

Maradjunk a tényeknél

Népszabadság • [Dr. Frenkl Róbert](#) • 2006. július 21.

Végre valaki (Bauer Péter, május 26. Egészségügyi reform - csak óvatosan) igyekszik nemcsak deklarálni a versengő biztosítókról szóló magyar utópiát, hanem a "hogyan?" kérdésre is némi választ próbál adni. Jelentős csúsztatás, amikor úgy véli, hogy a szakmára akarom bízni a reformot. Csupán arról van szó, hogy a szakma nélkül nem megy. Szervezetfejlesztési alapelv, hogy az érintett populáció megnyerése nélkül a leginkább hatékony reform sem sikerülhet. Ennyi.

Nincs vita abban, hogy a jelenlegi feladatok a biztosítási rendszer rendbetételével indulnak. Ezt kezdte meg az egészségbiztosítási önkormányzat - lásd taj számok -, ez maradt abba 1998-ban. Ekkor kerültek át a tb-alapok, a járulékbeszedés a pénzügyhöz, illetve az APEH-hez. Ezek nem formai kérdések, az egy biztosító, ha tetszik, az állami biztosító is működhet valódi biztosítóként, elismerve az állammal mint tulajdonossal kapcsolatos minden rossz tapasztalatot.

Bauer legalább őszinte. Elárulja végre, miért érne meg a magánbiztosítóknak felvállalni az ellátás minden nyűgét. Mert - feltételezve az általa felvázolt rendszert, a területi alapon működő négy magánbiztosítót - így egy-egy cég hozzájutna mintegy két és fél millió polgár adataihoz, potenciális klientúrája lenne minden egyéb biztosítónál, melyeket "természetesen" többek között csomagban kínálnának egészségügyi szolgáltatásokkal együtt. Mert azt mindenki jól tudja, hogy az alapszolgáltatásból nem lehet profitot termelnie a biztosítónak. Nem ismételhető úgy látszik elégszer, hogy az idős korosztályok nyomása és az egészségügyi költségrobbanás határozza meg a helyzetet.

De miért kellene belebonyolódnunk ebbe a rendszerbe? Az ellátásszervezést a jelenlegi megyei vagy a későbbi regionális egészségpénztárak el tudják látni. És persze a területi alapon működő magánbiztosítók között nem verseny, hanem piacfelosztás lenne.

Svájcban hetven magánbiztosító működik, a legkülönbözőbb tarifákkal, szolgáltatásokkal, veszteségekkel. Most készítik elő a népszavazást, áttérendő az egybiztosítós állami háttérű rendszerre. Persze hogy az egészségügyhöz értő közgazdászok - Sinkó Eszter, Ékes Ildikó - feladata a reform kidolgozása, nem orvosi teendő ez, de nehezen érthető meg, miért nem látja be a néhány ellenoldali közgazdász, hogy az egészségügyi költségrobbanás kizárja a biztosítók verseny lehetőségét. Marad a szolgáltatók versenye, melyet a szakmai protokollok, a minőségbiztosítás garantálnak.

Bauer is látja, hogy a kiegészítő biztosítások adják a magánbiztosítók mozgásterét, éppenséggel nem területi alapon.

A nem halogatható, de valóban óvatosan végrehajtott kapacitásszűkítés, a strukturális reform után jelentős kórházállomány szabadul fel. A reform egyik lényeges pontja ugyanis annak a kapacitásnak a meghatározása, mely a tiszteletben tartott területi elv alapján biztosítja az ellátást. Ennek igénybevétele továbbra is ingyenesen, a kötelező biztosítás alapján valósul meg (szolidaritási elv). De a felszabaduló kapacitás - az ápolási és rehabilitációs célok mellett - magánkórházak létesítését is lehetővé teszi. Az ezt igénybe vevő biztosított betegekért is helytáll - ugyanazon a szinten - a biztosító, de itt kérhetnek többet, amire köthető kiegészítő

biztosítás. Számos országban működik ilyen rendszer. A többlétszolgáltatás főként kényelmi, környezeti és gyorsasági szempontokat jelent. Szakmailag nem lehet különbség a területi kórházhoz képest, utóbbiban is azonos az ellátás színvonala. A szabad orvosválasztás elve alapján - amit a több-biztosítós rendszer kizár - a területi kórházakat igénybe vehetik más területen élők, de ezért tőlük is kérhető többletköltség, mintha a magánkórházat választanák.

A Népszabadság Vélemény rovatában sorozatosan megjelent egészségügyi tárgyú cikkek önmagukban is jelzik, milyen összetett, érzékeny terület ez, a rendszerszerű problémák hasonló megközelítést igényelnek. Többek között Sereg Mátyás, Kartal Zsuzsa, Kricsfalvy Péter írásai erősítik a szakmai kompetenciákat, a beteg szempontjait, a népegészségügyi megközelítést, a prevenció fontosságát.

Solymosi Tamás - *Harangot a templomba*, július 3. - írása pedig koherens egészségügyi kormányprogramnak is beillik. Ha a tárca vezetése felszíni pótcselekvések - mint a több-biztosítós rendszer -, tüneti "megoldások" helyett rendszerszerűen az érdemi kérdésekre válaszolna, reális lehetne a pozitív irányú elmozdulás. Minden javaslata életszerű. Így annak a ténynek a vizsgálata, hogy életünk utolsó hónapjaiban költi a legtöbbet ránk a biztosító. Szükséges a források és a lehetőségek összhangjának a megteremtése. Japánban például szélsőszerűen határozzák meg, mennyit vállal a biztosító gyermekek, aktív dolgozók, nyugdíjasok betegsége esetében. A minőségbiztosítás és a fogyasztóvédelem hosszabb ideje szerepel, többek között a szakmai kollégiumok munkájában, talán ebben van legalább egyetértés a tárca és a szakma között. Ez az említett ISO 9001 szabvány szerinti minőségbiztosítást jelenti.

Legutóbb pedig Sinkó Eszter - *Hahó, ébresztő!* - írása adott kitűnő elemzést arról, hogy a magánbiztosítók beengedése az alapbiztosításba értelmetlen vargabetűt jelentene. Ő az ellátásszervezés révén javasolja a rendszer racionálisabbá tételét, hangsúlyozva, hogy a magánforrások aránya a magyar egészségügy kiadásaiiban már most is eléri a 30 százalékot, az unióban ez az ötödik legmagasabb arány.

Netán udvariasságból is a kisebbik koalíciós párt iránt, használjuk a "több-biztosítós modell" kifejezést. Valójában ilyen modell nincs. Lehet állami egészségügyi szolgálat, lehet társadalombiztosítás, és persze rábízható a rendszer magánbiztosítóira is, annak minden következményével. De a tb-t és a magánbiztosítókat az alapbiztosítás szintjén keverni "több-biztosítós modell" címen, legfeljebb kényszerpályát, vagy ahogy Sinkó Eszter írta, vargabetűt jelent.

Legutóbb - *Érvek - hitinkvizítoroknak* (július 7.) - Király Zsolt foglalt állást a másik oldalon az úgynevezett több-biztosítós rendszer mellett, terjedelmes írásban. A tisztességes elemzés - a hozzáértő megfigyelő számára - nyilván a szerző szándéka ellenére tartalmazza mindazokat az érveket, amelyek miatt csődöt jelentene ez a kísérlet. Itt most legfeljebb arra hivatkoznék, hogy mindössze két országot - Hollandia és Szlovákia - tud említeni, amelyek ilyesmivel kísérleteznek, eddigi tapasztalataik el kell rettentsenek mindenkit ettől az úttól. De talán ami a legfontosabb: hazánkban még egyetlen magánbiztosító vagy akár egy elismert biztosítási szakember sem jelentkezett racionális számításokkal alátámasztott azon véleményével, hogy ők beszállnának, ha lenne egy ilyen lehetőség. Miről is vitatkozunk?

Végül csak annyit, nem a szakma, hanem a tények védelmében: az egészségügy lehet, hogy közgazdaságilag, informatikailag romokban van - ez sem biztos -, de működik. Kétségtelen, hogy a hibaszázalék sem becsülhető le és veszélyes, hogy növekszik, többek között a sokfajta

feszültség, bizonytalanság miatt. Vannak jól működő intézmények, kiváló egészségügyi vezetők, világszínvonalú gyógyító eljárások. Van mire építeni, de lehet értékrombolás is. A "több-biztosítós modell" erőltetése energiákat emésztő értelmetlen zsákutca. Végre megérthetné az a néhány közgazdász, aki szinte mániákusan erőlteti. Persze az egészségügy mindent kibír. De miért kellene néhány cég üzleti érdekének alárendelni?

A szerző orvos, egyetemi tanár