.
- Mind a szolgáltatók, mind a magánbiztosítók működésének engedélyhez kötése. Különböző akkreditálási eljárások bevezetése.

- Minőség-ellenőrzés és "fogyasztóvédelem" kiépítése. A felügyelet legyen független mind a szolgáltatóktól, mind a biztosítóktól (akár állami, akár magán). Olyan vezetőket és irányítótestületi tagokat kellene az élére állítani, akiknek osztatlan tekintélyük van. A felügyelet hatókörébe tartozzék a sérelmek és panaszok kivizsgálása. Minél inkább érzékelhető lesz a legszélesebb nyilvánosság számára, hogy a beteg panaszát komolyan veszik, kivizsgálják és - amennyiben a panasz indokolt - hathatósan orvosolják, annál inkább nő majd a bizalma a reform iránt.
- A szolgáltatók és a biztosítók nyilvános értékelése. A szolgáltatók és a biztosítók minőségi rangsorolása. Ez igen nehéz feladatnak ígérkezik, és ellenállásra kell számítani. Ám ilyesfajta nyilvános értékelés és rangsorolás nélkül illuzórikus a választási lehetőség felkínálása és a szolgáltatók közötti igazi verseny.

Amennyire csak lehet, ki kell építeni a minőségi ellenőrzést már a decentralizálás megkezdésekor - a továbbiakban pedig menet közben kell tökéletesíteni.

16. kérdés

Mennyire élhetnek a betegek a biztosítócserre lehetőségeivel? Mi a hatása a biztosítócserének?

Az ügyfél eléggé tájékozatlan. Nehezen látható át, milyen előnyökkel-hátrányokkal jár az egyik és a másik biztosító. (Gondoljuk át ezzel kapcsolatban az ügyfelek döntésének felületességét és ötletszerűségét a kötelező autóbiztosítás cseréje alkalmából.) Ha a biztosítottnak valami súlyos kifogása van a biztosítóval szemben - gyakran már késő. A kár irreverzibilis. Azt javaslom a decentralizálás híveinek - ne reklámozzák túl ezt az erényt. Ne ígérjenek irreális előnyöket ebből a szempontból.

Viszont a decentralizálás ellenfeleinek azt mondanám: ne is becsüljék le ezt az előnyt. Az exit *fenyegetés* önmagában is nagy hatású. Igaz, korlátozott itt a verseny, de ez is erősebb ösztönzés, mint a monopólium. Igen fontos érv a vitában!

Járulékok, költségek, profit, a költségvetési korlát keménysége

A decentralizálás hívei azzal érvelnek: a magánbiztosító keményebben odafigyel a költségekre, mint a monopolhelyzetben lévő állami biztosító. Inkább kikényszerítheti a takarékosagot.

Nem biztos! Az USA igen messzire ment a decentralizálásban - mégis folytonosan emelkednek a költségek. A biztosítók ideig-óráig ellenállnak a költségnyomásnak - azután emelik a biztosítási díjat. A díjak eléggé folytonosan és erős ütemben növekednek. A díjemelkedés több és több kiskeresetű embert szorít ki az ügyfelek köréből.

A centralizálás hívei azzal érvelnek: az állami monopólium megkönnyíti a költségek kézben tartását.

Nem biztos! Igaz, látszatra könnyebb megadni egyetlen központi költségvetési korlátot, és elvárni, hogy betartsák. De lám, mégis folytonosan újra keletkezik, sőt növekszik a deficit. Az OEP próbálja szorosra fogni a költségek ellenőrzését, ám a centralizáció végletes formájában ezt szinte lehetetlen megvalósítani.

17. KÉRDÉS

Melyek a centralizálás és decentralizálás előnyei és hátrányai a költségek "megfogása" szempontjából?

"Nagybetűs" kérdésnek minősítem, mert mindenképpen meg kell ismerkedni a centralizált szisztéma tulajdonságaival ebből a szempontból.

Mind elméletileg, mind tapasztalatilag igazolható: a centralizálás-decentralizálás foka *önmagában* nem dönti el, mi történik a költségekkel. Több körülmény együttes hatására alakul ki egy adott szervezet viselkedése. Nincs most helyünk a kérdés összefüggő és részletes tárgyalására, csupán néhány problémát emelek ki.

Az egészségügy finanszírozásáról folyó vitákban eltúlozzák a profit és a nonprofit intézmények közötti különbséget. Valójában az játszik perdöntő szerepet, hogy mennyire kemény vagy puha a szóban forgó szervezet költségvetési korlátja.

18. KÉRDÉS

Melyik tulajdonformában, a centralizáció-decentralizáció melyik kombinációjában kényszeríthető ki a költségvetési korlát keménysége? Melyek a keménység kikényszerítésének feltételei?

"Nagybetűs" kérdés. Ami az OEP-et illeti - gyakorlatilag lehetetlen megkeményíteni a költségvetési korlátját. Sohasem mondhatja az állam: "nem törődöm azzal, mennyi a veszteséged, oldd meg a problémádat!" Itt keresendő az ország fiskális nehézségeinek egyik fő oka. Ezzel szemben a magánbiztosítónak mondhatja az állam: "Van más üzletágad; átmenetileg annak nyereségéből fedezzed ennek a veszteséges ágazatnak a deficitjét és hozzad rendbe ebben a szegmensben is a gazdálkodásodat." Éppen ez a decentralizálás egyik fő előnye. Költségtudatosabb, hatékonyabb, takarékosabb lehet, mint a centralizált forma.

Ám ott sem egyszerű a helyzet. Ha a veszteség nem átmeneti, hanem tartós, akkor a magánbiztosító - akár csak a többi magánvállalat - azzal reagálhat, hogy kivonul erről a piacról. Ilyenkor a biztosított, akarata ellenére, kénytelen biztosítót váltani. És mivel egyes szolgáltatók (házi orvosok, járóbeteg-rendelő intézetek, kórházak stb.) tipikus esetben az adott biztosítóhoz kapcsolódnak, az eddigi biztosító kilépése nyomán ezek a szolgáltatók sem állnak a biztosított rendelkezésére. Ez nagy megrázkódtatást okozhat számos ügyfélnek. Éppen ezzel a megrázkódtatással, az állampolgárok felháborodásának kiváltásával zsarolhat a magánbiztosító, és rákényszerítheti az állam különböző szerveit arra, hogy kimentsék a tartós veszteségből.

Az állam és a magánbiztosítók közötti tárgyalások egyik fő témája tehát a belépés és kivonulás (entry - exit) feltételeinek együttese. Az állami tárgyalófélnek korlátoznia kellene az exitet - valamiféle "felmondási időt" szabnának meg.

Eddig csak hipotetikusán beszéltem deficitről. De miért keletkezik a deficit? A kiadások növelésére sokféle nyomás készlet:

- Új és drágább technológiák, új és drágább gyógyszerek jelennek meg.
- Emelkedik a szolgáltatásokban részt vevő munkavállalók jövedelme.

Igen erős a költségemelkedés tendenciája - tulajdonviszonyoktól függetlenül. A növekvő költség fedezhető, de csak nagyobb bevételekkel.

Ha kommerciális jellegű, "igazi" biztosítási járulékból fedezik, akkor a piaci áralku határozza meg, amely az eladó (a magánbiztosító) és a vevő (a kiegészítő biztosítási ügyfél) között zajlik le. Ez a helyzet a kiegészítő biztosítással.

Ha azonban az egészségügyi kiadások számottevő részét adók módjára beszedett kötelező "járulékból" fedezik, akkor az utóbbi forrással kapcsolatban sajátos problémák vetődnek fel.

19. kérdés

Milyen processzus dönti el a kötelező biztosításért fizetett járulékot? A kormány, (esetleg a parlament) a biztosítók meghallgatása után, egyoldalúan döntsön? A kormány és a magánbiztosítók érdekegyeztető fóruma együttesen döntsön? Utóbbi esetben mi a döntés játékszabálya? Mi történik, ha nem tudnak megegyezni?

20. kérdés

Mivel regulált árról van szó, korlátozott versenyű piacon - milyen elv szerint képezzék a járulékot? Mi történik, ha kiderül: a járulék nem fedezi a költséget és hosszabb időn át nem hoz nyereséget, sőt esetleg tartósan veszteséget okoz?

A kérdésekre adandó válasz a legszorosabban összefügg a költségvetési korlát puhaságának vagy keménységének problémáival. A magánbiztosító elégedett lesz, ha veszteség esetén ugyan nem kap pénzügyi támogatást, látszólag nem mentik ki a pénzügyi bajokból - de más módon, a biztosítási díj emelésével puhítják fel a költségvetési korlátját. A magánbiztosító megnyugodna, ha biztosan számíthatna arra, hogy a növekvő költség mindig elvezeti a növekvő járulékhöz, azaz ha a biztosítási díjat megszabó árformula ezt mintegy garantálja. Ez esetben azonban elvész a decentralizálás elvárt erénye, a költségek megfogása (cost-containment.)

21. KÉRDÉS

Milyen költségelemeket ismerjen el a kötelező biztosítás regulált díja? Bármekkora is az adminisztratív költség - ismerjék-e el legitim, a kötelező járulékkal fedezendő költségnek?

"Nagybetűs" kérdés. A magas adminisztratív költség fontos ellenérv a decentralizálással szemben. Ne beszéljünk mellé - ez jogosult érv. A decentralizálás hívei rosszul teszik, ha meg sem hallják ezt a fontos érvet. Aki a verseny híve, annak azt kell kijelentenie: igaz, a verseny rövid távon magasabb (esetleg jóval magasabb) tranzakciós költségekkel jár, mint a monopólium. Ez így van nem csak az egészségügyben, de a söriparban vagy az autókerekelemben is. Egyetlen söripari vállalatot, az egyetlen Merkúr autókerekelemben vállalatot sokkal olcsóbb adminisztrációval lehetett működtetni, mint a mai versenyző sörgyártást vagy autókerekelemben. Ezért a hátrányért adnak kárpótlást a verseny előnyei.

Az adminisztratív költségeket kordába lehet szorítani. Ki lehet kötni a tárgyalásokban: maximum X százalékot ismernek el jogosult költségként a járulék kiszámításakor.

22. kérdés

Mindkét oldalon elfogadják-e a kockázati kiegyenlítés elvét? Ha igen: milyen proceszszussal, milyen szervezetek közvetítésével bonyolítják?

A 11. kérdés kapcsán már szóba került a diszkrimináció törvényes megtiltása. Ám ez nem elegendő. Nem szokott beválni az, ha egy gazdasági szervezetet a törvény erejével kényszerítenek arra, hogy saját gazdasági érdekei ellen cselekedjék. Elengedhetetlenül szükség van a nagyobb rizikók kompenzálására. Minden országban az egészségügyi kiadások nagy része a lakosság egy kis hányadára koncentrálódik - krónikus betegekre, öregekre, valamint azokra, akiket halálos betegség sújt. Többféle módon kezelhető ezeknek a csoportoknak a finanszírozása. Pl. erre a célra külön elhatárolt állami programmal. Vagy a decentralizált biztosítóknak adott kockázati kiegyenlítés megszervezésével, esetleg a kettő kombinációjával.

Minimális szinten már az indulástól kezdve biztosítani kell a rizikókiegyenlítést. Később pedig folyamatosan fejleszteni kell a kockázatkiegyenlítés mechanizmusait.

23. KÉRDÉS

Ki szedi be a járulékot? Ki kényszeríti ki a járulék befizetését?

A biztosító szempontjából (akár egy van, akár több), az a legkényelmesebb, ha az APEH szedi be. Ám ez az eljárás nem magától értetődő. Sok országban maguk a biztosítók hajtják be a járulékokat. Ez így van nálunk is pl. a kötelező autóbiztosításnál: maga a biztosító szedi be a járulékot. Igaz - de a rendőrség segít a kikényszerítésben.

Mi lesz a helyzet az egészségügyben? Nem szabad ebben a kérdésben sem mellébeszélni. "Nagybetűs" kérdés! Akár egy, akár több biztosító működik, mondják meg azok, akik a "biztosítási elv" alkalmazását hangsúlyozzák: megtagadják-e az alapvető ellátást attól, aki nem fizette be a járulékot?

Persze lehet, hogy valaki feledékenységből mulasztotta el a befizetést. Előbb tehát fel kell szólítani a fizetésre. De mi van, ha ezután sem fizet? Azt persze senki sem gondolja, hogy aki akut vakbélgyulladásal vagy szívrohammal jelentkezik, az előtt becsukják a kórház kapuit.

Ne próbáljuk kikerülni a nehéz kérdést. Mi történjék azzal, aki többszöri felszólítás után, notórius potyautasként nem fizet (holott van jövedelme, nincs rászorulva arra, hogy az állam fizessen helyette), és orvoshoz kíván fordulni olyan egészségügyi problémával, ami komoly, de *nem* sürgősségi jellegű? A kötelező szolgáltatások egyaránt megilletik azt, aki becsületesen fizeti a járulékot és azt is, aki tisztességtelenül elmulasztja?

A pénzügyekkel és elszámolásokkal foglalkozó fejezet végére érve jelezni szeretném: sok kérdésre nem jutott hely, köztük olyanokra sem, amelyek nem kevésbé fontosak, mint azok, amelyeket itt kiemeltem. Különösen hiányzanak a kiemelt kérdések együtteséből azok, amelyek a biztosító és a *szolgáltatók* kapcsolatára vonatkoznak. Milyen elvek és szabályok szerint számolna el a házi orvos, a szakorvos, a kórház vagy más szervezet a biztosítóval? Egyöntetűek maradnának-e ezek az elvek és szabályok, vagy itt is sokféleség mutatkozna? Hogyan hat ez majd az orvosok és más egészségügyi alkalmazottak keresetére?

A megvalósítás üteme és a reform támogatottsága

Befejezésül térjünk vissza azokhoz az általános kérdésekhez, amelyeket a fejtegetések elején már érintettem.

24. kérdés

Mi a decentralizálással kapcsolatos előkészítő fázis időigénye?

A szóhasználat értelmezéséhez a következőket kívánom megjegyezni. Az előkészítő fázisba beletartozik először is a jogszabályok kidolgozása és elfogadása (kormányhatározat vagy törvény). Ide tartoznak az előzetes megállapodások és szerződések (pl. megállapodás a kormány és a magánbiztosító között). Ezután kezdődhet el az ügyfelek toborzása és a biztosítások megkötésének fázisa, valamint a szolgáltatókkal kötendő megállapodások előkészítése, a biztosítások és a finanszírozás adminisztratív apparátusának felépítése.

A szükséges előkészületi időbe bele kell kalkulálni a lakosság felvilágosításának időigényét. Türelmesen és hatásosan kell elmagyarázni a várható új körülményeket mindenkinek, akit a változások érintenek: elsősorban a betegeknek és családtagjaiknak, és az orvosoknak, s az egészségügyi szolgáltatások minden aktív közreműködőjének.

Én itt csak a kérdést tettem fel, a választ a probléma szakértőinek és az előkészítő folyamatok résztvevőinek kell megadniuk.

Az időigény előrebecslésével kapcsolatban előadnék egy általános érvényű hipotézist, amely nemcsak az egészségügyi biztosítás reformjára, hanem más mélyreható átalakításokra is érvényes. A rendelkezésre álló ügyintézői-szakértői gárda kompetenciáját adottnak véve létezik egy *trade-off* összefüggés a reform sebessége és az előkészítés gondossága között. És mivel csak hipotézis, felteszem kérdésként is mindazok számára, akik állást foglalnak a reformok sebességének ügyében.

25. kérdés

Saját tapasztalata szerint igaz-e, hogy "trade-off" összefüggés van a reformintézkedések előkészítésének gondossága és az előkészítés minőségi színvonala, a hibák gyakorisága között? És ha elismeri ezt az összefüggést, kész-e elfogadni az előkészítési fázis lerövidítése érdekében a változtatás minőségének romlását? Vagy megfordítva, inkább vállalja az előkészítési fázis meghosszabbítását a változtatás minőségének javítása érdekében?

Elismerem, hogy nyomós politikai és társadalmi megfontolások a sürgetés mellett szólhatnak. "Addig kell ütni a vasat, amíg forró." Az egyik - sokszor elhangzó - gondolatmenet képviselői a következőképpen érvelnek. Most egy reformra elszánt csapat kezében van az egészségügyi reform irányítása. Nem abszurd így érvelni: olyan messzire kell elmenni a változtatásokban, hogy ne lehessen visszafordítani. Nincs idő sem maximális gondossággal végzett előkészítésre, sem pedig kísérletezésre. Teljes fronton minél több jó irányba mutató változtatást kell végrehajtani!

Ezzel a gondolatmenettel áll szemben az, aki óvatosságra és fokozott gondosságra int. Én inkább az utóbbival rokonszenvezek. A körültekintőbb előkészítés révén elkerülhető hibák

felesleges terheket rónak az állampolgárokra, veszteségeket és fájdalmakat okozhatnak. Miközben a reformok javítani akarnának a fennálló állapotokon, a kapkodás, a nem eléggé gondos előkészítés rontja a reformgondolat hitelét és vonzerejét.

A reformok gyorsítása mellett érvelő, imént idézett gondolatmenet egyik eleme: irreverzibilissé kell tenni a változtatást. Feles törvényekkel sok minden előírható vagy megengedhető. Igen, de politikai kurzusváltás esetén ugyancsak feles törvénnyel a törvény újra módosítható, az engedély visszavonható.

26. kérdés

Hajlandóak-e a magánbiztosítók belépni az egészségügyi biztosítás piacára, ha fenyegetőnek érzik a veszélyt: kurzusváltás esetén újra kiszorítják őket? Vagy ha nem is tiltják meg a működésüket, a kialakult feltételeket számukra kedvezőtlen irányban módosítják?

Köztudomású, hogy a befektetők nem csak szűken vett gazdasági kockázatokat mérlegelnek, hanem politikai kockázatokat is. Minél inkább politikai megegyezésen alapul a biztosítási reform, annál kisebb a belépés politikai kockázata. Minél nyíltabb a politikai fenyegetés a reform visszafordítására, annál nagyobb a politikai kockázat.

Biztos, hogy minden új rendszer először csikorogva, sok hibával működik. Ezért párhuzamosan kell megnyerni az embereket a reformoknak - és ugyanakkor felkészíteni az első üzemzavarokra. A változtatás előzetes túldicsérése visszafelé sülni el. Inkább azt kell előre tisztázni: lesznek hibák - de készek vagyunk menet közben javításokra. Figyelünk majd a panaszokra és orvosoljuk azokat.

Nagyon nehezen megy ez a lélektani előkészítés, ha csak a várható előnyöket hajtogatják az egyik oldalon, és hergelik az elégedetlenkedőket, a csalódottakat a másik oldalon. Bizonyára nem várható el a szó szoros értelmében vett konszenzus egy radikális átalakulás bevezetésekor. Ám sokat lehetne tenni azért, hogy a reformnak legyen, ha nem is általános, de azért elég széles támogatottsága, és ne éleződjék ki végletesen az ellenállás.

27. kérdés

Mit kell tenni annak érdekében, hogy nyugodt légkörben, szakszerűen folyják az egészségügyi biztosítás és finanszírozás reformjának megvitatása?

Ezzel a kérdéssel, amelyet a bevezetőben említett szakértői konferencián is feltettem, de amelyet a későbbi vitázókhoz is intéztem, eljutottam mondanivalóm befejezéséhez. A fejtegetések eddigi ritmusához igazodva kérdésként fogalmaztam meg - de inkább óhajnak kellene tekinteni. Jó lenne, ha a vita minden résztvevője előítéletek nélkül, megalapozott érvekkel közelítene a kérdések tisztázásához.