BAUER TAMÁS

Se kecske, se káposzta?

VISSZHANG - LI. évfolyam 3. szám, 2007. január 19.

Neves orvosok fűztek észrevételeket az ÉS december 15-i, 50. számában megjelent cikkemhez (Ellátás kedvezményezettjéből szolgáltatás vásárlója). Frenkl Róbert azt a politikai nyomásgyakorlás eszközének tekinti (Végjáték, ÉS, 2007/1.), amivel az egészségügyi miniszter szándékát támasztom alá, hogy "átpasszolja a magyar társadalombiztosítást az üzleti biztosítóknak". Több mint egy évtizede hirdetjük az SZDSZ-ben a versengő szolgáltatókra és versengő biztosítókra épülő modellt. Igaz, a politikai erők közül egyelőre csak az SZDSZ képviseli azt a maga teljességében. De hát nem először lép fel egyedül az SZDSZ a magyar politikában. Így volt ez akkor is, amikor közel egy évtizeddel ezelőtt felvetettük a sorkatonaság megszüntetését. Akkor még elutasította ezt a jobboldali kormánykoalíció, és elsietettnek tartotta az MSZP is. Eltelt néhány év, elfogadta a javaslatot az MSZP, és ma már nincsenek sorkatonák Magyarországon. Csak az SZDSZ lépett fel öt évvel ezelőtt a státustörvény ellen, a szocialisták megszavazták a Fidesz-kormány kezdeményezését. Hamar kiderült, hogy azt a legfontosabb szomszédos országok és az európai intézmények nem fogadják el, és a módosításokkal ki kellett azt üríteni, ami az SZDSZ ellenvetéseit igazolta. Nem érdemes hát lesöpörni az asztalról valamit azért, mert egyelőre csak az SZDSZ programjában szerepel.

Fenyvesi Tamás azzal indítja ellenvetéseit: vajon miért akarja a közgazdász "átvenni az egészségügy irányításának minden részletét az orvosoktól" (Nehezen hihető, ÉS, 2007/1.). Ezzel máris a probléma gyökerénél vagyunk. Egykor az úgymond szükséglet-kielégítésre termelő szovjet iparban mérnökök vezették a vállalatokat, de többnyire a minisztériumokat és a Tervhivatalt is, merthogy az iparirányítást alapjában műszaki természetű kérdésnek tekintették. Ehhez hasonlóan tekinthető pusztán orvosi kérdésnek a gyógyítás mindaddig, amíg azt feltételezik, hogy nem kell különböző költségű, különböző hatásfokú vizsgálatok és kezelések között választani, tekintettel a rendelkezésre álló erőforrások szűkösségére. Ez az, amit szeretnek egyszerűen úgy fogalmazni, hogy "az egészség nem üzlet", az egészségügy "közszolgáltatás", ahol az orvos a hippokratészi eskü alapján jár el, más őt nem köti. Sándor Gábor világosan megfogalmazza a maga hozzászólásában (Biztosítók, orvosok, ágyak, ÉS, 2007/2.), hogy ez nincs így: "Nem tartható tovább az az ígéret, hogy országunkban mindenkinek a legteljesebb, az elérhető legkorszerűbb egészségügyi ellátás jár." Ő meg is próbálja levonni ebből a szükséges következtetést (kísérletére még jelen írás második részében visszatérek). Mások azonban nem, s inkább - mint Frenkl Róbert - indulatosan tiltakoznak az ellen, hogy üzleti szempontokat, vagyis az erőforrások hatékony felhasználásának szempontjait próbáljuk az orvoslásban is intézményesíteni.

1.

Hogy jobban kell csinálni a dolgokat az egészségügyben, azt a hozzászólók közül senki sem tagadja. Varga Gergely (A biztosítókról, ÉS, 2007/1.) is elismeri: "Nem jó, hogy az egészségügy szociális feladatokat kénytelen ellátni. Nem jó, hogy a járóbeteg-ellátás nem tud megbirkózni a fejlettebb országokban ezen a szinten megoldott problémákkal. Nem jó, hogy nincsenek olyan szakmai minimumkövetelmények, amelyeknek minden orvos, háziorvosi praxis, kórházi osztály meg kéne hogy feleljen." Csak éppen azt nem látszik elfogadni, hogy e bajok kiküszöböléséhez a jókívánságokon túl intézményes változásokra, reformra is szükség van. Márpedig ez az első kérdés: több pénzzel, "az ágazat feltőkésítésével" (Mikola István) kell-e túljutni az egészségügy bajain, és több pénzzel finanszírozni a változatlan működést, vagy intézményes reformokkal változtatni a működés módján? Nem úgy szól a kérdés, hogy orvosok mellett közgazdászok is beleszólnak-e az egészségügy irányításába, hanem hogy olyan intézményeket is működtetünk-e az egészségügyben, amelyek nemcsak a szükséglet-kielégítést, az orvosilag értelmezett teljesítményt maximalizálják, hanem az erőforrások ésszerű felhasználásának követelményét, tehát a gazdasági, pénzügyi szempontot is érvényesítik? Erre nem ad világos választ sem Varga dr., sem Fenyvesi dr., és valójában - habár a szolgáltatók közötti verseny szükségességét elismeri - Frenkl dr. sem. Márpedig ennek tisztázása a további gondolkodás kiindulópontja.

Ha mármost Frenkl dr. elfogadja a szolgáltatók - orvosok, kórházak - közötti versenyt, akkor ezt nyilván nem egyfajta munkaversenyként, hanem piaci versenyként, a nagyobb jövedelemért, piaci részesedésként, a több betegért vívott versenyként képzeli el. Csakhogy erős jövedelem-érdekeltség belépése esetén - mint erre Fenyvesi dr. az amerikai példára hivatkozva utal - messze elszaladhatnak az orvosi jövedelmek, és persze a dologi kiadások is, hacsak nincs olyan szereplő a rendszerben, akinek/aminek az orvosi jövedelmek, vagyis az élőmunka-költségek, valamint a gyógyszer-felhasználás, a kórházi ágy igénybevétel, vagyis a holtmunka-költségek féken tartása a feladata. Egyszeri kampányként megpróbálkozhat ezzel egy centralizált állami apparátus is - ezzel szembesül most riadtan az ország -, de rendszerszerűen ezt csak erre szakosodott intézmény végezheti jól. Ez volna a biztosító. Pontosabban a biztosítók, hiszen a biztosító mint pénzügyi közvetítő csak akkor fogja jól összeegyeztetni egyfelől a fogyasztók, vagyis a betegek, másfelől pedig a szolgáltatók szempontjait, ha ebben más biztosítókkal kell versenyeznie, vagyis többen van. Ezzel indokoltam decemberi cikkemben a versengő biztosítók szükségességét.

Bírálóim kétségei nem is ennek a gondolatmenetnek a vitatásán alapultak, hiszen erre a központi érvre nem is fordítottak figyelmet. Ehelyett egyrészt azt állították, hogy a biztosítók közötti versenynek nincs

realitása (Fenyvesi dr.), másrészt kifejezett hátrányokat tulajdonítanak a több biztosító egymás melletti működésének. Ilyen hátrány volna a magasabb működési költség, illetve a szegények vagy az átlagosnál betegesebb személyek hátrányba kerülése.

Ami a verseny realitását illeti, számos olyan területet ismerünk a gazdaságban, ahol a szereplők korlátozott száma, a termék homogenitása, a piaci belépés nehézsége korlátozza a versenyt, míg másutt árverseny nem tud kibontakozni. Széles körű tapasztalat mutatja, hogy a vevőkért folytatott verseny ezeken a területeken is a minőség javításához, a vevők jobb kiszolgálásához vezet. Nincs okunk ezért eleve kizárni, hogy hasonló hatások az egészségügyben is felléphetnek mind a szolgáltatók, mind a biztosítók versenyében.

Mi a helyzet a több biztosító egymás melletti működésének feltételezett hátrányaival? A biztosítók versenyének bizonyosan lehetnek többletköltségei mind a szervezetek párhuzamossága, mind a verseny által megkívánt marketingkiadások miatt, és ilyenek monopolszervezet esetén nem merülnek fel. Csakhogy a gazdasági élet tapasztalatai szerint az ilyen többletköltségek sokszorosan megtérülnek a verseny által kikényszerített teljesítményjavulásban és az egyéb - bér- és dologi - költségekkel való fokozott takarékosságban. Akik a párhuzamosan működő szervezetek által kiváltott költségnövekedésre hivatkoznak, azok egyszerűen megfeledkeznek a verseny jótékony hatásáról, vagy nem hisznek abban. Aki az egységes, nagy szervezettől várja a jobb minőségellenőrzést vagy éppen előnyösebb műszerbeszerzést, mint Fenyvesi dr., az megfeledkezik arról, hogy ezek az előnyök a tapasztalat szerint nem egyértelműek, a beszerzést pedig nem a biztosítók, hanem a szolgáltatók végzik. Hasonlóképpen érveltek húsz-harminc évvel ezelőtt a külkereskedelmi vagy a bankmonopólium hívei, s az azóta történtek ékesen cáfolták álláspontjukat.

A leggyakoribb ellenvetés a szegényeket, elesetteket félti a versengő biztosítóktól: a biztosítók majd a tehetősekért, az egészségesekért versenyeznek, s szabadulni igyekeznek az elesettektől, a krónikus betegektől. Aki ismeri az európai kontinensen működő több-biztosítós rendszereket vagy a kidolgozott hazai elképzeléseket, az tudja, hogy kialakíthatók olyan kockázatkiegyenlítő rendszerek, amelyek kiküszöbölik az effajta érdekeltséget. Úgy is létrehozható a versengő biztosítók rendszere, hogy fennmarad az egészségbiztosítás kötelező volta, a biztosítókat szerződéskötési kötelezettség terheli minden jelentkezővel szemben, és a díjkiegyenlítő rendszernek köszönhetően nem érdemes válogatniuk az ügyfelek között. (Ehhez hasonló kiegyenlítés ma is érvényesül a háziorvosi finanszírozásban.) Azok a szociális természetű ellenvetések, amelyekkel tele van a nyilvánosság, s amelyek Fenyvesi dr., Frenkl dr. és Varga dr. írásában is előkerülnek, ilyen megoldás esetén tárgytalanná válnak.

Az a gyakran hangoztatott ellenvetés, hogy sokan, kiváltképp a legelesettebbek kiszorulhatnak az ellátásból, nem is a több-biztosítós rendszerre, hanem egyáltalán a biztosítási elv érvényesítésére vonatkozik, amit pedig a több-biztosítós rendszer ellenzői sem kérdőjeleznek meg. A "potyautasok" elleni fellépésről van szó, amit a politikai színtér minden oldalán, s civil szervezetek részéről is szorgalmaznak. A szakértők potyautasok százezreiről beszélnek, de senki sem tudja igazán, hogy kik is ők: a feketemunka rendszeres haszonélvezői, akiktől joggal várható el, hogy ha nem fizetnek járulékot, akkor alkalmanként vásárolják meg az orvos szolgáltatását, vagy a munkaerőpiacról kiszorultak, akik alkalmi munkákból és segélyekből tengődnek, és miközben nincs biztosításuk, zsebből sem tudnának fizetni az orvosnak. Azt európai társadalom aligha viseli el, hogy az elesettek gyógykezelés nélkül maradjanak, ezért a biztosítási elv érvényesítésével egyidejűleg újra végig kell gondolni az ő ellátásukat, akár a közgyógyellátás intézményének a gyógyszerek és segédeszközök mellett az orvosi kezelésekre való kiterjesztésével. Ez a probléma azonban nemcsak több-biztosítós rendszerben merül fel, hanem akkor is, ha az OEP monopóliumát fenntartva lépnek fel könyörtelen szigorral a "potyautasok" ellen.

2.

Ha egyszer arra jutottunk, hogy a biztosítási reformmal szembeni érvek gyenge lábon állnak, akkor a következő lépés annak mérlegelése, hogy mit gondoljunk a Sándor Gábor által javasolt duális megoldásról. Sándor dr. azt javasolja: fedezze továbbra is az OEP a kötelező járulékfizetés fejében mindenkit megillető minimális ellátás költségeit, és ezt egészítsék ki a magasabb színvonalú opcionális ellátást finanszírozó kiegészítő biztosítók az erre anyagilag képes tehetősebb lakosság számára. "Pontosan meg kell határozni, hogy az általános egészségbiztosítás alapján az OEP milyen vizsgálatokat, gyógyszert, műtétet fedez és milyet nem. (...) vannak jól bevált, hatékony gyógyszerek és gyógyítási módok, melyek megfizethetőek, és mindenki, aki általános egészségbiztosítást fizet, hozzájuthat." Ez lenne tehát a szolidaritási elven működő kötelező egészségbiztosítás, amit kiegészítene a szabad magánbiztosítás: "Sokak úgy gondolhatják, hogy az OEP által nyújtott színvonalú kezelésekkel nem érhetik be, jobbat, többet akarnak. Ők, ha tehetik, kiegészítő biztosítást köthetnének. Ezért kell létrehozni piaci alapon működő egészségbiztosítókat, melyek nemcsak kényelmesebb kórházi

elhelyezéshez nyújtanának biztosítási fedezetet, hanem adott esetben kifizetnék az OEP által nem támogatott drága gyógyszert, vizsgálatot vagy kezelést. Ezek a biztosítók ténylegesen piaci alapon működnének."

Ha jól belegondolunk, így válna igazán ketté a társadalom azokra, akiket a kötelező állami biztosítás keretében látnak el, illetve a magánbiztosítók betegeire. Ennek ismert példája Anglia (azzal, hogy az állami ellátást ott nem monopolhelyzetű biztosító, hanem adóból finanszírozott állami egészségügyi rendszer végzi). Van, aki ezt arra hivatkozva nem bánná, hogy csak a meglevő különbségek válnának nyílttá. Mások idegenkednek tőle, mert a különbségek rögzüléséhez vezetne. Magam is erre hajlok, de nem ez a legfontosabb ellenvetésem.

Gondoljuk végig még egyszer, mit is várunk az egészségügy piacosításától ahhoz a szovjet típusú rendszerhez képest, ahol a költségvetésből finanszírozzák az állami egészségügyi rendszerben szolgálatot teljesítő orvosok munkáját, akik állami tulajdonú gyógyszer- és berendezésgyártóktól kapják a központilag elosztott anyagokat és eszközöket. Ha elszakadunk az egészségügy példájától, és előbb általában gondoljuk meg, hogy mit is jelent az árjelzéseken alapuló piaci szabályozás, akkor arra jutunk, hogy a piac egyfelől szelektál, másfelől ösztönöz. Szelektál a kereslet szereplői között: kiválasztja azokat, akiknek van pénzük egy termékre, és kiszorítja azokat, akiknek nincs. Ugyanakkor ösztönzi a kínálatot. A verseny arra ösztönzi a termékek egyes szállítóit, hogy minél hatékonyabban működjenek: alacsonyabb költségekkel dolgozzanak, és jobb minőséget, szélesebb, a vevők igényeihez igazodó választékot nyújtsanak. De nemcsak az egyes szállítókra, szolgáltatókra irányuló (vagyis vállalati szintű) ösztönző hatás fontos a kínálati oldalon, hanem az ágazati szintű hatás is, vagyis hogy a piac a kínálati oldalon is szelektál: kiválasztja azokat, akik jobb teljesítményt nyújtanak, és kiszorítja azokat, akik gyengébbek. Ez a kínálat egyes szereplői számára fájdalmas, a társadalom egésze szempontjából azonban örvendetes hatás, mert a társadalmi összmunka megtakarításával jár.

Egészségügyi reformra, a bürokratikus egészségügy-szabályozás feladására éppen azért van szükség, mert - mint ezt érvelésem kezdetén felidéztem - az egészségügyben sem elégíthető ki minden szükséglet, és ott is keresni kell a szükségletek hatékony kielégítésének lehetőségeit. Ez egyfelől azt jelenti, hogy szelektálni kell a szükségletek között: mi az, ami kielégíthető - vagyis amit különféle intézmények (vagy a vásárlóerő, vagy a bürokratikus kiutalás) hatékony keresletként ismernek el -, és mi az, ami nem. Másfelől azt jelenti, hogy olyan intézményeket kell működtetni, amelyek a kínálati oldalon érvényesítik a hatékonysági szempontokat: jobb teljesítményre sarkallják az egyes szolgáltatókat, és kiválasztják közülük a jobbakat, teret engednek a jobbak expanziójának, és kiszorítják a kínálatból a gyengébbeket. Ezt a szelekciót az árupiacon a vásárlók és az őket kiszolgáló kereskedők végzik el a maguk beszerzési politikájában, az egészségügy piaci modelljében pedig részben a biztosítót és orvost választó betegek, részben pedig - és ez a fontosabb - a szolgáltatókkal szerződő biztosítók. A duális rendszer, amely a mindenki számára hozzáférhetőnek ítélt ellátásokra fenntartja az OEP-finanszírozást, és a csak tehetősebbek által megfizethető magasabb minőséget finanszírozza a kiegészítő biztosítókkal, ellátja a piacnak azt a funkcióját, hogy szelektál a kereslet szereplői között (amitől a baloldali gondolkodó joggal idegenkedik). A piac kínálatot ösztönző funkciójának viszont (ami tehetősek és elesettek számára egyaránt fontos lenne) csak korlátozottan, a kiegészítő biztosítás keretében finanszírozott szolgáltatások tekintetében enged teret. (Nem is érthető ezért, hogy miért fogadják el a duális modellt kompromisszumként baloldali gondolkodók.) A mindenkit megillető szolgáltatások tekintetében fenntartja a bürokratikus szabályozást, s beletörődik az ezzel járó rosszabb minőségbe. Márpedig nyilvánvalóan ebbe a körbe tartozik az ellátás és az egészségügyi erőforrás-felhasználás túlnyomó része. Képletesen: mindenki továbbra is megkapja az államtól a munkahelyi étkeztetést, a panellakást, a lódenkabátot és - ha jól fekszik a szakszervezeti titkárnál - kétévenként a SZOT-üdülést, és aki teheti, vásárol hozzá a piacon divatos farmernadrágot, Zsigulit és nyaralást a bolgár tengerparton. Ez a duális modell, amelynek valóságát azonban az színezi, hogy egyesek a többletellátáshoz piaci vásárlás helyett privilégiumok kerülőútján jutnak hozzá. Ez az a perverz kompromisszum, amelyben a káposzta is elfogy, és a kecske is megdöglik, hiszen a hatékonyság sem javul, a szociális kiszorítás is fennmarad és még az átláthatóságra sem teremtődik garancia. Bizarrnak tartom, hogy az ezt védők a szegények érdekeire hivatkoznak, miközben a valóságban éppen azoknak hátrányos, akiket csak az állami rendszer lát el, s azoknak a szolgáltatóknak előnyös, akiknek a fennmaradó bürokratikus szabályozás tesz továbbra is lehetővé kényelmes működést szigorú követelményektől mentesen.

További hátulütője ennek a megoldásnak, hogy amíg él a szürke zóna tradíciója, addig sokan fogják legális kiegészítő biztosítás helyett a továbbélő hálapénz fejében olcsóbban megszerezni a magasabb színvonalú ellátást, ahogyan ma is teszik. A duális megoldás meghirdetése tehát könnyen vezethet a mai helyzet újratermeléséhez.

Bauer Tamás