

DR. SINKÓ ESZTER

Értékrend váltás az egészségügyben avagy az átalakuló félben lévő egészségügy¹

Válaszút előtt áll egészségügyi rendszerünk. Dönteni kell, merre fejlődjön tovább: liberális irányt vegyen, és ezáltal piaci alapokra helyeződjön a rendszer, vagy tartsa meg eddigi értékeit, de új érdekeltségi rendszerre támaszkodva korszerűsödjön a rendelkezésre álló strukturális keretek között. A kormány – társadalmi viták lefolytatása nélkül – kész a válasszal: ők piaci egészségügyre szavaztak.

A magyar egészségügy kilencvenes években történt átalakítását az Európai Tanács 2003-as közgyűlési dokumentációjában kiemelkedően sikeresnek minősítették. Egészségpolitikai szempontból nem sürgető tehát az átalakítás. Ami miatt mégis lépniük kell, annak két oka van: az egyik a kormányzat forrásszűkítő, közkiadásokat csökkentő beavatkozása. A másik ok: az egészségügyi intézmények rosszul szervezettek, nem követik a beteg útját a rendszerben, nem protokollok szerint gyógyítanak, és ami az egyik legnagyobb probléma: a betegekkel sokszor embertelenül bánnak.

Megoldást nem a kormányzati berkekben preferált több-biztosítós modell bevezetése jelenthet, e tekintetben Nyugat-Európa elégséges bizonyítékul szolgál. Ehelyett az ellátásszervezés terén kedvező tapasztalatokat akumuláló irányított betegellátási modellkísérlet hibáinak kiküszöbölése és az ellátásszervezői szervezetek széles körben történő alkalmazása járhat nagyobb sikerrel.

A magyar egészségügy válaszút előtt áll. Eldöntendő dilemmája, merre haladjon tovább: egy liberalizált, piaci elveket érvényre juttató ellátórendszer irányába, amely akár fundamentumokat érintő változásokat indukál vagy egy változatlan alapokkal bíró, de mind az egészségpolitikában, mind a gyógyításban evidenciákat hasznosító, érdekeltségi mechanizmusok megújítását eredményező szektor felé mozduljon el. Az egyik irány könnyen kommunikálható, látványos átalakulással jár együtt, s mint

¹ A cikk összefoglalóan tartalmaz a szerző tollából korábban megjelent írásokat. („Lassan a testtel!” az Élet és Irodalom 50.évf. 20. számában, valamint „Értékrend váltás a magyar egészségügyben?” az Informatika és Menedzsment az Egészségügyben című folyóirat V. évf. 5. számában.) Szerkesztőségünk e cikket vitaindítónak szánja.

ilyen, komoly szereplői, érdekképviselői² érdeksérelmeket hordoz; ezzel szemben a másik sziszifuszi, korábban el nem végzett munkák tömegét hozza magával, látványos módosulás nélkül, viszont, vagy éppen ezért a meglévő „belső” szervezeti ellenállások³ nehezebb kezelhetőségét kényszerül felvállalni.

E tárgyban, ilyen súlyú döntések meghozatala előtt minden országban élénk társadalmi vita bontakozik ki, lévén az egészségügy sokszereplős folyamat; s csak a meghatározó szereplők közötti összhang megszületése, egyfajta konszenzus kialakulása után dőlhet el végérvényesen, milyenné válik az újjászervezendő rendszer. Új kormányunk regnálása óta a politikai döntéshozatal menete ettől eltérő szabály szerint alakul. A kormány lényegében egyedül dönt. Egyedül alakítja ki Magyarország megújítását szolgáló koncepcióját, és – érdemi viták nélkül – terjeszti be a parlamentnek erről szóló törvényjavaslatait. Megfogalmazott álláspontjuk szerint az egészségügyben megérett az idő a liberális irányba való elmozdulásra. Javaslatuk középpontjában egy döntően közpénzből finanszírozott, alapvetően közszolgáltatókat maga mögött tudó intézményi hálózat piaci elvek mentén történő átszervezése áll. A liberalizmus jegyében – ahogy megnyilatkozásaik során vallják – a szocializmust szeretnék felszámolni. Ennek keretében kerül sor a vizitdíj, valamint a kórházi napidíj bevezetésére, de ugyanezt szolgálja a több-biztosítós modell tervezett meghonosítása⁴ is. Az átalakítás középpontjába értékrend szempontjából a verseny valamint az öngondoskodás hangsúlyozása kerül – a szolidaritás és a méltányosság helyett.

A szabad demokraták, akik az egészségügyi tárca vezetőjét adják, értékorientációjukból fakadóan azzal az alapvetéssel élnek, hogy a piaci viszonyok a betegek számára nagyobb választhatóságot és kiszámíthatóbb, jobb minőségű ellátást eredményeznek. Feltételezik továbbá, hogy a versenynek köszönhetően az árak jelentősen csökkennek, az orvosok, nővérek jobban fizetetté válnak, az épületek széppé varázsolódnak, elviselhető körülményeket biztosítva a gyógyításhoz. A változásokhoz a forrásokat a rendszer hatékonyságának növekedése révén remélik megnyerni.

Az átalakítás szükségességéről – nyugat-európai kormányzati gyakorlathoz igazodóan – ún. Zöldkönyvet adtak ki, amely szakemberek számára kevés, laikusoknak ellenben túl sok információt tartalmaz. E könyvecske hivatkozásai több ponton hibásak, az átalakítás irányának helyességét igazoló bizonyítékok, evidenciák hiányoznak. Az összeállítás szerzői láthatóan nincsenek tudatában azoknak a több mint tíz esztendővel ezelőtti változásoknak, amelyeknek eredményeképpen, ha úgy tetszik, már 1992-ben megszűnt a szocializmus az egészségügyben, azaz új ala-

² Lásd napjaink történéseit a Magyar Orvosi és a Magyar Gyógyszerész Kamarával kapcsolatosan!

³ Hogy egyértelműbb legyen: ebben az esetben az egészségügyi intézményekben a szervezeti átalakításokkal szemben megnyilvánuló dolgozói ellenállásokra gondolunk. Amennyiben egy rendszer változóban van, az aktuális belső szervezeti ellenállások is csökkennek, mivel sok változás külső kényszerként fogalmazódik meg.

⁴ A szocialisták álláspontja szerint a több-biztosítós modellel még nincs kormánydöntés, de a döntéshozatal eddigi menete alapján, hacsak időközben komoly társadalmi krízis nem áll elő, valószínűsíthetően már januárban megszületik az ezt támogató nyilvános kormányzati határozat.

pokra helyeződött az egészségügyi ellátó rendszer. E változások annak köszönhetőek, hogy a parlament társadalombiztosítási járulékfizetési kötelezettséggel együtt járó, biztosítási elvű rendszer mellett tette le a voksát, szabad orvosválasztást vezetett be a háziorvosi ellátásban és jó néhány járóbeteg-szakrendelésben, teljesítményelvű finanszírozást honosított meg a szolgáltatók finanszírozásában, s megszüntette az államnak az intézmények feletti kizárólagos rendelkezési jogát. Ráadásként a vállalkozások (jogi értelemben) egyenrangúvá váltak a költségvetési formában működő szolgáltatókkal, ami lehetővé tette társadalombiztosítás általi befogadásukat, azaz közpénzből történő finanszírozásukat. A magyar egészségügy strukturális alapjai a 90-es években mélyrehatóan megváltoztak, ezért nincs miért meglepődni azon, hogy az Európa Tanács három évvel ezelőtt korszerű keretek között működő egészségügyi rendszernek írta le a magyart és biztató példaként állította a többi kelet-európai ország elé.⁵

Nem tagadható, hogy a hazai egészségügy feudális jellege a több mint tíz évvel ezelőtti változások ellenére is megmaradt, de ez elsősorban a benne illetve a körülötte dolgozók magatartásának, attitűdjének köszönhető. A mai napig szembe kell néznünk közhivatalok packázásával, lassú reakció idejével, mint ahogyan orvosok gyakran nem korrekt betegkezelési metódusával, korszerűtlen szervezési megoldások sorával, a köz érdekeit sértő döntésekkel, beruházásokkal élünk kényszerűen együtt; mindezt megfejelve a lepusztult intézményi struktúrával, az egészségbiztosítási önkormányzat megszűnésével önállóságát veszített Országos Egészségbiztosítási Pénztár (ÖEP) adminisztratív tehetetlenségével. Kétségtelen tény, hogy a társadalom tagjai számára sok gyakorlati hasznot nem eredményezett az egészségügy átalakítása. Az utóbbi hónapokban például azzal kell szembesülniük, főleg vidéken, hogy a fokozódó orvoshiány miatt kórházi osztályok zárnak be körülöttük, de az is érzékelhetővé vált, hogy a szűkülő közkiadásokból a gyógyszerkiadások megállíthatatlan növekedése következtében az intézményrendszer működtetésére egyre kevesebb forrás jut.

Hasonló erőpróba előtt állt már egyszer az egészségügy, két esztendővel ezelőtt, amikor Radnai György kormányfő meghatalmazott és csapata kidolgozta az ellátásszervezés nevét, néhány területet érintően a szellemiségét is felhasználó törvényjavaslatot⁶. A jelenlegihez mérhetően veszélyes akkor volt utoljára a helyzet. A veszély forrása, hogy nincs *érdemi párbeszéd*, vita a szakmai szervezetekkel, de a lakosság különböző képviselői csoportjaival sem. Márpedig olyan súlyú változások készülődnek a nyilvánosság kizárásával, amelyek alapjaiban változtatják meg az egészségügy eddigi működési kereteit, és vallott értékeit.

A magunk részéről e folyóirat hasábjait is felhasználva szakmai vitát kezdeményezünk az egészségügy átalakításának helyes irányáról. Ennek keretében vesszük górcső alá a kormány által választott eszközöket, így

⁵ Az Európa Tanács Parlamenti Közgyűlése: Az egészségügyi ellátó rendszerek reformja Európában: az egyenlőség, a minőség és a hatékonyság összeegyeztetése (9903. sz. dok.) 2003. szept. 11.

⁶ Lásd erről Sinkó, E.: Az irányított betegellátás magyar rendszere, eddigi tapasztalatok, Esély, 2005. február.

a piac irányába történő erőteljesebb nyitást, a szabadabb versenyt és nézzük meg, ezek vajon biztosítják-e a kívánt eredmények elérését, azaz a jobb hozzáférést, az alacsonyabb árakat, és a hatékonyabb forrásfelhasználást.

Alapvetések – a piac működéséről az egészségügyben

A magánosításról és a magánintézmények jelenlétéről

1. *A közszolgáltató intézmények magánosítása a betegellátás szempontjából általában nem eredményez hatékonyságjavulást. Legfeljebb jövedelmezőbbé válik a magánosított intézmény működése, ez azonban főleg a magánintézmény tulajdonosának okoz örömet (ezzel együtt nyereséget), a „köz” számára haszon ebből nem feltétlenül mutatkozik. Kivált igaz ez a for-profit típusú intézmények esetében. De nézzük meg közelebbről a kérdést.*

Európában döntő részben közpénzből, azaz társadalombiztosítási járulékból vagy adóból finanszírozzák az egészségügyet. A közpénzből történő finanszírozás dominanciája implicit módon megköveteli, hogy e forrásokból minél több beteget lássanak el, pontosabban fogalmazva, egyre több beteget egyre eredményesebben lássanak el. Ez a betegellátás szempontjait tükröző, a rendszer szintjén értelmezhető hatékonysági kívánalom.

Ha szemügyre veszünk egy magánintézményt, profitorientált tulajdonossal a háttérben, azt tapasztalhatjuk, hogy tevékenysége középpontjában elsősorban jövedelmezősége növelése áll. Ennek a stratégiának az eredőjeként, ma egy privátkórház magánforrásból például képes harmadakkora költségszinttel ugyanakkora bevételt generálni, mint amekkora bevétel elérésére köztulajdonban lévő társa – közpénzből – képes, de a magánintézmény által ellátott betegek száma csak töredéke, mintegy tizede egy közintézmény beteglétszámának. A magántulajdonos számára – érthető okból – csak a jövedelmezőségi szint számít, néhány altruista befektetőt kivéve, ezzel szemben közintézmények esetében az elsődleges szempont, hogy minden hozzájuk forduló beteget ellássanak. A két eltérő megközelítési mód eredményeképpen – a példát illusztrációként elfogadva – azt mondhatjuk, hogy *a jövedelmezőségi mutató – bevételek/kiadások aránya – a magántulajdonban lévő cég esetében kedvezőbb, míg a hatékonysági mutató – a ráfordítások/kibocsátott betegek száma – a közintézménynél mutat jobb értéket.* Természetesen egy magánintézmény is működhet közpénzből, amennyiben közfeladatokat vállal át. Ebben az esetben a magánintézmény, a tulajdonosok érdekeire tekintettel, csak azokat a pácienseket igyekszik ellátni, amelyek számára kisebb költséget generálnak, mint amekkora az e tevékenységből fakadó bevétele, a többi esetben a beteget más szervezethez, mondjuk egy közintézményhez passzolják át, azaz a betegek között szelektálnak. Költségeiket így tudják a legegyszerűbb módon alacsonyan tartani. (Az igazsághoz hozzátartozik, hogy Magyarországon a közpénzekből történő finanszírozás a kórházi ellátásban olyan alacsony költség-ellentételezéssel zajlik, hogy a szelektálás gyakorlata már egyes közintézményeket is elérte, veszélyeztetve ezzel az ellátás-

hoz való hozzáférést.) A jövedelmezőségi és a hatékonysági mutatók közötti különbség nemzetközi tanulmányokban is leképeződik, szakértői anyagok sora foglalkozik azzal, mennyi indokolatlan hiedelem kötődik a magán-egészségügyi intézmények, azon belül a for-profit intézmények nagyobb hatékonyságához. *Konklúzió:* ha az egészségügyben a rendszer hatékonyságának javítását tűzzük ki célul, erre a magánosítás nem jó eszköz. Amennyiben a politikusok mégis úgy döntenek, hogy a tömeges privatizációra szavaznak, tudniuk kell, ennek az lesz a következménye, hogy a rendelkezésre álló forrásokból kevesebb beteg kerül ellátásra.

2. *A magánintézmények tömeges jelenléte nem csökkenti az árakat.* Inkább az a jellemző, hogy a közös tortából, az egészségügy rendelkezésére álló forrásokból nagyobb szeletet vágnak maguknak, jobb érdekérvényesítő képességüknek köszönhetően. Bizonyítékul szolgáljon egy magyar példa: három esztendővel ezelőtt megvizsgáltam, hogyan alakult a kórházi szektor finanszírozási technikájának, a HBCS pontértékének a térítése, valamint a magánszféra egyik jellegzetes szolgáltatása, a dialízisre jutó társadalombiztosítási térítés a német közfinanszírozási adatokkal összehasonlítva. Míg a HBCS esetében a magyar és német finanszírozási adatok összevetésekor 1:10-es aránypárral lehetett kalkulálni (azaz a magyar kórházak tizedakkora térítést kaptak, mint német társaik), addig a dialízis esetében 1:3-as volt az értékpár (azaz a dialízist végző hazai cégek harmadakkora térítést kaptak, mint a német szolgáltatók). A dialízist végző, döntően magáncégek Magyarországon tehát háromszor ügyesebben vívták meg a maguk csatáját az OEP-pel a finanszírozás mértékének meghatározásánál, mint a közkórházak. Kiegészítő megjegyzésként el kell ismernünk, hogy egy magánbefektető, amellet, hogy szeretné gazdaságosan üzemeltetni intézményét, a befektetett tőkéjét is szeretné visszakapni. Ezért számukra létkérdés, hogy OEP-befogadás esetén térítésként nagyobb összeget kapjanak, mint pusztán a működési költségük, az amortizációt és a tőkekötséget is abból az összegből szeretnék megtéríteni. Közintézmények esetében a tőkekötségek finanszírozása a mindenkori tulajdonos, vagyis az állam vagy az önkormányzatok feladata. A fent illusztrált aránypárok eltérő értékei azonban nem magyarázhatóak a tőkekötségek fedezetének különbségeivel. *Konklúzió:* amennyiben elsősorban közpénzből és fenntartható finanszírozást szeretnénk az egészségügyben biztosítani, úgy a magánosítás erre nem jó eszköz.

3. *Fenti megállapításokra is tekintettel, Nyugat-Európában az egészségügyben nem történt tulajdonosváltással együtt járó tömeges magánosítás a közszolgáltatói szektorból a magánszektor irányába, legfeljebb a szolgáltató intézmények működési formáját változtatták meg jelentősebb méretekben.* A kórházi szektorban jellemző módon a rugalmasabb működést biztosító non-profit társasági formák kerültek előtérbe. Ami miatt ennek ellenére néhány országban magánintézmények, azon belül profitorientált intézmények erőteljesebb jelenléte érzékelhető, mint például Franciaországban, az nem privatizációnak köszönhető, hanem sokkal inkább annak, hogy a befektetők egy-egy szűk orvosszakmai területen, vagyis nem széles spektrummal bíróan hoztak létre ilyen típusú magánvállalkozásokat. Azaz ezek az intézmények kezdettől fogva magánintézményként jöttek létre és működnek azóta is. Az angliai Foundation hospital-féle mozgalmak is az

állami tulajdonviszony fenntartása mellett zajlanak. *Konklúzió:* a tulajdonosi háttér megváltoztatása helyett érdemes rugalmasabb, jobban számonkérhető működést biztosító szervezeti formák irányába elmozdulnunk a szolgáltatói háttér újjászervezésekor. A költségvetési szervként működő intézmények kora az egészségügyben Magyarországon is lejárt. E működési forma esetében ugyanis nincs összhangban a menedzsment által felvállalható feladat, felelősség és intézkedési jogkör.

A versenyről az egészségügyben

1. *A magánosítás, a privatizáció nem eredményez automatikusan versenyt az egészségügyben.* Magyarországon jó példa erre a háziiorvosi rendszer funkcionális privatizációja. A háziiorvosok szervezetei mindent elkövetnek, hogy a háziiorvosok körét jelentékenyen ne lehessen bővíteni, az ő szempontjukból jogos indokkal: az azonos értékű háziiorvosi kasszából a több háziiorvosra kevesebb bevétel jutna. Nemzetközi tanulmányok szintén felhívják a figyelmet erre az összefüggésre. „Ha a privatizációt a piaci verseny bevezetésére szolgáló stratégiának tekintjük, nem feltétlenül számíthatunk sikerre” – vallja egy összegző WHO tanulmány. *Konklúzió:* ha igazi versenyt akarunk generálni, a szabad szolgáltatói piacra lépést is engedélyeznünk kell.

2. *Az egészségügyi szolgáltatások körében közpénzből tartósan finanszírozhatatlan a verseny.* Az ugyanis feltételezné, hogy huzamosabb ideig felesleges (magán- vagy köztulajdonban lévő) kapacitásokat finanszírozzon a rendszer. A verseny szempontjából kilátástalannak tűnő helyzetben persze lehet valamit segíteni azzal, ha a finanszírozó időről időre új befogadásokat hirdet meg, de annak a szolgáltatóknak, amelyek kiesik a közfinanszírozotti körből, magánforrásra kell hagyatkoznia. Ez széles profillal bíró kórházak esetében megoldhatatlan. Pár esztendeje Alex Preker, a Világbank egyik egészségügyi szakértője beszámolt arról, hogyan versenyeztek Ausztrália egyik államában a magán- és közintézmények a befogadás érdekében, s amikor valamelyik kórház nem nyert befogadást, tönkrement, mivel magánforrásokból nem tudták a kórházat tartósan fenntartani. (Magyarországon köztudomásúan találhatóak felesleges kapacitások a rendszerben. Hogy ezek sokáig már nem finanszírozhatóak, fenntarthatóak jelen formájukban, nem képezi vita tárgyát egy parlamenti párt szakértői körében sem.) *Konklúzió:* amennyiben tartósan versenyt akarunk fenntartani az egészségügyben, úgy ehhez a magánforrások nagyobb mérvű bekapcsolása elengedhetetlen feltétel. Nem véletlen, hogy számottevő versenyt csak az USA szolgáltatói szektorában regisztráltak, mivel ott tudnak olyan mértékben magánforrásokat mozgósítani, hogy a szolgáltató intézmények közpénz nélkül is végezhesék munkájukat.

3. *A fenti tételből újabb megállapítás következik: ha az egészségügy költségeinek fedezésében a közfinanszírozás játssza a domináns szerepet, több biztosítási alap párhuzamos jelenléte sem tud tartósan versenyt eredményezni a szolgáltatók körében.* Azaz a magánforrások nagyobb mérvű bekapcsolása nélkül nem jelent megoldást több biztosítási alap működésének engedélyezése a kötelező társadalombiztosítás keretei között. Bizonyítékul e tekin-

tetben szolgáljanak a nyugat-európai társadalom-biztosítási rendszerek eddig jobbra sikertelen kísérletezései. Mind Hollandiában, mind Németországban hosszú évek óta működnek szabadon választható biztosítási alapok, akárcsak Szlovákiában. Ennek ellenére nem alakult ki komolyabb verseny a szolgáltatói szektorban. Hollandia és Szlovákia még nem adta fel, mindketten újabb kísérletbe vágtak bele, magam is kíváncsi vagyok, tudnak-e cáfollal szolgálni majd. Hollandia annak érdekében, hogy e téren valamit mégiscsak fel tudjon mutatni, néhány esztendeje fokozatosan kezdte feloldani a biztosítási alapok szolgáltatókkal történő kötelező szerződés-kötési előírását. A kórházak esetében csak korlátozottan „szabad a pálya”, de a házi orvosok, konzulensek körében már nincs jelen szerződés-kötési kötelezettség. A verseny fokozását szolgálja az a változás is, amely a magán- és a társadalombiztosítási alapok közötti megosztottságot számolja fel. Az idén minden állampolgárra kiterjedő egységes biztosítási rendszerre tértek át. A biztosítási alapok egységes piacon való megjelenésétől várják – jobb híján – a megváltást Hollandiában.

4. *Az egészségügyben a szolgáltatók közötti verseny sajátos hatásokkal bír: nem egyértelmű, hogy minőségi javulást okoz a gyógyító eljárások/beavatkozások során, másrészt bizonyítottan nem eredményez alacsonyabb árakat.* Minőségi javulás bekövetkezhet a gyógyítás körülményeiben (szebb szoba, választékosabb étkezés formájában), miként ez a hatás nálunk is jól megfigyelhető például a szülészet-nőgyógyászat terén, ami a közszolgáltató intézmények közötti vetélkedés következménye a paraszolvenciáért. (Van is felesleges kapacitásunk bőven e szakmában.) A gyógyító eljárások terén azonban nincs kimutatható evidencia, hogy a verseny emelné az elvégzett beavatkozások orvosszakmai színvonalát. Egyedül arra található bizonyíték, méghozzá egyenesen az USA-ból, hogy a verseny nagyobb hozzáférést képes biztosítani az ún. high-tech-hez, de csak a magasabb fizetőképességgel bíró lakosságcsoporthoz számára. (Nesze neked szolidaritás!) Az persze kérdés, vajon a drága eszközök költségarányosan nagyobb eredményességet biztosítanak-e a gyógyulásban, mintahogyan az is, a verseny mennyi felesleges igénybevételt, műtétet eredményez az USA-ban. *Konklúzió:* további kutatásokra van szükség ezen a területen.

Ellenben az Egyesült Államok rendszere bizonyítottan jó példa arra, hogy a verseny nem eredményez alacsonyabb árakat az egészségügyben. Az USA-ban mind a biztosítók, mind a szolgáltatók erőteljesen rivalizálnak egymással, ennek ellenére a GDP 15%-át kénytelenek egészségügyre fordítani. Ebbe a magas arányba csak azért nem rokkan bele az ország (szemben a lakossággal), mert az egészségügyi kiadások 55%-a magánforrásból finanszírozzák. Azért legyünk igazságosak. A 15%-ban egy másik hatás is megjelenik, sok más mellett, mégpedig az, hogy az amerikaiak fizetik – csaknem mindannyiunk helyett – az egészségügyi innovációs költségek nagy részét.

A több-biztosítós rendszerről

1. Az a modell, amit a szabad demokraták évek óta ekként kommunikálnak, valójában nem több-biztosítós rendszer. Egyrészt azért nem, mert ahogyan Molnár Lajos is hangoztatja, kötelező biztosítási rendszerről szól a javaslatuk. De ez csak az egyik eleme az eltérésnek. Abban az értelemben sem több-biztosítós a szabaddemokraták által felvázolt rendszer, hogy tervezett biztosítók nem szabhatják meg maguk üzletpolitikájuk alapelveit az alapvető egészségügyi szolgáltatások esetében. Így sem bevételeikről, sem nyújtandó szolgáltatásairól nem dönthetnének saját hatáskörben, mivel kötelező társadalombiztosítási rendszerek esetében ez általában a parlament feladata. Azaz a szolgáltatások, valamint a befizetések oldaláról egyaránt meghatározott rendszerről beszélhetünk. Az ilyen típusú biztosító társaságok mozgásterét egyedül a *kiegészítő szolgáltatások* szempontjából érdemes vizsgálni, mivel csak e téren van lehetőség saját üzletpolitikájuk alakítására, formálására.

A helyes elnevezés, meglátásom szerint a *decentralizált társadalombiztosítási alapokként* való meghatározás lenne. A definíció természetesen releváns a német, valamint a holland kötelező társadalombiztosítási rendszeren belül szabadon választható biztosítási alapokra is. Igazi, par excellence több-biztosítós rendszer az Egyesült Államokban található, ahol a biztosítási társaságok szabadon döntenek arról, milyen üzletpolitikát folytatnak, kivel állapodnak meg, mekkora díjak ellenében milyen szolgáltatásokat nyújtanak, vagy éppen vásárolnak. A korábbi holland modell is tartalmazott ilyen jegyeket, amennyiben a kötelező biztosítási rendszer mellett párhuzamosan élt a magánbiztosítás rendszere is – ez utóbbi a magas jövedelműek számára. Ez a megosztottság került elvetésre és megváltoztatásra az eredeti Dekker-terveknek megfelelően az ideai esztendőktől kezdődően.

2. Valódi versengő biztosítási rendszer a közfinanszírozás dominanciája és az alapvető szolgáltatások kötelező meghatározása mellett nem alakítható ki. (Észak-amerikai tapasztalatok azt mutatják, hogy közfinanszírozás dominanciájának hiányában sem.) Az okok részben a korábban már leírtak. Az országok többségében parlamentnek vagy valamilyen közhatalmi szereplőnek a feladata a szolgáltatási csomag meghatározása, amelyet az alapoknak kötelezően nyújtaniuk kell, de ugyancsak parlamentek definiálják, milyen befizetéseket kell a munkavállalóknak, illetve a munkáltatóknak a szolgáltatásokért cserébe eszközölniük.

Molnár Lajos, mielőtt miniszter lett, többször hangsúlyozta, hogy Németországban az állampolgárok 4–5 százaléka évente cserél biztosítót. Hogy könnyebben eldönthessük, sok ez vagy kevés, illusztrációként szolgáljon egy magyar adat: háziorvosi rendszerünkben évente körülbelül ennyien cserélnék orvost. Úgy véljük, a legbátrabbak sem állíthatják, hogy az alapellátásban erőteljes verseny alakult volna ki nálunk.

Ha a biztosítási alapok kínálatukkal, áraikkal az alapvető szolgáltatások szintjén nem is versenyeznek a társadalombiztosítás keretei között, működésük eredőjeként kedvezőtlen hatások ennek ellenére kialakulhatnak. Ezek amiatt következnek be, mert az alapok meglepően találékony trükkökkel képesek a kisebb kockázatú biztosítottakat begyűjteni. (Legá-

lisan általában nem lehet az alapokhoz bejelentkezőket visszautasítani, ezért folyamodnak trükkökhöz.) A biztosítási alapok, jövedelmezőségük javítása érdekében ugyanis a könnyebb utat választják: fiatal, kevésbé beteg állampolgárokat igyekeznek maguk köré gyűjteni, kisebb kiadást generálva maguknak az ellátás ellentételezése során. Nem a szerint a gondolatmenet szerint működnek tehát, amit a szabad demokraták elképzelnek egy biztosítói környezetben: az alapok nem törik magukat, hogy a betegek számára minél kedvezőbb szerződéseket kössenek a szolgáltatókkal, már csak azért sem teszik ezt, mert Európában egyre több helyen egységes keretek alapján szabályozzák a biztosítók és a szolgáltatók közötti szerződéseket.

Ahol az állam döntően közpénzből – úgymond versengő alapok közvetítésével – finanszírozza az egészségügyet, a közhivatalok folyamatosan attól rettegnek, hogy kialakul az imént említett kockázati szelekció, a lefölözés a biztosítottak között, ezért tovább fokozzák a szabályozottságot, többek között kiegyenlítő alapokat üzemeltetnek, amelyek képesek jótékony hatást gyakorolni a kockázatok mérséklésére. Ugyancsak szabályozási elemnek tekinthető a szerződések egységesítése, így a közhivatalok konstatálják, hogy egyáltalán nem alakult ki erőteljes verseny, ezért mesterségesen megint fokozni szeretnék azt, majd – a betegek érdekeit védendő – újabb szabályozások kerülnek előtérbe, sajátos spirált alkotva a versenyt, valamint a szabályozást elősegítő intézkedések egymásutánjában. Hollandia pillanatnyilag e kettősség, a verseny és a szabályozás bűvöletében él. *Konklúzió:* valódi verseny kialakulása az alapok között a kötelező biztosítás rendszerén belül egyelőre nem realizált valóság Európában.

3. Van-e egyáltalán értelme, a fenti korlátozó tényezők ellenére versengő biztosítók rendszerének kialakítását erőltetni a hatékonyabb működés érdekében? Nincs, vallja az ÉS egyik cikkében Holló Imre (49. évf. 47. sz.), egy OECD tanulmány tapasztalataira hagyatkozva. E tanulmány konklúziója szerint nem sikerült a verseny eredményeképpen hatékonysági javulást felmutatniuk, ezzel szemben, kivált for-profit alapok esetében a betegbb állampolgárok ellátáshoz való hozzájutása, a hozzáférés szűkült.

Érdekes megfigyelni, hogy az utóbbi időben egyre több amerikai tanulmány is arra a megállapításra jut, hogy az USA versengő több-biztosítói rendszerében a költségeket nem sikerült érdemben csökkenteniük, miközben a finanszírozott szolgáltatások köre folyamatosan szűkül. Néhány szerző a probléma forrását abban látja, hogy a verseny nem kívánatos terepen zajlik, ezért a megoldást a verseny új szintjén való értelmezésében keresik, míg más neves amerikai elemzők nyíltan az egybiztosítós kötelező társadalombiztosítás bevezetését sürgetik. *Konklúzió:* meggyőző evidencia egyelőre nem áll rendelkezésre a versengő több-biztosítói rendszer létjogosultságáról.

Összefoglalva az eddigi megállapításokat: az egészségügyben a piac látványosan nem úgy működik, mint ahogyan az előzetesen elvárható lenne. Ennek fel és/vagy el nem ismeréséért a tervezett intézkedések meghozatala után magas „társadalmi árat” fizethetünk.

Néhány újabb alapvetés – továbbgondolás céljára

1. Az egészségügyről mint közjóságról

Egyre többször hallani, hogy az egészségügy a közjavak részét képezi. Ezt vallja Bokros Lajos is egyik ÉS írásában (50. évf. 1. sz.). Tévedés. *Nem az.* Már csak azért sem, mert a közjóság definíciójának két kritériumából egynek biztosan nem felel meg. Nem igaz az, hogy a társadalom bármely tagja általi fogyasztása nem csökkenti a többiek esélyét (hozzáférését) a fogyasztásra (igénybevételre). Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételénél sorbanállás alakult ki mindenütt, mivel a források, amit a társadalmak ilyen célra allokálni képesek, korlátozottak. Az egészségüggyel szemben tipikus közjóság a honvédelem. Senki sem zárható ki a „fogyasztásából”, emellett bárki általi használat nem korlátozza a többiek hozzáférését sem. *Konklúzió:* az egészségügy sokkal inkább tekinthető *közfinanszírozott magánjóságnak*, semmint közjóságnak.

2. A co-payment alkalmazhatóságáról az egészségügyben

Co-paymentről akkor beszélünk, amikor a beteg az egészségügyi ellátás igénybevételekor hivatalosan fizetni kényszerül, általában a teljes költség egy kisebb hányadát. Ezt tesszük, amikor közintézményben veszünk igénybe fogászati ellátást, vagy gyógyszert váltunk ki. Bokros Lajos már említett írásában amellett érvel, hogy amennyiben a betegnek (fogyasztónak) az igénybevételkor nem kell fizetnie, kereslete korlátlanul válik. Ezzel szemben, ha fizetnie kell, ésszerűsödik a helyzet, nem lép föl korlátlan kereslet. Nézzük meg, illik-e ez a megállapítás a hazai gyógyszerfogyasztásra. Ma a betegek kifejezetten sokat fizetnek gyógyszerekre, mivel önrészüket meghaladja a teljes költségek egyharmadát. Azaz nem lehet azt állítani, hogy a betegeknek nincs érdekelttségük fogyasztásuk csökkentésében. Mégsem lehet e téren az elmúlt években semmilyen kedvező tendenciát tapasztalni, mivel elsősorban nem a betegek korlátlan fogyasztása generálja a magas kiadásokat, hanem az orvosok, akik felírják a gyógyszereket a receptekre. (A gyógyszerek körében tapasztalt magas co-payment ellenére Magyarországon az egészségügyi kiadások durván 30%-át költjük gyógyszerre, ezzel Szlovákiával együtt európai listavezetők vagyunk.)

Franciaországban több évtizede kell önrészt fizetni a betegeknek a szolgáltatások igénybe vételekor, sőt az esetek többségében az ellátás teljes költségét meg kell előlegezniük és csak később térítik vissza számukra kiadásaik durván háromnegyedét. Nem Franciaország szolgál mintául arra, hogyan kell a közkiadásokat az egészségügyben alacsonyan tartani. *Konklúzió:* a co-payment kétséges eszköz a betegek megfelelő attitűdjének kialakításra, ebből fakadóan a közkiadások fékmentartására.

3. A magyar egészségügyi rendszer és az (SZDSZ általi értelemben vett) több-biztosítós modell összeférhetőségéről

A szabad demokraták a holland típusú több-biztosítós modellt (a szerző nomenklatúrája szerint: decentralizált tb-alapok) szeretnék Magyarországon bevezetni, aminek következtében a kötelező társadalombiztosítás keretei között for-profit elven működő magánbiztosítók finanszíroznák a közszolgáltatásokat.

Ma az OEP bevételeinek meghatározó forrását a beérkező társadalombiztosítási járulékok egészségügyre vonatkozó hányada jelenti. Ez pillanatnyilag az Egészségbiztosítási Alap kiadásainak háromnegyedére elegendő, a többit az állam központi adóbevételből pótolja. Magyarországon csak azután vált nyilvánvalóvá, hogy 10 millió állampolgár egészségügyi ellátásának költségeit a durván 4 millió állampolgár befizetéséből nem lehet finanszírozni, miután az Alap hiánya 2003-ban látványosan megnőtt. E dátum egybeesik az 50%-os egészségügyi dolgozói béremeléssel⁷, és az ennek következtében előálló kiadások egyszeri látványosabb megemelkedésével, de az egyre növekvő hiányért az Alap fő bevételét jelentő járulékok 1993 óta tartó csökkenése is felelős. (Lásd az ábrát!)

A tb-alapok járulékbevételei (számított egyenérték a keresetek %-ában)

Forrás: PM

Az, hogy a béremelést megelőző tíz esztendő alatt a helyzet tarthatatlansága nem vált sokkal egyértelműbbé, éppen az egy alaptól történő fizetés technikájának, a felsőkorlátos OEP-kasszáknak, a kórházak finan-

⁷ Az egészségügyben foglalkoztatottak 50%-os béremelése 2003-ban 150 milliárdos kiadásnövekedést okozott az Egészségbiztosítási Alapnak, eközben a tb-alapok bevétele a megnövekedett járulékalapnak köszönhetően persze valamit emelkedett is.

szírozási módjának, valamint az egészségügyi intézményekben megjelenő és érvényesített nagyobb menedzseri felelősségnek volt köszönhető.

Fontos látni, hogy a 4,2 millió foglalkoztatott után bejövő járulékok akkor sem biztosítanak elegendő forrást az egészségügy működési kiadásainak fedezésére, ha több társadalombiztosítási alap közül választhatunk, mivel ezek az alapok is ugyanazzal a forrástömeggel tudnak gazdálkodni, ami az OEP-nél rendelkezésre áll.

A lepusztult küllemű intézmények felújítását sem fogják a magánbiztosítók finanszírozni, mivel az épületek jelenlegi tulajdonosuknál, az önkormányzatoknál maradnak. Az a feltételezés, miszerint az alapok nem kötnek szerződést az elfogadhatatlan körülmények közepette dolgozó szolgáltatókkal, nem helytálló, mivel Európában, ahogyan már jeleztük, a kötelező társadalombiztosítási rendszerek keretein belül a biztosítási alapoknak, kivált kórházak esetében nincs szabad szerződéskötési joguk.

A biztosítók adminisztrációs terhei az OEP jelenlegi terheéhez képest jelentősen megemelkednek a személyre szóló nyilvántartások megjelenésével, a megannyi szolgáltatói szerződés nyilvántartásával, a hirdetés, marketing költségeivel, s ezek a növekvő tételek mind csökkentik az egészségügyre fordítható kiadások arányát. Ennek köszönhetően nem lesznek képesek a magánbiztosítók enyhíteni az ágazat humán erőforrással kapcsolatos gondjait sem, beleértve a migrációs kérdést, mivel nem tudnak annyival többet fizetni a szolgáltatóknak, mint amennyivel meg kellene emelni a munkatársaik béreit ahhoz, hogy a maradásra bírják őket. *Konklúzió:* Tekintettel arra, hogy a több-biztosítós modellel kapcsolatos nyugat-európai tapasztalatok a rendszerek szintjén hatékonyságjavulást nem jeleznek, e modell meghonosítása a magyar egészségügy legtöbb szorongató problémájára nem nyújt adekvát megoldást.

4. A magyar egészségügy egyik fel nem ismert alapértékéről

Úgy tűnik, még szakpolitikusok sincsenek tudatában annak, hogy a szolgáltatásokhoz való jó hozzáférés fundamentális értéket képvisel mindennütt a világban, s ez a magyar egészségügynek – különösen a korábbi esztendőig – többé-kevésbé a sajátja volt. Néhány high-tech szolgáltatás igénybe vehetőségétől eltekintve nemzetközi összehasonlításban sem kellett szégyenkeznünk a várakozási idők miatt, annyira alacsonyak voltak. Az egyes hozzáférési idők általános rövidege az orvosi, szakorvosi szolgáltatások csaknem akadályoktól mentes igénybe vehetőségére utalt, amelyről tudható volt, hogy részben a paraszolvencia intézménye is befolyásolta, s főleg a hálapénzre áldozóknak biztosította a szabad intézmény-, és/vagy orvosválasztást.

A jó hozzáféréstől alkotott álláspontot árnyalhatja az az ellenvetés, miszerint Magyarországon jelentős területi különbségek vannak a szolgáltatások elérhetőségében; ez igaz. Csakhogy ezek az egyenlőtlenségek a magánbiztosítók beengedésével nem fognak csökkenni. Nekik ugyanis nem érdekük, hogy a szolgáltatásokhoz való hozzáférés javuljon, mivel ezzel csak kiadásaik növekednének (emlékezzünk a szabályra: minden szolgáltató igyekszik megtalálni a maga betegeit), miközben bevételeik

változatlanok maradnak. Szándékaik éppen ezzel ellentételesek lesznek, mivel létfontosságú számukra a jövedelmezőség biztosítása. *Konklúzió:* Amennyiben a tervezett változások életbe lépnek, sokkal inkább az várható, hogy csökken a szolgáltatókhoz való hozzáférés, semmint, hogy javulni fog.

5. A kormányzati célok és az eszközök inkohereciájáról

A kormánynak az egészségügy átalakítását szolgáló javaslatai nem minden esetben koherensek a szabad demokraták által képviselt célokkal, némelykor azokkal ellentétes hatást váltanak ki. Ez a helyzet például orvosválasztás esetén az ún. emelt összegű vizitdíjakkal illetve beutaló nélküli intézményválasztás esetén az ún. részleges térítési díjak bevezetésével. A fizetési kötelezettség megjelenése egyértelműen lecsökkenti az orvos-, illetve az intézményválasztás lehetőségét az alacsonyabb jövedelemmel bírók körében, de a minőségi ellátást nyújtó szolgáltatókat sem támogatja, mert a betegek oda mennek, ahova a területi illetékességű kórház vagy rendelő szempontjából tartoznak. Ily módon e két díj bevezetése a hőn áhított verseny kibontakozása ellen hat, hiszen a pácienseknek a szankciók következtében nem lesz alkalmuk „lábukkal” kifejezni véleményüket. (Ezek után nem lehet csodálkozni, ha a szabad demokraták egyes szakértői⁸ nem voltak oda a vizitdíj bevezetéséért.)

Maga a vizitdíj bevezetése jelen formájában a háziorvosi rendszer megerősítése ellen hat, mivel háziorvosi beutaló nélküli felkeresése a szakrendelőnek ugyanannyiba kerül majd, mint beutalóért megjárni a háziorvost és utána, ahogy illő, a szakrendelőt felkeresni. Ez a végiggondolatlanság sokba fog kerülni az egészségügyi kiadások számbavételkor.

Egy harmadik megjegyzés is ide kívánczik. Néhányan úgy érvelnek a vizitdíj bevezetése mellett, mint amely a paraszolvenciát kiváltó elemmé nemesülhet. Szlovákiában nem sikerült ez a mutatvány – három és fél esztendővel a vizitdíj bevezetése után sem. (Most úgy tűnik, nem maradt további idő a bizonyításra, az új szlovák kormány ugyanis egyik első intézkedésével a vizitdíjat megszüntette.)

Egy másik lehetőség – eltérések a kormányzati elképzelésekhez képest

Amint arra már utaltunk, sajátos kettősség figyelhető meg a magyar egészségügyben: egyrésztől igaz az, hogy lerobbant környezetben egyre frusztráltabb egészségügyi személyzet fogadja a nap mint nap betérő beteget, másrésztől tudjuk, hogy a magyar egészségügy 90-es években kialakított működési keretei *egészségpolitikai szempontból* semmivel sem maradnak el az EU-standardoktól.

Az egészségügyi rendszerek működésének elemzéséből az a tapaszt-

⁸ Bauer Tamás, Mihályi Péter

talat szűrhető le, hogy az egészségügyi ellátás milyenségét az alábbi két tényező befolyásolja legnagyobb mértékben:

1. a ráfordított közkiadások nagysága⁹,
2. valamint az, hogy a rendelkezésre álló források felhasználásában milyen mérvű allokációs és technikai hatékonyságot sikerül elérni.

Mindezek fényében a teendők a kormányzati koncepcióhoz képest eltérő stílusú átalakítás szükségességét jelzik, amelyet az alábbi alternatív „javaslatcsomagban” fogalmaztunk meg.

Tekintettel arra, hogy az államháztartás rendbetétele mindenfajta egyéb prioritást felülír, a feladat jelen állapotban, hogy olyan változtatásokat eszközöljünk a rendszer működésében, amelyek erőteljes allokációs hatékonyság javulást eredményeznek mind a szolgáltatói, mind a finanszírozói oldalon. Az átalakítás középpontjában az ellátásszervezői rendszerekhez¹⁰ kapcsolódó ösztönző rendszer eddiginél konzekvensebb és szélesebb körben történő alkalmazása kell, hogy álljon. Ellátásszervezői szerepet felvállaló szolgáltatók csatasorba állítása; gondosan kialakított, fejkvótán alapuló bevételhez kötődő, költségnövekedés ellen ható érdekeltég megteremtése; prevencióra orientálódó, a betegutakat és a betegellátás minőségét kontrolláló szolgáltatók jelenthetik az új struktúra alapjait. Az érdekeltégi viszonyok új alapokra helyezése azért lehet kulcsa a változásnak, mivel ennek segítségével egyfajta automatizmus érvényesülhet a rendszerben, amely segít fenntartani a szereplők elkötelezettségét a hatékonyabb működtetésre. Vegyük sorra a szükséges változtatásokat!

A szolgáltatók iránti kereslet csökkentése a kiinduló pontja mindenfajta változtatásnak, csakhogy nem a betegek oldaláról kell ezt a kérdést megközelíteni, hanem a szolgáltatók oldaláról, mivel ismert a „supplier induced demand”, azaz a szolgáltatók által mesterségesen gerjesztett kereslet jelensége.

Ezzel összhangban a szolgáltatói oldal rendbe tételét célozzák a következő intézkedések:

a) A Nemzeti Fejlesztési Terv (NFT) következő fázisa segítségével biztosítani kell a *szolgáltatói kapacitások teljes körű, szisztematikus átrajzolhatóságát, de ehhez nélkülözhetetlen, hogy regionális és kistérségi fejlesztési tervek álljanak rendelkezésre.*¹¹ Új (kis)térségi ellátó egységek kialakításával, va-

⁹ E tekintetben Magyarország az Unión belül az alsó harmadban található a maga 5,5–6%-ával.

¹⁰ Tapasztalat bőven áll rendelkezésre az Irányított Betegellátási Modellkísérlet működtetéséből. Az IBM néven elhíresült modellkísérlet 1999–2005 között élte fénykorát, több mint 2 millió magyar állampolgár és mintegy 1100 háziorvos részvételével. Ellátásszervezői szerepkörbe jelentkezettek be egészségügyi szolgáltatók, s e szervezetek az állampolgárokra jutó fejkvótán keresztül lejtuttatott OEP forrásból gazdálkodtak. „Jobb” időkben volt olyan szervezet, amelyik 1 milliárd feletti megtakarítást tudott elérni a bevételek és a kiadások különbözete alapján. A rendszer jelentős finomításra éretté vált, de a kormány 2005-ben a csendes elhaláloztatás mellett döntött. További részleteket lásd: Sinkó, E.: Az irányított betegellátás magyar rendszere, eddigi tapasztalatok, Esély, 2005. február.

¹¹ A kormány az NFT 2-vel pusztán forráshoz kívánja juttatni a szolgáltatókat, de nem szab irányt a változtatásoknak – egyedül az aktív ágyak számát csökkentené elkötelezetten, de azt sem rendszerszerűen.

lamint a meglévő kórházi, járóbeteg-, valamint háziorvosi ellátások modernizációjával kell együtt járnia a fejlesztéseknek.

b) A kórházi kapacitások átstrukturálása, az akut ágyak körének szűkítése megköveteli a háziorvosi rendszer megerősítését, több háziorvos szolgálatba állítását, valamint az ezen a szinten ellátott feladatok bővítését. A szakorvosok konzulensként való gyakoribb használata, a háziorvosokkal akár közös ellátó egységekbe szervezése új struktúrákat eredményezhet.

c) Az intézmények tulajdonosváltása automatikus hatékonyságjavulással nem jár együtt, ezért ennek az eszköznek a hatékonyság javulást érdekében való széles körű alkalmazása nem célszerű. E helyett a *szervezeti, működési formák* váltása tűnik több sikerrel kecsegtető eszköznek, amely összhangot teremthet a vállalt menedzsmenti felelősség, az ellátandó feladatok valamint az intézkedési hatáskörök illesztése terén.

d) Az újraértelmezett szolgáltatókat a minőségmenedzsment, minőségfejlesztés¹² minden eszközének alkalmazásával – érdekeltség egyidejű megteremtésével – kell jobb szolgáltatásokra ösztönözni. Az akkreditációtól kezdve a szakmai protokollok meghatározásán keresztül a standardrendszerig bezárólag számonkérhető állapotokat kell előidézni. Emellett *szolgáltatókat minősítő mutatókat kell kialakítani* (az OEP jó úton jár ebben), amelyek segítik az ellenőrző hatóságot, valamint a tulajdonosokat a kontrollban.

Az eddigiekkel összhangban, a *finanszírozói és a szolgáltatói oldal* rendbetételét egyaránt szolgáló javaslatok a szereplők közötti *újfajta érdekelt-ségi viszony* kialakítását szorgalmazzák; ezek a következők:

e) Az *ellátásszervezés* az irányított betegellátásban részt vevő szolgáltatók hatókörén kívüli területeken ma még mindig *ellátatlan funkció*. Ez súlyos allokációs hatékonyság veszteséggel jár együtt, ezért haladéktalanul bővíteni kell azon szervezetek számát, amelyek központi kontroll mellett ilyen szerepet felvállalnak. Az Irányított Betegellátási Modellkísérlet (IBM) az Ellátásszervezői Rendszerek (ESZR) első fázisát jelentette. A kísérletet nem csak a rendeletek szintjén kell lezárni, de értékelni is szükséges az ott tapasztaltakat.

f) Az *ESZR második fázisát a modellkísérlet értékelése után módosított feltételek közepette haladéktalanul el kell indítani*. A lényeg az érdekeltség, valamint az ellátási felelősség hosszú távra történő egy kézbe adása, mivel ez eredményezi a prevenció szemlélet tartós megjelenését a rendszerben. Amennyiben ezen szervezetek a szolgáltatásvásárlói szerepkört is gyakorolhatnák, az mind a finanszírozói, mind pedig a szolgáltatói oldalon növelné a rendszer hatékonyságát. Az ellátási szintenként meghatározott kompetenciák, betegutak kialakítása – a többi eszköz alkalmazásával egyetemben – képesek garantálni a megfelelő helyen, megfelelő időben történő ellátás bekövetkeztét.

g) Az egészségügyben számottevő verseny kialakítása költséges, drága. Ráadásul a szolgáltatások minőségére gyakorolt hatása nem egyértelmű. Ezért nem javallt ennek erőltetése sem a szolgáltatók, sem a fi-

¹² A téma nagy hangsúlyt kap az egészségügyi tárca kommunikációjában is, mindebből cselekvés egyelőre kevés látszik.

nanszírozó(k) vonatkozásában. A rendszer *innovációs képessége* verseny hiányában azonban csökkenhet, ennek elkerülésére, központilag finanszírozott *innovációs alap* létrehozatala válhat indokolttá. Az alap forrásához pályázat útján juthatnának az érdekeltek.

A fentiekén túlmenően helyre kell állítani a súlyosan meggyengült bizalmi viszonyt az orvos–beteg között, mivel ez az alapja az eredményes gyógyításnak/gyógyulásnak.

h) Ennek megfelelően a paraszolvencia fokozatos eliminálása, elporlasztása nélkülözhetetlen, mivel megmérgezi az orvos–beteg közötti kapcsolatot, súlyos méltánytalanságot intézményesít a rendszerben, állandósítja a korrupciót és a kiszolgáltatottságot mindkét oldalon. A hálapénz megszüntetésére a vizitdíj, valamint a kiegészítő egészségbiztosítás bevezetése alkalmatlan eszköz. Egyetértünk Molnár Lajossal abban, hogy a paraszolvencia jelensége rendszerfüggő, de kiegészítésül hozzátesszük, kulturális közegfüggő. Nincs Németországban, de Angliában sem. A két rendszer teljesen eltérő alapokon nyugszik. Németországban az egészségügy biztosított alapon jár, míg az angol állampolgári jogosultság alapján, központi adóbevételekből finanszírozzák. Egy dologban azonban a két rendszer közös: a beteg bízik orvosában, és bízik az ellátását megszervezőben. Ezt a bizalmat delegálja tulajdonképpen az állampolgár vagy az államhoz, vagy a biztosítóhoz akkor, amikor adót, illetve járulékot fizet, attól függően, mi az ellátáshoz hozzáférés alapja.

Magyarországon a beteg nem bízik orvosában, de az államban sem, így nem hiszi, hogy helyette akár az orvos vagy az állam korrektül megszervezi ellátásának körülményeit. Azt egyelőre nem érezte még, hogy időközben biztosítási elven hozzáférhető, befizetési kötelezettséggel együtt járó ellátást szerveztek körülötte, aminek következtében a beteg megbízásából, a beteg nevében tulajdonképpen az OEP jár el, köt szerződést a kórházakkal, orvosokkal. Amikor helyreáll a megromlott bizalmi viszony az orvos–beteg között, amikor a beteg úgy érzi, érvényesíteni tudja fogyasztói szuverenitását hálapénz nélkül is, fog megszűnni, fokozatosan a para.

i) A beteget sokkal erősebb pozícióba kell hozni azzal, hogy gyógykezelésükről, valamint a gyógyító intézmények szolgáltatásairól az eddiginél több információt kapnak. Ennek révén javulhat együttműködési készségük, de informáltságuk okán maguk is kontrollszerepet tölthetnek be a szolgáltatók fegyelmezettebb szolgáltatásnyújtása érdekében.

Az egészségügy sajátos piacát átháríthatatlan állami, illetve közösségi felelőségek uralják, s ezeket nem lehet a magántőkére, a magánbiztosítókra áttolni. A szociális biztonság ésszerű határok közötti fenntartása mindmáig közösségi feladat, legalábbis Európában. Ezen a határon egyelőre nem léptünk át. A fenntartható finanszírozás érdekében sem kell ezen átlépnünk. Csak éppen más módszerek után kell nézni, mint amelyeket a kormány készül választani.

1. ábra

