

SINKÓ ESZTER

Új alapokon a társadalombiztosítás egészségbiztosítási rendszere

A rövid írás a koalíciós partnerek által 2007. július elsején elfogadott, a biztosítói oldal átszervezéséről szóló megállapodást elemzi, néhány szűkre szabott szempont alapján. A javaslatot egyrészt abból a szempontból érdemes megvizsgálni, hogy az újonnan felállított modellben *milyen új szereplők jelennek meg*, és ezen új szereplők működését *milyen érdekeltségek* motiválják a rendszerben; másrészt a tekintetben is érdemes áttekinteni a javaslatot, hogy vajon a felvázolt modell a leírt érdekeltségek és működés mentén hogyan szolgálja a jellemző *egészségpolitikai célok teljesülését*. Az írás végén szentelek néhány gondolatot a szabaddemokrata vegyes modell valamint a kompromisszumos modell összehasonlítására, annak érdekében, hogy megállapíthassuk, kinek a korábbi javaslatához, megfogalmazott elveihez közelít jobban a megállapodás, a szakmai tartalmát illetően.

I. A kompromisszumos modell leírása

A koalíciós tárgyaláson elfogadott modellről a következőket lehet tudni:

1. *A kötelező társadalombiztosítás keretei között értelmezett átalakulásról van szó.* A járulékok mértékét és az egészségbiztosítási szolgáltatások körét változatlanul a parlament állapítja meg.

2. Kezdetben 5-8, ún. *kötelező egészségbiztosítási pénztár* alakul arra a feladatra, hogy az OEP helyett gyakoroljon *közvetlen irányítási jogot* az összességében mintegy 1100 milliárdot kitevő Alap felett. (Az 1600 milliárdos Egészségbiztosítási Alapból hozzávetőleg 1100 milliárd az egészségügyre fordított kiadások összege.)

3. *A kötelező egészségbiztosítási pénztárak gazdasági társaság formájában működnek.*

4. Az ellátásra jogosult állampolgárok bő felében keresztül válogathatnak a tagtoborzásban részt vevő pénztárak között. A pénztárat nem választó polgárok az egyes térségekbe sorsolt pénztárakhoz kerülnek.

5. Az OEP 2008-ban megszűnik, a járulékok begyűjtése azonban változatlanul központi kézben marad. Az OEP helyére lépő pénztárak az

Egészségbiztosítási Alapból létszámarányosan, korrigált fejkvóta alapján kapják meg az adott térség(ek)hez tartozó alapokat, amelyek felett gyakorolhatják az irányítási jogot.

6. A pénztárakhoz a magánbiztosítók, egyéb magánbefektetők kisebbségi tulajdonosként (max. 49 százalékban) szállhatnak be. A befektetésre jelentkező társaságok közül nemzetközi pályázat útján választják ki a „szerencsések”-et.

7. Egyelőre nem tisztázott, kapnak-e koncessziós jogot a belépő magántulajdonosok, és ha igen, a koncesszió pontosan mire terjedne ki. A koalíciós megállapodás mindenesetre nem szól a koncesszióról, de sok politikusként még ebben az értelemben nyilatkozik.

8. A kompromisszumos modell 2009-ben indul „élesben”.

9. A kompromisszumos modell két lényeges pontban *különbözik* a miniszterelnök korábban közzétett javaslatától: egyrészt *nem lehet fel a koalíciós megállapodásban az a fogalom, hogy régió – annak ellenére, hogy a szocialistáknak ez sokat jelent –, ehelyett a „területi egység” homályos megfogalmazás szerepel. Másrészt a megvalósítás sorrendje a pénztárak tagtoborzását illetően a korábbi javaslathoz képest megfordul, így az a gondolat, miszerint minden, ellátásra jogosult állampolgár automatikusan az egyes régiókban található biztosítási pénztárhoz tartozik, ám az elindulást követő napon már átléphet bármelyik más térségben működő pénztárhoz, a véglegesnek tekintett modellben fordított logikai sorrendben valósul meg. A szabaddemokraták javaslata alapján előbb lesz versengés, s csak azután a térségekhez való besorolás.*

II. Az egészségpolitikai célok és a kompromisszumos modell

Az egyszerűség kedvéért a három, legalapvetőbb egészségpolitikai szempontból vizsgáljuk a jövő biztosítói rendszerének elfogadott verzióját.

Felmerülő dilemmák a méltányosság, igazságosság nézőpontjából

a) A közpénzből finanszírozott, alapvető biztosítási, szolgáltatási csomag az egészségügyben nincs pontosan meghatározva, ebből fakadóan minden olyan változtatás, amely valamelyik szereplőt abba a helyzetbe juttatja, hogy e csomag felett akár *közvetett* rendelkezési jogot gyakorolhasson, különös figyelmet érdemel. Amennyiben olyan szereplőt juttatunk e kényes pozícióba, amely *profitorientáltsága következtében a csomag szűkítésében érdekelt*, a helyzet a betegellátás szempontjából *kedvezőtlen hatású elemként értékelhető*. Jelen esetben az önálló pénztárak menedzsmentje lesz arra ösztönözve, hogy a rendszerben keletkező egészségügyi célú kiadásokat csökkentse, mivel a pénztárak (magán)tulajdonosai – érthető módon üzleti befektetésként értelmezve jelenlétüket – erre készítetik őket. Tekintettel arra, hogy e pénztárak működési kiadásai bevallottan meghaladják az OEP működési kiadásait (és ekkor még nem érintettük a befektetői hozamok kérdését), a menedzsment kénytelen lesz az egészség-

ségügyi célú kiadásokon spórolni. E cél elérését sokféle eszközzel tudják biztosítani. Ebből az egyik jellemző és lehetséges eszköz a *biztosításcsomag szűkítése*, amely éppen a csomag nem eléggé kontúrozott meghatározásából fakadhat. Minden alkalmat megragadnak majd a pénztárak vezetői, hogy e szűkítést kérvényezzék, az ezzel kapcsolatos döntéseket mielőbb „keresztülverjék” a döntéshozókon, apró lépésekben, szisztematikusan megkurtítva a szolgáltatások körét, mélységét. E szűkítéshez az ismertett konstrukció alapján a mindenkori kormány segítséget nyújt, mivel a pénztárak többségi állami tulajdona okán közvetlenül érdekelt lesz abban, hogy az alapok ne legyenek veszteségesek, illetve hogy csökkenjenek az államháztartásra háruló közterhek.

Kérdés, milyen lépéseket kívánnak tenni a döntéshozók annak érdekében, hogy ez az ösztönző hatás ne érvényesülhessen ilyen primer módon. *Erre a problémára nem jó az a válasz, hogy a szakértők és a politikusok előbb-utóbb meghatározzák a csomagot.* Részint azért nem, mert minden erre irányuló kísérlet automatikusan a *csomag szűkítésével lesz egyenértékű*, részint azért sem, mert ennek a kivitelezése még bizonyos korlátok tudomásul vételével is bonyolult feladat, megfelelő mélységben véghez vinni pedig szinte reménytelen vállalkozás. Szlovákia esete intő példa erre, ahol elegáns tervek születtek a csomag meghatározására, azonban a kivitelezésre nem maradt energia, szakértői kapacitás.

b) A költségek csökkentésének egy *másik lehetséges és a szakirodalom által leírt esete az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés szűkítése.* A betegek várhatóan az eddiginél hosszabb sorbanállás után vehetik igénybe az ellátást, ennek köszönhetően csökkenő költséget generálnak a szolgáltatások igénybevevőik. Azok a betegek, akik tehetősebbek, a megnövekedett sorokat – szerencsésebb esetben – a magánszolgáltatóknál „vágják le”, szerencsétlenebb esetben a sorok megkerüléséért a közszolgáltatói szektorban *paraszolvenciát adnak*, amely ennek köszönhetően, ahelyett hogy elsorvadna, soha nem látott virágzásnak indul. A méltányosság, az equity ügye a modellválasztás következtében súlyos csapást szenved el.

c) A megnövekedett sorbanállás mellett az átalakulás újabb gyümölcse, hogy *a területi egyenlőtlenségek sem csökkennek majd.* Ez utóbbival kapcsolatosan könnyen belátható, hogy a pénztárak számára a térségi különbségek csökkentésének egyedül *vállalható útját* egy-egy térség elérhető szolgáltatói kapacitásainak *bővítése jelentené*, amivel szemben a pénztáraknak, ha el akarják kerülni a kapacitásbővülésből származó kiadásnövekedést, más térségekben kellene kapacitáscsökkentést elérniük. Csak-hogy Szlovákiában sem tudtak a biztosítók annyira erős pozícióba kerülni, hogy intézmények bezárását kezdeményezhessék, s ez idehaza sem alakulna másképpen; azaz a kötelező pénztárak csak akkor lennének képesek az egyenlőtlenséget csökkenteni, ha kapacitásokat bővítenének, szűkítés nélkül. Ez azonban kiadásnövekedést eredményezne. Nem járható út. A megfontolások körét még egy további momentum bővítheti, ami újfent csökkenti annak esélyét, hogy a pénztárak némely térségben kapacitásredukcióban gondolkodjanak: minden ilyen típusú kezdeményezés kedvezőtlen színben tüntetné fel a magánbefektetőket, s ez a kibontakozódni látszó, feszült politikai légkörben jelentős mértékű biza-

lomvesztéssel, „bizalomveszteséggel” járna együtt, ami akár milliókban mérhető veszteséget okozhatna a többi üzletágban. Ez szintén vállalhatatlan. Éppen emiatt a pénztárak – hacsak nem tulajdonolhatnak egészségügyi intézményeket – nem fognak jelentős mértékű kapacitáskorrekciókat végrehajtani. Ennek következtében a területi egyenlőtlenségek sem tudnak korrigálódni. (Amennyiben a pénztárak tulajdonába kerülhetnének egészségügyi intézmények, kiegészítő termékeik eladhatósága érdekében vállalnának többletkapacitást is.)

d) Az állampolgárok közötti szelekció e modell esetében is beindul a pénztárak között, ahogyan azt a korábban megismert SZDSZ-es modell esetében oly sokszor kárhoztatták. A szelekcióra ösztönzés ugyan valamivel lassabb ütemben, később indul be, mint a szabaddemokrata vegyes modellben, ettől függetlenül releváns kérdés, hogy mi védi meg a beteget a kockázatszelekció következményeitől. Erre nem jó válasz az, hogy a korrigált fejkvóta kezeli ezt a problémát, mert – amint az a szakirodalomból ismert – a korrigált fejkvóta alapú forráselosztás az inhomogenitásból fakadó kockázatoknak mindössze a 30 százalékát képes kivédeni. Ezért egyéb korrekciós mechanizmusokat kell működtetni. A szelekció elleni eredményes védelem nehezen megoldható és rendkívül költséges. (Pontosabban: láttunk eredményes kezelési módszert a hollandoknál, de a korrekcióért cserébe fizetett ár a magyar költségvetés számára megfizethetetlenül magas lenne.)

e) Amennyiben a pénztárak menedzselési jogának meghatározó hányadát a magánbiztosítók kapják, ugyancsak fontos kérdéssé válhat, hogy vajon etikai szempontból mennyire kezelhető az a helyzet, melyben az állampolgárok egészségügyi célú befizetései, az ezeken való spórolás a magánbiztosítók/magánbefektetők vagyontát gyarapítja. Ez azért nem felesleges és mondvacsinált kérdés, mert a biztosítók – legalábbis egyelőre – mindössze 60–80 milliárd forintnyi befektetést szánnak erre a területre, amit az állam némi zsarolással ugyan felvihet a duplájára, mondjuk 150 milliárd forintra, de a kezelt 1100 milliárdhoz képest ez mégiscsak elhanyagolható nagyság. Kiváltképp jogos a dilemma, ha arra gondolunk, hogy csak a vizitdíjból, napidíjból idén várhatóan durván 25 milliárd forintnyi bevételre lehet számítani. Erre a felvetésre nem jó válasz az, hogy szigorú szerződés-kötésekkel kezelni tudják majd ezt a problémát. Nem fogják tudni kezelni. Nehéz ugyanis mindent aprólékosan körbebástyázni szerződésekkel, hiszen kényes, nehezen azonosítható folyamatokról van szó.

f) A javaslat szabad szerződés-kötési jogot kíván adni a pénztáraknak, valamennyi szolgáltatás terén. Túl azon a megfontoláson, hogy jelen körülményeink közepette mennyire életszerű a javaslat, Európában is példa nélkül álló eset lenne, ha ez bekövetkezne. Nem létezik ilyen gyakorlat, kivéve a szakorvosi konzulensi szolgáltatások szintjét; de sem a házi-orvosi, sem a kórházi ellátások szintjén nem tekinthető relevánsnak az ötlet. Még Hollandiában is, melyet pedig a szabaddemokraták körében feltétel nélkül mintaországgként tartanak számon, a kórházi szolgáltatások mintegy 8–10 százalékában adott a szabad szerződés-kötés lehetősége a biztosítók részére. Az USA-ban a biztosítóknak korlátozás nélkül rendelkezésre áll ez az eszköz, a szabad árképzéssel egyetemben, ám az eredmény erősen kifogásolható: az állampolgárok azonos megbetegedések eseté-

ben nem kapnak azonos ellátást. Ez a hatás nálunk is bekövetkezne, anélkül, hogy hivatalosan megbontanánk az egységes szolgáltatási csomagot.

Felmerülő dilemmák a hatékonyság nézőpontjából

a) Hol érzékelhető ebben a modellben a hatékonyságjavulás? Hallgatólagosan azzal a feltételezéssel él a modell, hasonlóan a szabaddemokráta modellhez, hogy a magánbiztosítók eredményesebben fogják szervezni az ellátást, s ez az egész rendszer szempontjából hatékonyabb működéshez fog vezetni. De van-e ennek bárminemű evidens biztosítéka? Tekintettel arra, hogy a világban egyelőre nem létező modellt vezetnénk be, így erre nemleges a válasz. Arról azonban van egyértelmű képünk, hogy ahol versengő több-biztosítós modell működik (s ez a modell ahhoz áll a legközelebb), ott nem mutatható ki hatékonyságjavulás.

b) Fontos felhívni a figyelmet még egy tényezőre: *mást jelent az egész rendszer hatékonyságának a javulása, és mást az alapok működtetésével kapcsolatos üzem-gazdaságossági javulás.* Ne tévesszen meg egyetlen politikust sem, hogy a modell bevezetésével az alapok várhatóan gyakrabban zárnak pozitív szaldóval, mivel ez a helyzet oly módon is előállhat, hogy a döntéshozók egyszerűen lecsökkentik a szolgáltatói TVK-t (teljesítmény volumen korlát), azaz az elszámolható teljesítményvolumen, ahogyan azt most is tették. Ez azonban köszönő viszonyban sincs az ellátás akár allokációs, akár technikai szintű hatékonyságának a javulásával. Valódi, érdemi változás csak akkor következhetne be, ha több beteget és eredményesebben gyógyítanának meg az új modellben, mint jelenleg. Ehelyett azonban hosszabb várólistákkal, kiüresedő szolgáltatásokkal kell szembenéznünk, amelyek az eredményességet csökkentik.

c) A magánbiztosítók nem lesznek abban érdekeltek, hogy jobban szervezzék meg az ellátást, hogy szakmai protokollokkal bíbelődjenek, betegutakat kövessenek, és házi orvosokat képezzenek, mert az nehézkes, sokrétű feladat és csak hosszabb távon megtérülő tevékenység. Ráadásul területi szétszabdaltságuk okán rendkívül költséges feladat lenne az ellátás megszervezése. *Alapvető érdekelttségük* másfelé tereli tevékenységük *fő erejét*: elsősorban a kiegészítő biztosítási termékek fejlesztésére, a többi üzletág termékeinek értékesítésére fordítják energiájukat, az egészségbiztosítási alapok terén pedig egyszerűen költségmegtakarításra játszanak, a már ismertett technikákkal felvértezve (a szolgáltatás kiüresítés, a sorbanállás növelés, a kockázat szerinti szelekció).

d) *A magánbiztosítóknak nincs tapasztalatuk a kötelező egészségbiztosítási szolgáltatások nyújtása, finanszírozása terén, és nemcsak nálunk, de egész Európában így van.* A modellként emlegetett holland tavalynál indult el, és Szlovákiában is csak 2006 óta vannak jelen profitorientált magánbiztosítók ezen a piacon. (Előtte non-profit szervezetként ügködtek a biztosítók, részben magánbefektetőkkel a háttérben, de ezek nem voltak valódi biztosítók.) Tapasztalatlanságukat a magánbiztosítók-magánbefektetők maguk is elismerik. Kérdés: szabad-e kísérletezni velük, s nem nagyobb-e a felmerülő kockázat az esetleges haszonnal szemben?

Felmerülő dilemmák a megvalósíthatóság nézőpontjából

a) A javasolt modellt nemzetközileg ismeretlen, s ez önmagában is sok jogi, szervezési, gazdasági, valamint etikai problémát vet fel, a megvalósítást illetően. Ismételten megkérdőjelezhető, szabad-e egy modellt előzetes hatásvizsgálatok, hatástanulmányok nélkül ilyen gyorsan bevezetni; egy olyan modellt, amelyet előzetesen sehol, senki nem tesztelt.

b) Miért szállnának be a magánbiztosító társaságok ebbe a modellbe? Milyen érdekelttség vezeti őket a beszállásban? Első megfontolásra ugyanis nem tűnhet kecsegtetőnek számukra, hogy kisebbségi tulajdonosként, bizonytalan jövővel számolva milliárdokat fektessenek be az ágazatba. Második megfontolásra azonban kitűnhet, hogy abban az esetben érdemes beszállniuk, ha

- garanciát kapnak arra vonatkozóan, hogy nem lesznek veszteségek a pénztárak. Ezt a garanciát elsősorban a politikától várják;
- megkapják a pénztárak tagjainak az adatait, és azokat más biztosítási üzletágaik számára is tudják használni, azaz ügyfeleiket potenciális vevőkként tudják értelmezni;
- lehetőségük nyílik kiegészítő egészségbiztosítást kötni a pénztártárgokkal.

c) A nyitott kérdések sorában különös fontossággal bírnak a következők: Mennyi időre, mekkora investícióval lehet beszállni a pénztárba, melyek a be- és a kilépés feltételei? Mi lesz azokkal a térségekkel, ahová nem akar magántőke belépni? Amennyiben megalakulnak a pénztárak, mi lesz a pénztárak veszteségével? Ki áll jót a veszteségekért? Mi lesz a pénztárak nyereségével? Vélhetően az a szabály lép életbe, hogy a pénztárak tulajdonosai mind a veszteségek, mind a megtakarításokat illetően osztoznak az eredményen. Azaz közösen sírnak és nevetnek.

d) A megvalósíthatóság szempontjából külön ki kell emelni a *törvényhozás megszbott ütemét*. Ilyen típusú megoldásra törvényeket alkotni rendkívüli nehézséget jelent, mivel még maga a modell sem kiforrott. Az alaptörvények parlamenti benyújtására meghatározott határidő, szeptember közepe megoldhatatlannak tűnő feladvány, a jelen állás szerint.

e) Nemcsak a törvények előkészítésére *rövid* a rendelkezésre álló idő, de a biztosítók és tulajdonosaik számára is komoly kihívást jelent, hogy jóformán két hónap alatt kell dönteniük arról, beszállnak-e, vagy sem. Ez alatt kell átlátniuk az alapvető folyamatokat az egészségügyben, ez alatt kell stratégiát alkotniuk, valamint üzleti tervet készíteniük. És elkezdni képezni magukat erre a piacra.

III. További megfontolások

a) *Az, hogy a kötelező és a kiegészítő szolgáltatáscsomagot együttesen és egy biztosító nyújtja*, ugyanannak az állampolgárnak, nagy veszélyt rejt magába, ezért nem véletlen, hogy a hollandok például 2006-ig ezt megakadályozták. (Hollandiában az a biztosító, amely kötelező szolgáltatásokat nyújtott egy biztosítottnak, ugyanazon személy számára kiegészítő termékeket már nem nyújthatott. Ehhez persze országos hatáskörű biztosí-

tók léte volt szükségse.) Az új változások szele ezt a szabályt érvénytelenítette.

b) A miniszterelnök korábbi javaslata a *kivitelezés szempontjából szellemes ötletet tartalmazott*: e szerint a lakosság igényei a régiókhoz rendelt pénztárak között oszlottak meg. Ez azért volt szerencsés javaslat, mert

– a pénztárak számára nem okozott volna többletköltséget a tagtoborzás;

– nem indította volna be már az első pillanattól kezdve a kockázat szerinti szelekciót;

– hosszabb távon sem lett volna valószínű, hogy erős verseny bontakozódik ki más régiók lakosságáért, mivel minden pénztár menedzsmentjének meg lett volna a maga 1–1,5 millió lakosa, s az azokkal való foglalkozás éppen elég feladatot jelentett volna a *gyakorlatlan* menedzsereknek. Ez ügyben vélhetően épp a verseny hiánya verte ki a biztosítékot a szabaddemokratáknál.

c) A most elfogadott javaslat komoly bizonytalanságot és kockázatot rejt magában, a biztosítók szempontjából is, mivel nem tudják, hogy milyen térség ügyeit kell vállalniuk, amikor piacra lépnek. A jelentkezési időszak alatt begyűjtött ügyfelek térségi eloszlása és a véglegesen rájuk osztott területek közötti eltérés nem segít a bizonytalanság eliminálásában. Elképzelhető, hogy ennek ellensúlyozására a biztosítók piacra lépésük előtt előzetes háttéralkukat kötnek egymással a térségek leosztásában, illetve ha erre nem nyílik mód akkor, várhatóan minden eszközt bevetnek, hogy még a térségi elv életbe lépése előtt minél többen csatlakozzanak hozzájuk.

IV. A kompromisszumos javaslat minősítése a két párt szemszögéből

Az SZDSZ megfontolásai alapján a javaslat

- *Kedvező*, mert van benne verseny a pénztárak között.
- *Kedvező*, mert formálisan kerül magántőke a rendszerbe, s az más kérdés, hogy ez az egészségügyön sokat nem segít.
- *Kedvező*, mert ha a magánbiztosítók átvehetik a pénztárak irányítását, ettől azt remélik, hogy némi lendületet, dinamizmust visznek a rendszerbe.
- *Kedvező*, amennyiben szabad lehet a szolgáltatókkal a szerződéskötés, ez ugyanis versenyt eredményez a szolgáltatók között.
- *Nem kedvező*, mert a szabaddemokrata feltételezéssel szemben az ellátás minősége az (ár)verseny következtében nem javul.
- *Nem kedvező*, mert a területi egyenlőtlenségek nem csökkennek.

Az MSZP megfontolásai alapján a javaslat

- *Nem kedvező*, mert kockázat szerinti szelekcióra ösztönöz, aminek következtében a magas ellátási költséget okozó betegek komoly sérelmeket szenvednek el a rendszer működése során.
- *Nem kedvező*, mert a magánbiztosítók a menedzsment funkciók gyakorlása, a pénztárak irányítása közben olyan költségcsökkentő tevékeny-

séget végeznek, amelyek a lakosság szempontjából kedvezőtlenek, pl. sorbanállás növelése, szolgáltatások hígítása.

- *Nem kedvező*, mert az esetlegesen jelentkező megtakarításokból a bevitt tőke arányában fognak osztozni a tulajdonosok – tehát pl. 60–80 milliárdért cserébe az 1100 milliárdon jelentkező megtakarításon fognak osztozni, ez pedig rendkívül kedvezőtlen az egészségügyi kiadások lakosságra fordított összegeinek nagysága szempontjából.

- *Nem kedvező*, mert a magánbiztosítók a mindenkori kormányokat afelé nyomják, hogy szűkítsék a csomagot, a közvetlenül jelentkező költségcsökkentő hatáson túl ezzel is segítve abbéli erőfeszítéseiket, hogy kiegészítő egészségbiztosítási termékeiknek legyen piaca.

- *Nem kedvező*, mert nem csökkennek a területi egyenlőtlenségek.

- *Nem kedvező*, mert az ellátás nem lesz egységes és kiszámítható.

- Adva egy esélyt annak, hogy a térségben való gondolkodás és cselekvés csírái még ilyen körülmények között is kialakulhatnak a pénztárakban, ez az MSZP megfontolásai alapján *kedvező (lehet)*.

A korábbi szabaddemokrata vegyes modellhez képest:

- *Ez hasonlóképpen rossz modell, hiszen*

- *a pénztárak működési költsége ugyanúgy megnő;*

- *ennek következtében az egészségügy szolgáltatásokra fordítható pénzek látványosan csökkennek;*

- *ellenben az ellátások minősége egyöntetűen nem javul, a beteg ellátása nem lesz kiszámítható;*

- *a területi ellátási egyenlőtlenségek nem korrigálódnak;*

- *a térségi alapok és a hozzájuk kapcsolódó pénztárak túlméretezettek lesznek ahhoz, hogy az ellátásszervezés feladatát hatékonyan ellássák, ráadásul közvetlen érdekeltységük sem efelé mutat, emiatt hatékonyságjavulásra nem számíthatunk az ellátó rendszer szintjén.*

- *Ez a modell rosszabb, hiszen*

- *a magánbiztosítóknak kisebb lesz a felelősségük az ellátások megszervezéséért, mivel kisebbségi tulajdonosként lesznek jelen a pénztárakban. (Ez a megállapítás még akkor is helytálló, ha a pénztárak menedzseléséért elsősorban ők lesznek felelősek, mivel tudnak hivatkozni az állami tulajdon okozta nehézségekre, tudnak mutogatni az államra, mint minden lassúság okozójára.)*

- *Ez a modell jobb, hiszen*

- *az állami többségi tulajdon kiegyensúlyozó szerepet tölthet be a magántőkével szemben. (Az előző megállapítás másik oldala.)*

V. Összegzés helyett

a) Hollandia példája intő lehet minden politikus számára, aki ilyen jellegű és mélységű átalakításba kezd. Az ő, tavaly bevezetett szisztémájuk körül ugyanis *húsz esztendő tervezése* után is hemzsegnek a tisztázatlan kérdések, kezdve attól a közel sem lényegtelennek tűnő kérdéstől, hogy

TANULMÁNYOK

vajon kötelező magán-, vagy inkább kötelező társadalombiztosítási rendszerről van szó esetükben, egészen addig, hogy miként kezeljék a biztosítási rendszerből kimaradottakat, és hogy ez a „kezelés” mennyibe kerül az államkincstárnak.

b) A kompromisszumos javaslat *ismeretlen* az országok egészségügyi rendszereinek palettáján, s ez sok *jogi, szervezési, gazdasági, valamint etikai* problémát vetít előre a megvalósítás során. Ez egyúttal azt is jelenti, hogy nem lesznek kiforrott, ellenőrizhető válaszok a kérdésekre, csupán feltételezések, rögtönzések. Ismeretlen társadalmi hatásokkal, következményekkel kell számolni. *Ki viseli ennek politikai felelősségét?*

c) Ha a javaslat a magántőke beszállását szeretné elérni, úgy a kisebbségi tulajdonosi szerep önmagában nem lesz elég kívánatos. Amennyiben ösztönözni szeretnék a magánbiztosítók belépését, úgy annak ára van. *Ez az ár magas.* A magánbiztosítók a pénztárak menedzselését kérik majd cserébe, emellett a pénztártagok adatait is. Mindez súlyos etikai, méltányossági problémákat vet fel.

d) *A bemutatott modell több ponton találkozik az SZDSZ álláspontjával, mint az MSZP nyilvánosság előtt eddig vallott nézeteivel.* A megismerhető részletek alapján ennek a modellnek az egyértelmű nyertesei – mindenfajta kockázat mérlegelése után – azok a magánbiztosítók illetve magánbefektetők lesznek, amelyek lehetőséget kapnak a kötelező pénztárba való beszállásra és a menedzsmenti funkciók gyakorlására.

e) Mind a méltányosság, mind pedig a hatékonyság szempontjából kedvezőtlen scenáriók fogalmazódhatnak meg a jövőre nézve, e modell alapján *a beteg nem lesz nyertese ennek az átalakulásnak.*

f) A javaslat alapján *nem szól meggyőző érv a mellett, hogy miért fontos a magántőke bármilyen szintű bevonása az országos ill. a térségi pénztárakba, mivel bevonásukkal még plusz tőke sem érkezik a rendszerbe, illetve ami érkezik, az elsősorban a marketing-költségeket, a biztosítói informatikát és az apparátusok kezdeti finanszírozását szolgálja.*

g) A megvalósíthatóság szempontjából sem áll jól a modell, hiszen túl sok a tisztázásra váró kérdés. Kodifikálni pedig csak azt lehet, ami „vegyszta”. Ez nem az. *Magas politikai kockázatot vállalnak* mindazok a szereplők, akik támogatják e modell megvalósítását.