

Kávé és tea

Kornai János hozzászólása az egészségbiztosítás reformjához

Vita folyik az étterem vezetői között, milyen italt szolgáljanak fel a reggelihez. Az egyik kávé, a másik teát adna. Hosszú viták után megegyeznek: 51:49 arányban keverik a kétféle italt. Mostantól kezdve minden vendég ezt a keverék italt kapja reggelire. Sokszor érte a kormányzatot jogos bírálattal, hogy új rendszabályok megalkotása előtt nem ad elég lehetőséget a vitára. Ez alkalommal erre a szemrehányásra nincsen ok. Hónapok óta folyik a vita az egészségbiztosítás reformjáról; hol zárt ajtók mögött, hol nyilvánosan, értekezleteken, a sajtóban és a televízióban.

Hozzászóltak az egészségügy szakértői, a pártok képviselői, orvosok, páciensek. Csupán egyetlen tény vált nyilvánvalóvá: a helyzet és a teendők megítélésében nincsen egyetértés. Nincs ebben semmi meglepő. Két egyszerű forma került előtérbe, amelyeket a magyarországi viták nyelvén „egybiztosítós” és „több-biztosítós modellnek” kereszteltek el. Mind a két modellnek sokféle előnye és sokféle hátránya van, ám egyikről sem mondható el, hogy előnyeinek és hátrányainak egyenlege elsöprő fölényt mutatna a másikéval szemben. Ha meggyőzően érzékelhető lenne, hogy az egyik modell valósággal lehengerli a másikat, akkor az utóbbi hívei talán feltennék a kezüket, és nem szívóskodnának tovább. Ilyesféle látványos fölényt azonban egyik vitázó fél sem tudott elérni. Korábban bírálták a kormány reformációit azért, mert semmibe veszi a nemzetközi tapasztalatot. Most ez a bírálattal sem állja meg a helyét. A vitázó felek sokszor hivatkoznak külföldi példákra: egyes országok kedvező és más országok kedvezőtlen tapasztalataival kívánják alátámasztani saját javaslatukat.

A baj az, hogy a nemzetközi tapasztalat nem egységes. Ahány ország, annyiféle megoldás. És ha közelebbről megismerkedünk egy-egy külföldi ország egészségügyi-gazdaságtani vitáival, kiderül: minden országban vannak az ott fennálló helyzetnek hívei és ellenfelei. Azért sem számíthatunk konszenzusra, mert a reform által érintett egyének és csoportok érdekei részben megegyeznek, részben pedig ütköznek. A jelen állapotban is vannak nyertesek és vesztesek, és a nyereségek-veszteségek igen egyenlőtlenül oszlanak meg. Nincsen olyan változtatás, amelynek nyomán kivétel nélkül mindenki nyerne. Mégpedig minden tekintetben nyerne: javulna az egészségügyi szolgáltatás minősége, ugyanakkor nőne a beteg választási szabadsága, és még a költségek (és vele a járulékok) is csökkennének.

Előnyök és hátrányok

Nincsen olyan pró és kontra érv, amely a vitákban el ne hangzott volna. Mivel már ismerősek az érvek, elég lesz szinte címszerűen felsorakoztatni őket. Egyelőre kizárólag a vitákban előtérbe került két modellel foglalkozom, a cikk egy későbbi részében szóba kerülnek majd más megoldások is. A listák összeállításakor nem törekedtem teljességre. A legfontosabb előnyöket és hátrányokat próbálom első megközelítésben kiemelni, mégpedig azokat a jellemzőket, amelyek – amennyire meg tudom állapítani – biztosan előnyösek, illetve biztosan hátrányosak. A későbbi elemzésben szóba kerülnek majd további – valóságos vagy vélt, és mindenképpen vitatható – előnyök és hátrányok is.

Egybiztosítós modell

Előnyök: Könnyen elszámoltatható, mert egyetlen szervezet vezeti a közpénzből finanszírozott valamennyi szolgáltatás számláit. Aránylag egyszerűek és átláthatóak a

kapcsolatok az állami monopolbiztosító és a sok száz vagy sok ezer decentralizált szolgáltató között. Aránylag alacsonyok az adminisztratív költségek. Egyértelmű a hatalmi, igazgatási és pénzügyi kapcsolat a kormány és az állami monopolbiztosító között. A biztosító működéséért a mindenkor kormány felelős.

Hátrányok: A monopolbiztosítónak nincsen „természetes”, belülről jövő ösztönzése a teljesítmény javítására, sem a szolgáltatás minősége, sem a költségek csökkentése tekintetében. Akárcsak a szocialista gazdaság állami vállalatát, felülről és kívülről kell jobb teljesítményre készíteni, adminisztratív utasításokkal, előírásokkal és tiltásokkal, erkölcsi ösztönzéssel, esetleg mesterségesen kialakított pénzügyi jutalmakkal és büntetésekkel. Rendkívül erős a készítés a költségvetési korlát felpuhítására, a pénzügyi fegyelem megszegésére. Semelyik kormány nem nézheti tétlenül, hogy az egészségügy állami monopolbiztosítója csődbe menjen. Kénytelen pénzügyi támogatással újra és újra kimenteni.

Több-biztosítás modell

Az éles szembeállítás kedvéért itt most a „tisztá esetről” beszélek, amelyben kizárólag magánbiztosítók versenyeznek egymással.

Előnyök: A profitmotívum és a verseny erős „természetes”, belülről jövő ösztönzést hoz létre. A biztosítót a profitmotívum és a verseny érdekeltté teszi mind a szolgáltatás minőségének javításában, mind a költségek csökkentésében. Jobbak az esélyek a költségvetési korlát megkeményítésére, a pénzügyi fegyelem megkövetelésére. A kormány helyezkedhet arra az álláspontra, hogy pénzügyi kudarc fenyegető veszélye esetén sem menti ki a biztosítót; a biztosító oldja meg a saját problémáját.

Hátrányok: Nehézkesebbé válnak a kapcsolatok a biztosítók és a szolgáltatók között. Egy-egy nagyobb szolgáltatónak rendszerint nem egy, hanem több biztosítóval kell előre megállapodnia és utólag elszámolnia. Magasabbak (lehetséges, hogy jóval magasabbak) az adminisztratív költségek.

A két előny-hátrány lista áttekintése felhívja a figyelmet az eddig lezajlott nyilvános viták egyik jellegzetes vonására. Mindkét séma hívei a saját pártfogoltjuk előnyeit dicsérték agyba-főbe, szembeállítva a másik megoldás rémítő hátrányaival. Szinte senkiben sem volt annyi érzék az intellektuális fair play iránt, hogy őszintén feltárja a neki rokonszenves változat hátrányait, és elismerje az elvetésre ajánlott megoldás előnyeit. Ez talán elmegy a szabványos üzleti reklámozás gyakorlatában, de számomra elfogadhatatlannak tűnik, ha nagy horderejű közügyben egyetemi tanárok, kutatóintézeti vezetők, magas állású politikusok viselkednek így. A megzavarodott közvélemény tárgyilagos tájékoztatásra tart igényt. Ha az egyoldalú reklámozás alapján sikerül bárkit is meggyőzni, és a túldicsért megoldás megvalósul – a hátrányok előbb-utóbb mégiscsak kiderülnek. Minél inkább elhallgatták a reklámozók a hátrányokat, annál nagyobb lesz a csalódás. Úgy kell meggyőznünk egy javaslatról azokat, akikkel azt el akarjuk fogadtatni, hogy előre megmondjuk a veszélyeket és hátrányokat is. Aki elfogadja, az a várható hátrányokkal együtt legyen hajlandó támogatni! Javaslatom: „többszektoros modell” A kávé-tea vitának van egy kézenfekvő, jól ismert megoldása. Mindkét ital álljon rendelkezésre, és a vendég döntse el, melyiket kívánja inni. Ezt hívják a fogyasztói szuverenitás elvének. Nem minden vásárlási döntés vethető alá a fogyasztói szuverenitás elvének. Az egészségügyben felvetődő ezerféle döntési probléma számottevő részében egyáltalán nem, vagy csak erősen korlátozva érvényesülhet ez az elv. Ám az egészségbiztosító megválasztása – kellő feltételek megteremtése esetén – abba a kategóriába tartozik, amelyben a fogyasztói szuverenitás érvényesíthető.

Javaslatom, főbb körvonalaiban, a következő.

A jelenlegi Országos Egészségbiztosítási Pénztárt két részre kell bontani. Az egyik részt ebben a cikkben egészségügyi pénzügyi hatóságnak nevezem, a másikat pedig állami egészségbiztosítónak. Sok embernek szenvedélye új szervezetek keresztelése, ők majd találhatnak ügyesebb elnevezéseket. Számomra ebben a fejtegetésben csak annak van jelentősége, hogy világossá tegyem: az egyik rész állami hatóság, akárcsak a vámhivatal vagy a fogyasztóvédelmi szervezet, a másik rész pedig 100%-os állami tulajdonban lévő vállalat, akárcsak a Magyar Államvasutak vagy a pénznymoda. A hatóság kezében lesz, más feladatok mellett, az egészségügy folyó kiadásainak finanszírozására szánt közpénz elosztása. Minden magyar állampolgár köteles belépni az egészségbiztosítás rendszerébe. Mindenki köteles járulékot fizetni. Kivétel ez alól az, aki helyett – bizonyos kritériumok alapján – az állam fizeti a járulékot. Az egyén (illetve az egyén helyett belépő állam) által fizetett járulékot kiegészítik a munkaadók által fizetett járulékok. Mindenki, aki ily módon tagja a biztosítási rendszernek, jogosult az alapvető egészségügyi ellátásra. Ezt pénzügytechnikailag abban a formában juttatják kifejezésre, hogy minden jogosult egyén kap egy egészségügyi utalványt (vócsert, fejkvótát). Első, durva megközelítésben azt mondhatnánk: osszuk fel az összes befizetett járulékot a biztosítottak számával, és megkapjuk forintösszegben az utalvány átlagos értékét. A gyakorlatban nem ezt kell tenni, hanem az utalvány nagysága legyen differenciált. Pl. nagyobb értékű utalványt kapnak az idősebbek, a krónikus betegek stb., és emiatt az átlagnál kisebb értékűt a többiek. A várható egészségügyi kiadások kockázata nem egyenlően oszlik meg, az eltérések statisztikailag jól megfigyelhetően összefüggnek az életkorral, tartós betegségekkel, foglalkozással és más körülményekkel. E kockázatok kiegyenlítése nagyjában-egészében tükröződne az utalványok értékének differenciálásában. (Szaknyelven ezt nevezik kockázat szerint kiigazított fejkvótának, angolul „risk-adjusted capitation payment”-nek). Természetesen a statisztikailag azonos kockázatú (és ezért azonos értékű utalvánnyal rendelkező) egyének valóságos egészségügyi költsége szóródik. Ezeknek az egyéni kockázatoknak a kiegyenlítése (akárcsak más biztosítások esetében) a biztosítón belül történik. Induláskor mindenki az állami biztosító biztosítottja. Az indulás pillanatában idekerül minden utalvány. Aki akar, ott is maradhat. Meg kell engedni, hogy – megfelelő feltételek teljesülése esetén – magánbiztosítók lépjenek az egészségbiztosítás piacára. Ha a piacra lépő magánbiztosító képes előnyösebb feltételekkel magához vonzani ügyfeleket – akkor ennek nem szabad útját állni. Az ügyfél ilyenkor magával viheti az utalványát. Ezt az utalványt az átlépés után már nem az állami biztosító, hanem a magánbiztosító fogja beváltani az egészségügyi hatóságnál. Ennek az utalványnak a fejében a magánbiztosító köteles finanszírozni a biztosított alapvető egészségügyi ellátását. A biztosítási rendszerben részt vevők köthessenek kiegészítő biztosítást, amely az alapvető ellátáson felül további szolgáltatásokat finanszíroz. Az alapvető ellátás pénzügyi forrásaként működő járulék fizetése kötelező, ezzel szemben az ügyfél önként dönt arról, hogy köt-e kiegészítő biztosítást és vállalja-e az ezzel járó többletdíj fizetését. Kíváncsinos lenne, ha sokféle kiegészítő biztosítás között választhatnának az ügyfelek. Köthető legyen mindazoknál a biztosítóknál, amelyek kiegészítő biztosításra vállalkoznak. Ha az állami biztosító kínálatában szerepel ez az ügylet, akár nála is megköthető ez a kiegészítő szerződés. (A most közzétett elgondolás – érthetetlen módon – tiltani kívánja azt, hogy a most létrejövő 51:49-es biztosítók kiegészítő biztosítást kínáljanak az ügyfeleknek.)

Azért neveztem a javasolt formát „többszektorosnak”, mert egymás mellett élne, azonos jogokkal rendelkezne az állami szektor és a magánszektor, az állami biztosító és annyi magánbiztosító, ahány hajlandó és képes ebben a szférában tevékenykedni. Az elgondolás nem új, nem eredeti. Nem igénylem magamnak az újító dicsőségét. Ismert a szakirodalomban, elhangzott a magyarországi vitákban; magam is, sokkal részletesebben, előadtam már szóban

is, írásban is. Sajnos, nem kapott kellő figyelmet, és ezért szeretném most, a biztosítási reformmal kapcsolatos törvényalkotás előtti kritikus időszakban, újra reflektorfénybe állítani. Javaslataim közel állnak ahhoz az állásponthoz, amelyet az SZDSZ ez év tavaszán képviselt. Akkor elfogadta azt a gondolatot, hogy egymás mellett létezzenek állami és magánbiztosítók. Akkori álláspontjukkal nem áll ellentétben, de a viták mai állapotában most különösen fontosnak érzem javaslatomnak azt a részét, amely az induló helyzetre vonatkozik. Mindenki automatikusan az állami biztosító ügyfeleként kezd, és ha semmit sem lép, akkor az is marad. Ez nagy lépéselőny az állami biztosítónak, még akkor is, ha monopóliuma megszűnik, és a magánbiztosítók elhódíthatják az ügyfeleket. Javaslatom szögesen ellentétes a jelenleg előterjesztett elképzeléssel, amely szerint már az induláskor mindenkit – akár tetszik neki, akár nem – besorolnak egy 51:49-es képződménybe.

A bevezetés minimumfeltételei Az új rendszerre csak akkor szabad áttérni, ha együtt állnak a megfelelő működéshez szükséges feltételek. Nem úgy képezem, hogy a teljes kibontakozás valamennyi feltételét százszázalékos tökéletességgel teljesíteni kell – addig pedig ne történjék semmi. Ha már minden kész, akkor elsütjük a startpisztolyt, és egyszerre csak betódul a piacra sok, egymással tülekedő magánbiztosító, és vezényszóra tömegesen beiratkoznak hozzájuk az ügyfelek. Ennél sokkal mértéktartóbb ajánlást fogalmazok meg. Mi a feltételeknek az a minimuma, amelyek teljesítéséhez kötjük az első magánbiztosítók tevékenységének megkezdését? Később majd fokozatosan javíthatók a feltételek, és számítani lehet arra, hogy jó néhány további biztosító is be akar lépni a piacra. Sorba számozom a feltételeket, ez azonban nem rangsor.

A felsorolás négy feltétele együttesen alkotja a magánbiztosítás megkezdésének feltételét.

1. Ki kell zárni azt a lehetőséget, hogy a biztosító diszkriminációt alkalmazzon az ügyfelek bármelyik csoportja ellen. A diszkriminációt a törvény erejével meg kell tiltani, és a tilalmat a nyomaték kedvéért újra meg kell erősíteni, amikor a magánbiztosító megkapja a piacra lépési engedélyt. Ám az ösztönzés elméleti irodalmából és a szocialista gazdaság tapasztalatából pontosan tudjuk: az adminisztratív-jogi tiltás egymagában nem elégséges. Kellő anyagi ösztönzést kell adni arra, hogy a biztosító ne zárkózzék el a költségesebbnek ígérkező ügyfelek felvételétől. Tudjuk, hogy pl. egy idősebb ügyfél várható évi egészségügyi költsége többszöröse egy fiatal várható költségének. Úgy kell megszabni az utalvány értékét, hogy ezt a többletköltséget statisztikai átlagban fedezze. Ez nem elvi probléma, hanem gyakorlatias számszerű kérdés. Megszabható az idősebb ember utalványának értéke akár még úgy is, hogy a biztosítók valósággal tülekedjenek, ki tud több öreg ügyfelet szerezni. Nem várhatjuk azt, hogy már első menetben tökéletesen bekalibrálják az utalványok differenciálását, a kockázatok kiegyenlítésének rendszerét. Legjobb tudásunk szerint el kell kezdeni, és józanul számítani kell arra, hogy az utalványértékek arányait, illetve a kockázatkiegyenlítés más eszközeit a tapasztalatok alapján, ismételten korrigálni kell majd. Világossá kell tenni a processzust és az intézményi kereteket: melyik bizottság illetékes a kockázatkiegyenlítés elvi és számszerű dokumentumainak első kidolgozására, majd később a folyamatos korrekcióra. (A most közzétett dokumentum röviden utal egy „Díjtétel Bizottságra”. Lehetséges, hogy erre a furcsa nevű testületre bíznák a fenti nehéz és felelősségteljes feladatot. Megnyugtató lenne, ha sokkal többet tudnánk meg arról: kik és hogyan döntenek majd a kockázatok kiegyenlítéséről.)

2. Világosan meg kell fogalmazni, hogy mire jogosult az alapvető biztosítás keretében a biztosított. Mi az, ami az utalvány ellenében jár neki, akár az állami biztosítónak, akár valamelyik magánbiztosítónak adja oda az utalványát? Mi az, ami jár nekünk? Erre a kérdésre

semmitmondó az olyasféle válasz: „mindaz, amit az orvostudomány mai fejlettsége mellett képes...”, vagy „Mindaz, amit a hivatalos protokollok előírnak”.

A kiindulópont nyilvánvalóan a mai status quo. Amit eddig az országos egészségbiztosító finanszírozott, azt kapjuk meg az alapvető biztosítási csomag részeként a jövőben is. De a „jár – nem jár” határmezsgyéjén nagyon sok a nyitott kérdés, amelyekre az orvosi szakmának és a finanszírozási lehetőségek ismerőinek választ kellene adniuk, és ismertetniük kellene az álláspontokat. Hónapok óta folyik a vita a biztosításról, de ez a kulcskérdés szinte szóba sem kerül. Az a benyomásom, hogy szánt szándékkal tartják homályban a kérdést, hogy ezzel kapcsolatban később manőverezni lehessen. Pedig itt valóságos aknamező keletkezhet: száz és száz elkeseredett, felháborodott reklamáció miatt, hogy a magánbiztosító ennek vagy annak a szolgáltatásnak a finanszírozását megtagadta, holott az járt volna a betegnek. (Mellesleg jegyzem meg: ugyanilyen panaszok merülhetnének fel az 51:49-es biztosítókkal, továbbá az állami biztosítóval szemben is, ha utóbbi meg is tartaná a monopolhelyzetét. Egyelőre a betegek maguk sem tudják, hogy ilyen ügyekben egyáltalán szót emelhetnek-e.)

3. Nem beszélhetünk versenyről az egészségügyi szférában és ezen belül a biztosításban, ha nincsen átlátható minőségi ellenőrzés és összehasonlítás. Az ügyfél csak vaktában dönthet arról, hogy elhagyja a B biztosítót, és helyette a C biztosítót választja, ha fogalma sincsen arról, hogy a változás milyen előnyökkel és hátrányokkal járhat. És persze a biztosítóválasztás mögött ott húzódik a még fontosabb dilemma: melyik orvoshoz, melyik kórházba jut majd el, ha átpártol a B biztosítótól a C biztosítóhoz? Egyáltalán mit tudunk arról, melyik a jobb orvos vagy a jobb kórház? Az egyik ismerős meghalt az egyik kórházban, a másik ismerős viszont meggyógyult a másik kórházban – ez már a második előnyt igazolná? Vagy pedig az igazít el a választásnál, hogy a szomszéd az egyik kórházat szidta, a másikkal pedig meg volt elégedve? Autókról, hifiberendezésekről vagy mosógépekről készülnek a vevők számára tárgyilagos és körültekintő összehasonlító értékelések. Hitelminősítő intézetek osztályozzák a hitelek igénylőit. Erre szakosodott nemzetközi szervezetek összehasonlító értékelést és rangsorokat készítenek a világ egyetemeiről. Viszont az egészségügyi szolgáltatók minőségi értékelésének megszervezésében szinte még a kezdetekig sem jutottunk el. A biztosítási vita egyik legsúlyosabb fogyatékosága, hogy a probléma jóformán fel sem vetődött. Szakmailag igen nehéz megfigyelni és értékelni az egészségügyi szolgáltatás minőségét. Ráadásul az ellenőrzés során szerzett adatok kezelése, összehasonlító értékelése és nyilvánosságra hozatala nehéz személyiségjogi problémákat vet fel. Ám ha vannak is nehézségek, a feladat nem megoldhatatlan. Mivel minimumfeltételeket sorolok fel, legalábbis kiemelek két megkerülhetetlen feladatot. – Egyértelműen tisztázni kell a jogi feltételeket. Rendezni kell, mi az, ami publikálható a minőségi ellenőrzés és összehasonlítás eredményeiből. Meg kell állapítani, mit engednek meg a mai jogszabályok, ill. milyen jogszabályokat kellene megváltoztatni, az adott alkotmányos keretek között, a betegek jobb tájékoztatása, az átláthatóság kedvéért.

– A mindenkori jogi kereteket tiszteletben tartva el kell kezdeni az egészségügyi szolgáltatás minőségének összehasonlító értékelését. Meg kell szervezni a minőségi ellenőrzés és összehasonlító értékelés apparátusát. Később ez a szervezet bizonyára továbbfejlődik. Maga a verseny fogja igényelni és kikényszeríteni a tárgyilagos összehasonlítások készítését.

4. Meg kell szervezni azt az intézményt vagy intézményhálózatot, amelyhez az ügyfél, a beteg fordulhat a biztosítóval szemben keletkezett esetleges panaszaival vagy reklamációival. A panasz meghallgatása és a közbelépés az esetek egy részében nem tűr halasztást. Pl. a biztosító megtagadja egy művelet vagy egy gyógyszer finanszírozását, ami pedig – a beteg vagy esetleg a kezelőorvosa szerint – járna neki, és a biztosító döntése

helyrehozhatatlan kárt okoz. Tisztázandó, mi legyen ilyenkor az eljárás. Ki jogosult közbelépni, milyen hatáskörrel? Meg kell határozni, ki vállalja a felelősséget és a finanszírozás anyagi következményeit. Nem vizsgáltam közelebbről a már létrehozott biztosítási felügyelet jogkörét és gyakorlatát. Lehet, hogy mind a 3. problémát (minőségi ellenőrzés és értékelés) és a 4. problémát (gyors intézkedés panaszok esetén) félig-meddig megoldották már, csak éppen nem tud róla eleget a közvélemény. Az is lehetséges, hogy további jogalkotásra és intézményszervezésre van szükség. Annyi bizonyos, hogy a biztosítói döntés elleni fellebbezés gyorsított S. O. S. eljárására vonatkozóan egyértelmű, világos tájékoztatást kell kapnia mindenkinek. Ez egyike a minimumfeltételeknek. Egy általános megjegyzést fűznék a négy feltételhez.

Úgy adtam elő ezeket, mint az általam javasolt „többszektoros” forma bevezetésének minimális feltételeit. Valójában akkor is meg kell követelni mind a négy feltétel teljesítését, ha a kormányzat legfrissebb, 51:49-es sémáját vezetnék be, vagy ha kizárólag magánbiztosítókra bíznák az alapvető ellátás finanszírozását. Sőt, a 2., a 3. és a 4. feltétel érvényesítését akkor is meg kellene követelni, ha fennmaradna az állami biztosítás monopóliuma. Kizárólag az 1. feltétel, a diszkrimináció kiküszöbölésének megkövetelése teljesülne mintegy automatikusan, ha fennmaradna az állami monopólium. (Bár igazság szerint még ez sem zárja ki, hogy egyes szolgáltatók hallgatólagosan, „trükkösen” ne próbáljanak megszabadulni a számukra terhes betegektől, azoktól, akikért túl kevés térítést fizet az OEP.) A fenti négy feltétel megtalálható a most közzétett javaslatokban, de (az 1. feltétel kivételével) a dokumentum nem fogalmazza meg kellő élességgel, hogy ezek a bevezetés nélkülözhetetlen feltételei. Sajnálatos, hogy a vitákban mindvégig csak az 1. feltétel (a diszkrimináció kiküszöbölése) kapott figyelmet. A többi feltétel a nyilvános vitákban, a sajtóban, rádióban, televízióban megszólaló egészségügyi politikusok részéről szinte teljesen elsikkadt. Talán azért separték őket a szőnyeg alá, mert olyan meggondolásokat tolnak előtérbe, amelyeket egyik vitázó fél sem használhat fel saját érveként a maga javára, az ellenfél rovására a vitában.

A továbbfejlődés útjai: kombinált formák

Az eddigiekben csupán a „többszektoros modell” kialakulásának első két állomását vázoltam fel. Első lépés: mindenki az állami biztosító vállalat ügyfele. Második lépés: aki akar, átmehet egy magánbiztosítóhoz, és oda átviheti az alapvető ellátásra szóló utalványát. Amikor ezeket a lépéseket leírtam, még feltételeztem: szigorú választóvonal van egyfelől a szolgáltatási szféra, másfelől a finanszírozási-biztosítási szféra között. Ám semmi sem indokolja, hogy ez az éles választóvonal mindörökre fennmaradjon. Ismeretesek olyan formák, amelyek egyesítik a biztosítási tevékenységet és egyes szolgáltatásokat. A biztosító rendelkezhet saját háziorvos-hálózattal. A biztosítónak lehetnek saját – egyéni rendelőben működő – szakorvosai is, sőt esetleg lehet saját szakorvosi járóbeteg-rendelője vagy kórháza is. Magyarországon a kapitalista gazdaság felszámolása előtt léteztek ilyen kombinált szervezetek. Pl. a MÁV működtetett saját biztosítót, rendelőintézetet és kórházat. Az újságíróknak volt külön biztosítóintézete, amelynek voltak saját háziorvosai és szakorvosai. Számos külföldi országban létezik és eredményes ez a kombinált forma.

Az USA-ban éppen ez a változat (az ún. HMO, Health Maintenance Organization) a leginkább elterjedt forma. A félreértések elkerülése végett hangsúlyozom: nem javaslok e forma bevezetését. Nem rajongok különböző formák felülről előírt „bevezetéséért”. A decentralizálás, a „láthatatlan kéz”, a spontán kezdeményezés őszinte híve vagyok, nem pedig a központi vezényszóra végrehajtott átszervezéseknek. Adjunk teret a kezdeményezéseknek!

Ha egy biztosító vagy egy nagy munkaadó vagy egy szakmai érdekképviselő azzal áll elő, hogy létre akar hozni egy olyan kombinált formát, amely egyesíti a biztosítást egyes szolgáltatások nyújtásával – ne álljunk az útjába! Jelöljük ki, milyen feltételekhez kötjük működésük engedélyezését. Teremtsük meg azokat a jogi kereteket, amelyek ugyanúgy megvédik a beteg, az orvos és az állam érdekeit a kombinált formáknak a viszonylatában, mint ahogy meg kell védeni ezeket az érdekeket az egymástól szigorúan elválasztott biztosítás és szolgáltatás esetében is. Miért kellene az egészségbiztosítás átalakulásának egyszerre dobbanó lépésekben végbemennie, mint egy díszszázad dübörgő menetének? Miért ne lehetne a kép sokszínű? Majd kiderül, melyik kezdeményezés válik be.

Az intézmények fejlődése evolutív folyamat. Nem lángelmék tervezik meg előre, minden részletében. Amelyik intézmény, szervezeti forma, működési eljárás életképes, az túléli a nehéz kezdeti korszakot, az életképtelenek elsorvadnak, eltűnnek. A kép sokszínűségéhez hozzátartozik a tulajdonformák sokfélesége is. Groteszknek érzem az 51:49-es arány kimondását. Hasonlóan groteszk gondolat előre eltüntetni a kórházak privatizálását. A magam részéről nem mondanék előre nemet egyetlen szervezetre vonatkozóan sem a 100%-os központi állami tulajdonnak, sem a 100%-os önkormányzati tulajdonnak, sem a 100%-os profitorientált tulajdonnak, sem a nem állami nonprofit alapítványi tulajdonnak, sem pedig a köztulajdon és a magántulajdon bármilyen arányú kombinációjának. Senki sem rendelkezik profetikus tudással, hogy előre meg tudná mondani, mikor és hol melyik tulajdonforma válik majd be legjobban. Keveset értett meg a szocialista központi tervezés bukásának tanulságaiból az, aki a tulajdonviszonyokat aritmetikai pontossággal előre meg akarja tervezni. Idekapcsolódik a magántőke bekapcsolódása az egészségügy fejlesztésébe. A vitában a több-biztosítós modell pártfogóinak érvei között elhangzott az a gondolat, hogy a biztosítás piacosítása vonzerőt gyakorol majd a magántőkére, amely kész lesz komoly beruházások finanszírozására. Attól tartok, hogy ebben az érvelésben összemossódik a biztosítási tevékenység és az egészségügyi szolgáltatási tevékenység tőkeigénye. Igaz, a biztosítási tevékenységre is ráfér a modernizálás. Gondoljunk csak arra, mennyire kezdetlegesek a mai papiros tajkártyák. Érdemes lenne továbbfejleszteni a betegek és az ellátás számítógépes nyilvántartását és ügyviteli rendszerét néhány tízmilliárdos beruházással. Ám még ha a régen esedékes modernizálást a legmagasabb színvonalon végre is hajtánák a piacra most belépő magánbiztosítók, nem lenne nagy az ideáramló magánberuházások összes volumene az egészségügyi szolgáltatás óriási tőkeéhségéhez képest, amelynek összege más nagyságrendbe tartozik, és akár a több százmilliárdot is elérheti.

Oda pedig csak akkor fog beszállni beruházásokkal a magántőke, ha (i) a biztosítási reform megengedi a kombinált formák alkalmazását, tehát ha a biztosító maga alakíthat ki egy új rendelőintézetet vagy új kórházat. Vagy pedig (ii) az eddigi idegenkedés és húzódozás helyett tárt karokkal fogadjuk azokat a beruházókat, akik nem a biztosításba, hanem kizárólag a szolgáltatási szférába kívánnak új tőkét beruházni. Viszonylag szilárd jogi és szabályozási környezetet kell biztosítani, meg kell teremteni a hosszú lejáratú szerződések megkötésének lehetőségeit, hogy a beruházók készek legyenek ebbe az ágazatba befektetni tőkéjüket. A reform egyik legfontosabb problémájához érkezünk el itt. Nem két szimpla formulát kell egymással szembeállítani: „egy vagy több”, hanem kétféle létformát. Az egyik jól ismert a szocialista rendszerből: köztulajdon, centralizáció, monopolhelyzetben lévő vállalatok és más szervezetek, egyöntetűség, merev intézményi formák, sem szabad belépés, sem kilépés, hanem az életképtelen szervezet is örökké él.

A másik az eleven piacgazdaság: sokféle tulajdonforma, az állami és a nem állami tulajdon egymás mellett élése és kombinációik, a centralizáció és a decentralizáció sokféle fokozata és összekapcsolódása, verseny, változatosság, vállalkozás, rugalmas intézményi formák, a belépés-kilépés dinamizmusa. A most közzétett javaslat fő baja, hogy bürokratikus centralizmussal és merev előírásokkal kívánja ráerőltetni a második létformát a társadalomra.

Ez lehetetlen. A költségvetési korlát puhasága vagy keménysége A vita egyoldalúan összpontosult a tulajdon kérdése körül.

A több-biztosítós modell hívei azt a benyomást keltik, hogy a magántőke jelenléte automatikusan biztosítja a pénzügyi fegyelmet. Az egybiztosítós modell pártfogói viszont azzal érvelnek, hogy könnyebb egyetlen kassza kulcsát szigorúan kézben tartani, mint sok kassza felett őrködni. A helyzet sajnos ennél sokkal bonyolultabb. A magántőke legsajátabb birodalmában, a hitelrendszer világában most lehetünk tanúi annak, hogy egyes üzletágakban felelőtlen túlterjeszkedés ment végbe, „buborékok” keletkeztek, amelyek felpattanása általános recesszióba sodorhatná a világot. A központi bankok legkonzervatívabb vezetői sem tudnak elzárkózni az elől, hogy – makrogazdasági katasztrófák elhárítása céljából – mentőövet ne dobjanak a nagy bajban lévő bankoknak és más pénzintézeteknek. Mindenki tudja, hogy ez rossz vért szül, könnyelműsége biztat, azaz puhítja a költségvetési korlátot – mégis megteszik. Nehéz, nagyon nehéz pénzügyi fegyelmet tartani az egészségügyben.

Mindenki a többletköltségben érdekelt: a beteg ettől reméli a biztosabb és gyorsabb gyógyulást, az orvosnak ez könnyíti meg a gyógyítást, a gyógyszergyár és a technikai felszerelések előállítója így tud több terméket nagyobb haszonnal eladni. A politikusok közül senki sem remélhet népszerűséget, választói támogatást attól, hogy szót emel az egészségügyi kiadások növelése ellen. Az állami biztosító sem szívesen mond nemet, mert azzal csak magára haragítja az orvostársadalmat és a betegeket. Hozzáteszem: a magánbiztosító sem tagadja meg szívesen a finanszírozást. Ez roppant kényelmetlen, eltaszíthat potenciális ügyfeleket, rossz híre támad a sajtóban. A magánbiztosító inkább megkísérelne majd nyomást gyakorolni a politikai döntéshozókra annak érdekében, hogy az állam növelje a hozzájárulást (az általam említett sémában: növelje az utalvány által képviselt értéket). Emellett emelheti a biztosítási díjakat, és ezzel átháríthatná a többletköltség terhet a biztosítottakra. Még ha a biztosítási díjat államilag regulálnák is, a költségek emelkedésére hivatkozva kikényszeríthetik a díjak növelését.

Az egészségügy alapproblémája – bármilyen biztosítási forma, bármilyen finanszírozás, bármilyen tulajdonviszonyok mellett – az, hogy ki mondjon nemet. Kinek a kötelessége nemet mondani? Kinek az érdeke nemet mondani? Megfogalmazhatjuk élesen a kérdést, de nincs rá egyszerű és kiélezett válasz. Csupán annyit tehetünk, hogy ebben a sokszemélyes drámában valamennyi szereplőt legalábbis bizonyos fokig érdekeltté tesszük a költségek kordában tartásában, a takarékoságban. Ezt a célt szolgálja a vizitdíj és az ápolási díj, ezt a rendelők és a kórházak szigorúbb elszámoltatási rendszere. A magánbiztosítók megjelenése – ha nem is oldja meg a „nem mondás” megoldhatatlan alapproblémáját – egy további igen fontos és erős szereplőt bevon azok közé, akiknek legalább részleges érdekelttségük van a költségek megfogásában. Ezt a funkciójukat gyengítené, ha kötelező erővel előírnák az 51:49-es tulajdonarányt, szinte kikényszerítve az állami paternalizmust és a költségvetési korlát puhítását. A költségvetési korlát felpuhulása vagy megkeményítése minden rendszerben és minden országban jelentős mértékben a mindenkori kormányzat és végső soron a kormányt támogató politikai erők kezében van. A jelenlegi kormányzat kemény kézzel belenyúlt a költségek alakulásába. Látványosak az eredmények! Sok év után először nemcsak az OEP deficitje szűnt meg, hanem többlet is mutatkozik, amely az egészségügy fejlesztésére fordítható. Ám ennek súlyos politikai ára van, alig képzelhető el ennél népszerűtlenebb kormányzati magatartás. Nincsen garancia arra, hogy más helyzetben, ez a kormány vagy más kormány ne kezdene el előlről a költségvetési korlát felpuhítását – és ezt akkor is megteheti, ha az egészségügyet mind a szolgáltatási, mind a biztosítási oldalon a mainál jóval nagyobb mértékben decentralizáljuk. A verseny korlátai A közgazdaságtudomány részletesen és meggyőzően igazolja a verseny előnyeit. Ám aki nemcsak a versennyel foglalkozó első fejezetet tanulmányozza, hanem a másodikat is, az mindjárt megismerkedik a korlátozott, nem tökéletes verseny elméletével és gyakorlati tapasztalataival.

Sokféle formája ismeretes, attól függően, hogy a tranzakció mindkét oldalán, azaz mind az eladási, mind a vételi oldalon hány szereplő jelenik meg.

Nem csak a két végletes eset ismeretes: az ún. „tökéletes verseny”, amelyben igen nagyszámú eladó versenyez a vevő kegyeiért, és a szó szoros értelmében vett monopólium, amelyben egyetlen eladónak vannak kiszolgáltatva a vevők, hanem ismeretesek közbeeső esetek, a kiszolgáltatottság és az erőfölény különböző fokozatai. Sajnálatos, hogy a viták nem hatoltak ebből a szempontból mélyebbre a változtatások nyomán keletkező piaci szerkezet elemzésébe. Akik a több-biztosítós modellt ajánlgatták, rossz szolgálatot tettek a saját ügyüknek, amikor megálltak a mikroökonómia első fejezetének végénél, dicsérgették a („tökéletes”) verseny előnyeit, és mélyen hallgattak a második fejezetről, a verseny korlátai által okozott problémákról. Tekintsünk először a keresleti-vételi oldalra, azaz az egészségügyi szolgáltatás fő vevőjére, a biztosítókra. A most közzétett kormányzati elgondolás szerint szó sincs nagyszámú szereplőről, hanem talán 10-12 biztosító megjelenésére számíthatunk. Megjelenik az a piaci forma, amelyet a közgazdászok oligopóliumnak neveznek.

Az oligopolista könnyen kerülhet olyan helyzetbe, amelyben visszaélhet erőfölényével. Ráadásul itt nem néhány olyan gigászról van szó, amely igazi versenyben, piaci teljesítményével vívta ki uralmi pozícióját, hanem bürokratikus pályázati folyamat nyerteseként. Hayeknek, az igazi piac híres közgazdász-apostolának minden haja szála égnek állna, ha valahol a felhők mögött olvasná az interneten a kiválasztásra vonatkozó elképzelést. Hayek (és az igazi piac minden igazi híve) szerint a verseny spontán módon természetes kiválasztást végez. Gúnyosan ítélte el a „konstruktivizmust”, az előre kitalált sémákat, a mesterséges és mesterként kiválasztást. Nos, itt most aztán „konstruktivista” mestertervet kaptunk a javából! Előre kiosztják: hogyan tagolódjék régiókra az ország piaca, hol működhet és hol nem működhet a biztosító. Szinte megtervezik a földrajzi körhöz kötődő kvázimonopóliumot. Most pedig térjünk át a másik oldalra, a kínálati-szolgáltatási oldal piaci szerkezetére. Az egészségügy természetéből adódik, hogy ez minden körülmények között elég távol áll a „tökéletes” verseny állapotától. Részben azért, mert nem közömbös a földrajzi távolság a beteg és az orvos között. Kis baj esetén kényelmi okok miatt nem szívesen megy messzire a beteg, nagyobb bajok esetleg sürgős kezelést tesznek szükségessé, és akkor sokat jelent, milyen messzire kell szállítani a beteget. Ez tehát bizonyos fokig elkerülhetetlenné teszi a földrajzi körhöz kapcsolódó kvázimonopóliumot. Ezt tetézi a nagyfokú szakosodás és a technológiai vívmányok beszerzésének magas költsége. Egy probléma legjobb szakembereit és drága felszereléseit célszerű koncentrálni. Így tehát egyik vagy másik feladat ellátásában majdnem-monopolhelyzetbe vagy éppenséggel teljes monopolhelyzetbe kerülhet a szolgáltató. Ismétlem, ezek az egészségügyi szektor általános tulajdonságai. Nálunk Magyarországon még két körülmény tette még inkább korlátozottá a versenyt. Az egyik: a piacellenes, magántőke-ellenes, vállalkozásellenes irányzat, amely politikai, jogi és gazdasági akadályokat görgöt az új szolgáltató szervezetek alapítása elé. Csak ott lehet igazi verseny, ahol szabad a belépés – ez a közgazdaságtan egyik közismert alapigazsága. A belépés szabadsága az egészségügyben nyilván nem azt jelentené, hogy bármely kuruzsló vagy magát gyógyításra alkalmasnak tekintő személy engedély nélkül nyújthat egészségügyi szolgáltatást.

A szabadság ebben az összefüggésben azt jelenti, hogy – az összes szakmai követelmény hiánytalan teljesítése esetén – ne legyen akadálya az új vállalkozásoknak, a magánbefektetéseknek, a különböző tulajdonformák alkalmazásának. A másik baj frissebb eredetű: az egészségügy átalakításának azzal az epizódjával függ össze, amely a felesleges kapacitások leépítésére irányult. Cikkem nem vállalkozik arra, hogy átfogóan értékelje az egészségügyben az elmúlt másfél évben végbement valamennyi változást, hanem csak a biztosítás reformjával foglalkozik. Ám éppen ezzel összefüggésben kell röviden kitérni a néhány hónappal ezelőtt elindított kapacitásleépítési akcióra. Tagadhatatlan, hogy sok olyan

kórházi kapacitás létezett, amelyet semmiféle üzemgazdasági vagy egészségügyi szempont nem indokolt, s módot kellett találni arra, hogy ezeket leépítsék.

A szakmailag jól megalapozott, kiegyensúlyozott megoldások megkeresését azonban szinte lehetetlenné tette a kapkodás és a politikai-hatalmi csatározás. Maradjunk a most felvetett témánál, a verseny korlátainál. Úgy tűnik, hogy az akció sok helyütt túl messzire ment. A már említett szakmai okok miatt szinte elkerülhetetlen koncentráció tovább erősödött. Még több az olyan kórház vagy járóbeteg-rendelő, diagnosztikai intézet, laboratórium, amely monopolista vagy majdnem-monopolista helyzetbe került. A verseny elméletéből jól ismert, hogy a kapacitásfelesleg viszonylagos fogalom. A szállodák vagy éttermek azért versenyeznek egymással a vendégért, mert vannak üres szobák és üres asztalok. A szocialista hiánygazdaságban azért volt kiszolgáltatva az eladónak a vevő, mert több volt a vendég, mint a szoba vagy asztal. Most már visszatérhetünk a biztosítás átalakítására. Az egyik oldalon mesterségesen létrehozott oligopolista felállás: kisszámú vevő. A másik oldalon (a kapacitások viharos szűkítése és koncentrációja nyomán) sok helyütt monopolista vagy majdnem-monopolista eladó. Minden tankönyv megírja: ez egyike a leghátrányosabb piaci konfigurációknak. Instabil állapotot hoz létre, módot ad visszaélésekre, zsarolásra, korrupcióra csábít, szinte kiköveteli az állandó intervenciót, a versenyen kívüli eszközök bevetését. A jelenség nem küszöbölhető ki teljesen mindenütt. Józanul fel kell készülni ilyesféle hátrányos eladó-vevő konfigurációk kialakulására, nehogy kiábrándító meglepetésként érje a közvéleményt. A verseny hívei saját hitelességüket gyengítik azzal, hogy csak a verseny előnyeit hirdetik, és a súlyos problémákat elhallgatják. Sőt, amint az a fentiekből kiderült, mind a vételi, mind az eladási-szolgáltatási oldalon maguk a reformerek tettek és tesznek rá még egy lapáttal a verseny korlátozottsága által okozott elkerülhetetlen bajokra. A beteg választási joga A több-biztosítós modell ajánló hangsúlyozzák, hogy a verseny megnöveli az egyén választási lehetőségét. Az egybiztosítós rezsimből nincs kilépés. Viszont a több-biztosítós sémában az ügyfél, ha elégedetlen a biztosítójával, élhet a kilépés jogával, átpártolhat egy másik biztosítóhoz. Ez valóban felbecsülhetetlen jelentőségű előny. Csak nem szabad egyoldalúan, az összetett választási folyamat egészéből kiragadva bemutatni, mert akkor teljesíthetetlen illúziók támadhatnak az ügyfélben. A most közzétett kormányzati elgondolás egyik vezérmotívuma a biztosítási szféra regionális decentralizációja. Minden biztosított egyik nap arra ébred, hogy valamelyik regionális biztosítóintézet ügyfele, azé a biztosítóé, amely elnyerte az ő lakhelyét magában foglaló régiót. (Elnyerte, nem valóságos versenyben, hanem egy bürokratikus pályázati folyamat végeredményeképpen.) Igaz, az ügyfélnek joga van átlépni más biztosítóhoz, ennyiben tehát a szóban forgó biztosítóintézetnek nincsen szigorúan vett területi monopóliuma. De azért helyzete elég közel áll az igazi monopóliumhoz.

Ezt a monopolista tudatot erősíti, hogy területi ellátási felelőssége van. Lehet, hogy az internet használatában járatos emberek hamar összeszedik a szükséges információt, és nem ódzkodnak attól, hogy az internet közvetítésével kapcsolatot tartsanak egy másik földrajzi körzethez delegált biztosítóval. Ám a magyar lakosság jelentős része nem ennyire mozgékony, nemigen járatos a modern információs technológia használatában, s talán még a közelében sincs számítógép. Ezért (okkal vagy ok nélkül) úgy érzi: oda van láncolva a területileg illetékes biztosítóhoz. A beteg választási jogainak egy másik dimenziója: a szolgáltató megválasztása. A konkrét biztosítási szerződések részletes előírásaitól függ, mennyire szabad az ügyfél a háziorvos, a szakorvos, a szakrendelő és a kórház megválasztásában. A nemzetközi gyakorlat az, hogy egy-egy biztosítónak, még annak is, amelynek nincsen saját orvosa, saját rendelőintézete vagy saját kórháza, van egy saját hálózata. Az ügyfél azok közül a háziorvosok közül választhat, akik a biztosító jegyzékében szerepelnek.

Biztosítónként, szerződéstípusonként eltérő, hogy az ebből a körből választott háziorvos adja-e a beutalást a szakorvoshoz vagy a kórházba, vagy azt maga a beteg választhatja-e meg. Más szóval: amikor az ügyfél biztosítót választ, egyúttal hálózatokat, választási lehetőségeket és korlátokat, „betegutakat” is választ. Miközben a „nagy” döntésben (ki kezelje a biztosítását) szabadabb lesz, ugyanakkor sok, számára igen fontos részdöntésben esetleg csökken a szabadsága. Különösen Magyarországon, ahol nemcsak nyíltan, hivatalos utakon zajlottak a beutalási folyamatok, hanem rejtékutakon át is. Ehhez a tényleges gyakorlathoz képest a biztosítás kommercializálása esetleg csökkentheti az orvosválasztás szabadságát. Ennek ellenére meg kellene nyitni a piacot a magánbiztosítók előtt – de arra kell őket kötelezni, hogy a tagtoborzáskor nyíltan és átlátható módon tárják fel a leendő beteg előtt a választás jogait és korlátait, a beutalások teljes rendszerét. A biztosító és a biztosított közötti szerződés írja le egyértelműen mindkét fél jogait és kötelezettségeit. Ezt egyébként sokkal világosabbá kellene tenni már ma is, a jelenlegi egybiztosítós rendszerben. A „betegutak” sokféle zezuga, a beutalások rendszere áttekinthetetlen, sem az orvosok, sem a betegek nem ismerik ki magukat benne. Bizonytalan következmények – kié a döntés joga? Miután megkíséreltem felvázolni az általam javasolt változtatásokat, a bevezetés feltételeit és a továbbfejlesztés lehetőségeit, visszatérek a kiindulópontokhoz. Szembesíteném a javaslatomat a koalíciós pártok és az egészségügyi kormányzat elgondolásaival, továbbá az elmúlt hónapokban a nyilvánosság előtt kifejtett néhány állásponttal. Elcsodálkozhatunk azon, mire alapozza egyik vagy másik szakértő és egészségügyi politikus a rendíthetetlen magabiztosságát. Halálbiztosak lehetnek-e a kizárólag a magánbiztosítók közötti versenyt pártoló liberális közgazdászok abban, hogy ez meghozza mindazt az előnyt, amivel feldicsérik, és semmit sem mutat fel azokból a hátrányokból és veszélyekből, amelyeket elhallgatnak? Miért olyan biztosak az egybiztosítós rendszer baloldali és jobboldali hívei abban, hogy a status quo megőrzése, toldozva-foltozva javítható a kívánatos megoldás; miért pereg le róluk az állami monopóliummal szemben felhozott minden kritika? És vajon a kétféle álláspont összevegyítéséből született megegyezés, az 51:49-es fura keverék – ez biztosan jól működik majd, lényeges javulást hoz a jelenlegi állapothoz képest? A hangsúly a fenti mondatokban a biztos szón van, az arrogáns magabiztosságon olyan döntési probléma esetében, amelynél a választás következményei bizonytalanok. Talán valami messianisztikus küldetéstudat szállta meg ezeket az embereket. Ők tudják, nagyon is pontosan tudják, mi a jó az embereknek, és ezért joguk van belekényszeríteni őket abba a sémába, amelyet ők helyesnek tartanak. Ha tetszik, ha nem, ezt a sémát kell ráerőltetni a társadalomra. Groteszknek tűnik, ha az „erőszakkal boldogító” álláspontot elfogadják és hirdetik azok, akik magukat liberálisnak vallják. Mi a piac, a szabad választás, az egyéni szuverenitás hívei vagyunk. Akár tetszik nektek, akár nem, ezt kell elfogadnotok – így karikírozhatnám az egyik álláspontot.

Nem kevésbé groteszk a szememben az, aki jobboldalinak és konzervatívnak nevezi magát – de amit konzerválni akar, az a kommunista rendszer által kialakított és a régi stílusú szociáldemokraták által is pártfogolt központosítás, bürokratikus irányítás, állami monopólium, piacellenesség és tőkeellenesség. Nehéz egy külföldi politológusnak elmagyarázni, az egészségügyi reformról szóló viták fényében mit jelent országunkban a liberalizmus és a konzervativizmus. Saját álláspontom tudásunk korlátainak beismeréséből indul ki. Nem tudjuk elég biztosan, hogy egyik vagy másik séma milyen hatásokkal járna most itt, Magyarországon. Ebben a helyzetben a döntést át kell engedni maguknak az állampolgároknak. „Döntsön a nép”, legyen népszavazás, annyi minden más ügy mellett, ebben a kérdésben is – indítványoznák egyesek. Nézetem szerint ez az eljárás csupán demagóg blöff lenne. A vitákból kiderült, milyen bonyolult és szerteágazó problémáról van szó. A nép nem azzal választ, hogy egy kockába beír egy keresztet.

Akár igennel, akár nemmel szavaz is az egyén, ő személy szerint nem viseli a konzekvenciákat. Azzal engedjük át a döntést a népnek, hogy lehetővé tesszük a valóságos választást. Ha akar, bennmarad az állami biztosítás keretei között. És ha akar, akkor kilép ezekből a keretekből és – a járulékbefizetés ellenében neki járó jogosultságokat magával hordozva – átlép egy magánbiztosítóhoz. Ez a választás igen nehéznek ígérkezik, különösen kezdetben. Nehéz lesz áttekinteni, milyen előnyökkel és hátrányokkal jár a csatlakozás egyik vagy másik biztosítóhoz. Számolni kell az információ korlátozottságára és torzításaira. Reméljük, hogy az állampolgár sok segítséget kap majd a választáshoz a szakértőktől, a tudományos világtól, az érdekképviselőktől, a sajtótól és az elektronikus médiától. Ám az információ korlátai sem indokolnák, hogy az állampolgártól megtagadják a döntés jogát, és kész helyzet elé állítsák. Elítélem azok kigúnyolását, akik félnek a változástól. Mindenkinek joga van ragaszkodni a megszokotthoz, a jól ismerthez. Nem helyes megtagadni tőlük a korábbi intézményi forma használatát, ha arra van igényük. De elítélem a fenyegetődzést is, amely azokat is megfosztaná az új formák használatától, akik azt önként választották, és visszakényszerítenék a korábbi formák közé. Gondolatmenetemmel szemben felhozható, hogy a fogyasztói szuverenitás hangsúlyozásával csökkentem a képviseleti demokrácia és a törvényhozás szerepét. Nézetem szerint a parlamentnek nem az a hivatása, hogy kivegye a fogyasztó kezéből a döntést olyan esetekben, amikor azt az egyén képes meghozni. Marad így is elegendő feladat a törvényhozás és a végrehajtó hatalom, a kormány számára: regulálni és felügyelni a piacot, jogi kereteket teremteni a működéséhez. Továbbá a szolidaritás elvének érvényesítése végett erőteljes redisztribúciót kell megvalósítania. Az állam a tehetősebbek által befizetett (a saját egészségügyi költségeiket messze meghaladó mértékű) járulékokból finanszírozza a szegényebbek alapvető egészségügyi ellátását. Nem látok ellentmondást a javaslatom központi gondolata – az egyén saját felelősségére válasszon a formák között – és az állami szerepvállalás elismerése között. Ellenkezőleg, igyekeztem rámutatni olyan kormányzati feladatokra, amelyek eddig nem kaptak kellő figyelmet a nyilvános vitákban. **Jogbiztonság és rugalmasság** A radikális reformok sürgetőitől nemegyszer hallottam a következő gondolatot: „Be kell cementezni a változásokat, nehogy később, egy politikai fordulat nyomán visszacsinálják a reformokat”. Magam is tartok ettől a veszélytől, és az ismételt visszafordítási fenyegetődzések még csak növelték a veszélyérzetemet. Mégsem tudom elfogadni a „becementezés” metaforáját. Engedjük át a cement használatát az építőiparnak. A társadalmi változások tégláit nem szabad merev és csak vésővel vagy robbantással széttörhető kötőanyaggal egymáshoz kapcsolni. A reform által létrehozott intézmény kívánatos tulajdonsága nem a merevség, az ultrastabilitás, hanem a rugalmasság, az átalakíthatóság, a „konvertálhatóság”. Újra a következmények bizonytalanságára hivatkozom. Ha pontosan tudnánk, mi lesz a létrehozott formák összes hatása, akkor törekedhetnénk arra, hogy egy megváltoztathatatlan szerkezetet hozzunk létre. De nem tudjuk! Nem tudhatjuk! Lehet, hogy ez vagy amaz az újítás beválik, de az is lehet, hogy nem váltja valóra a hozzá fűzött reményeket. Ne tekintsük ezt szégyenletes kudarcnak, hanem nyugodtan javítsuk ki, vagy vessük el, és próbálkozzunk mással. Tisztelnünk kell a törvényeket. Ám ha a törvény erejével új intézményeket alkotunk, akkor a törvény maga ne legyen túl merev a részleteket illetően, adjon legális lehetőséget az intézmények átalakítására, az újításra, a kísérletezésre. Ijesztő ellenpélda – ha már az egészségügyi szektorral foglalkozunk – a kórházi kapacitások szabályozására hozott törvény, amelyről már korábban is szó volt. Minden józan szakértő elismeri, hogy sok felesleges kapacitás volt a magyar egészségügyben, és indokolt a drasztikus csökkentés. Ez azonban semmiképpen sem indokolja, hogy a parlament döntsön minden részletről.

Pontosan fél évszázaddal ezelőtt írtam kandidátusi disszertációm „A gazdasági vezetés túlzott központosítása” címmel. Oldalakon át foglalkoztam a bürokratikus centralizáció káros hatásaival, a helyi ismeretek semmibe vételétől a hibás ösztönzők életre keltéséig. De még az ötvenes években sem fordult elő, hogy központi szinten írják elő: melyik kórház melyik osztályán hány ágy működjék. A kormányzat törvényt akar benyújtani az egészségbiztosítás reformjáról. Őszintén remélem, hogy nem fogják becementezni az 51:49-es sémát. A törvény adjon lehetőséget arra, hogy továbbra is létezzen állami tulajdonban lévő biztosítás és – kellő feltételek mellett – létezzenek más tulajdonformák is. A többit majd eldönti az élet. Elfogadhatatlan elv: „Minél rosszabb, annál jobb” Lehet, hogy a vita még egy darabig húzódik, de végül is valahogy eldől majd. Nagyon remélem, hogy kedvező döntés születik, és jó törvényt alkot majd az Országgyűlés. Lehet, de nem biztos. Az egészségügy minden munkatársának akkor is állampolgári kötelessége, hogy mindent megtegyen a rendszer minél jobb működtetéseért, ha az új törvények, rendszabályok és intézmények nem jók, vagy nem elég jók. Ezt diktálja a szakmai tisztesség, ezt írják elő az emberi tisztesség íratlan parancsai. „Minél rosszabb, annál jobb – mert akkor legalább kiderül, hogy ez az egész dolog így nem működik...” – nézetem szerint ez gyalázatos álláspont. Kemény szavakat használok, mert mélyen elítélem azt, akinek szavait és tetteit ez a gondolat mozgatja. Néha „polgári engedetlenségre” való felhívásnak titulálják az adók, kötelező díjak vagy járulékok megfizetésének megtagadására izgató szavakat.

Fogalmuk sincs arról, mit nevezett pl. Martin Luther King polgári engedetlenségnek. King és társai alapvető emberi jogokért szállt szembe a törvénnyel. Azt javasolta: a színes bőrű ember szálljon fel a fehéreknek fenntartott autóbuszra – de nem arra buzdított, hogy ne fizessék meg a jegy árát, vagy hogy rongálják meg a berendezést. A fekete diáklány menjen be az egyetemre, ahová felvették, még ha útját állják is a rasszisták – de nem arra biztatta az oktatókat, hogy ne végezzék el maradéktalanul a feladataikat. És annak tudatában sértették meg a törvényt, hogy ezért börtönbe csukják majd őket – nem számíthattak arra, hogy kényelmesen szónokolnak a törvény megszegésére, majd hajuk szála sem görbül. A demokratikus folyamathoz hozzátartozik, hogy a parlament törvényt hoz. Lehet, hogy a törvény csak félig jó. Attól kezdve azon kell fáradozniuk az orvosoknak és a betegeknek, a kormányzat munkatársainak, a kormányoldal és az ellenzék pártjainak, hogy a törvény jó oldalai minél inkább megmutatkozzanak, és rossz oldalai minél kevésbé érvényesüljenek. Személyes megjegyzések Meg szokták kérdezni tőlem: „Meghallgattak-e az illetékesek, mielőtt ezt vagy azt a rendszabályt meghozták?” „És ha meghallgattak, megfogadták-e, amit ajánlottál?” A múltban sokszor mind a két kérdésre határozott nemmel feleltem. Most, az egészségügyi reformmal kapcsolatban ennél összetettebb választ kell adnom. Könyvet írtam, társszerzővel együtt, az egészségügyi reformról. Az új, kibővített változat 2004-ben jelent meg magyar nyelven.

A 2006. évi kormányprogram kidolgozásakor megkérdezték a véleményemet az egészségügyi reformról. Módom volt szóban is, írásban is kifejtteni magas szintű döntéshozók előtt az álláspontomat. Az egészségbiztosítás reformjáról kétnapos vitát hívtak életre a parlament épületében, és az egészségügyi miniszter engem kért fel a megnyitó előadás megtartására. Előadásom teljes terjedelemben megjelent a napisajtóban. A képernyőtől való szokásos húzódozásomat félretéve a televízióban is kifejtettem a véleményemet. Egy szóval összefoglalva a válaszomat az első kérdésre: igen, meghallgattak. Vajon hallgattak-e rám? Félig igen, félig nem. Több fontos ügyben abban az irányban mentek végbe a változások, amely irányt én is, másokkal egyetértésben, javasoltam. Ugyanakkor más fontos kérdésekben nem fogadták el a tanácsaimat. Nem adok itt teljes elszámolást: miben követték és miben nem követték az ajánlásaimat. Maradjunk most csak a jelen cikk témájánál, az egészségbiztosításnál.

Az olvasó összevetheti a parlamenti előadásom szövegét azzal az elképzeléssel, amely kompromisszumként most került nyilvánosságra. Ez utóbbi elgondolástól határozottan elhatárolódom. A jelen cikkemben alapjában ugyanazt javaslom, amit már a parlamenti előadásom tartalmazott, legfeljebb új érvekkel próbáltam erősebben alátámasztani és bírálni az általam elutasításra ajánlott álláspontokat. Meggyőződésem, hogy a jelen cikkben kifejtett álláspont kiindulópontja lehet egy egészséges kompromisszumnak. Lehet, hogy végül is meghallgatásra talál. Bár persze az is lehetséges, hogy megint csak elmennek mellette, és mást tesznek. Megígérem: utóbbi esetben sem válok „ellendrukkerré”. Aki arra vállalkozik, hogy a politikai élet szereplőinek tanácsot ad, annak tudnia kell illúziók nélkül, hogy tanácsát vagy megfogadják, vagy nem. Magamra nézve is kötelezőnek érzem azt a szerénységet, amit a vita többi résztvevőjétől elvárnék. Háttha jól teszik, hogy nem fogadják meg a tanácsomat? Háttha tévedek, háttha nekik van igazuk? Szívből kívánom, hogy eredményesen haladjon előre az egészségügy reformja.

2007. november