

Szalai Ákos

KÖZÉP-EURÓPAI ORSZÁG EGÉSZSÉGÜGYI REFORMRA KÉSZÜL

Sokan mondták már, hogy az egészségügyi reform nem arról szól, amiről szólania kellene. Közgazdászként idáig egyet is értek az állítással. De ez alatt általában azt értik, hogy inkább a magyarok egészségi állapotának javítását kellene a középpontba állítani. Nem tagadom, fontos kérdések ezek, de nem feltétlenül az egészségügyi reform kérdése – az egészségi állapotot nem az egészségügyi rendszer határozza meg.

Mások azért támadják a mai reformterveket, mert a finanszírozásra és nem az ellátórendszerre koncentrálnak. (Tudjuk, ez a kérdés a Fidesz kormányzati ciklusát egészségügyi politika szempontjából mindenképpen két szakaszra vágta.) Ez a felvetés egyszerűen alaptalan. A reform legfontosabb eleme ma is ez. A probléma lényegére kérdez rá: kik finanszírozzák a fejlesztést (és addig is a működtetést), milyen elvek szerint? Persze nem árt, ha valaki kitalál jobb és jobb mechanizmusokat arra, hogy a pénzeket miként költsük el. De talán arra is válaszolni kéne, hogy kinek is kéne finanszíroznia a rendszert, milyen elvek szerint. Éppen ideje, hogy ezt végiggondoljuk.

Ismerjük azt a nézetet is, amely azt ugyan nem vonja kétségbe, hogy a reform fontos kérdésekkel foglalkozik, de azt azokat a megoldásokat, amelyekben a megoldást látja, alapvetően elutasítja. Lehet, hogy valóban nem a megfelelő eszközöket emlegetjük,¹ de ez az érvelés általában olyan helyen lát problémát, ahol nincs. Az egészségügy nem áru, itt nincs helye a piacnak – szól az érvük. Azt ugyan nem tudhatjuk, hogy azok, akik ezt a mondatot elmondják, pontosan mit értenek az áru és a piac szavakon, de bármelyik lehetséges értelmezést tekintjük is, tévednek. Az egészségügy igenis áru. Sőt az egészség is az!

És ezzel el is jutottunk elemzésünk kiindulópontjához. Ugyan szívesebben elemeznék a következő lapokon olyan kérdéseket, mint például hogy a biztosítók közötti verseny valóban elvezet-e oda, hogy a betegeket megpróbálják majd kiszorítani a biztosítottjaik közül, vagy hogy a kórházak finanszírozásának mai formája fennmaradhatna-e, ha több versengő biztosító lenne jelen (és jó-e, ha nem maradhat fenn), de mégis az egészségügy és az áru viszonyáról kell először egy kicsit elmélkednünk. Ígérem, elérkezünk majd értelmesebb kérdésekhez is.

¹ Bár aki 2007 februárjában megmondja, hogy az egymásnak ellentmondó kormányzati lépések pontosan merrefelé is keresik a megoldást... Úgy tűnik, a kormányon belül is legalább két, egymásnak élesen ellentmondó politikai szándék körvonalazódik: a piacosítani akaró (a versengő biztosítók modelljét előkészítő) piacelvűek és az állami felelősséget fenntartani, sőt növelni akaró (a kórházak sorsáról tervezőasztalok mellett döntő) baloldaliak.

Látható, hogy az egészségügyi reform legfontosabb kérdése a rendszer finanszírozását, a biztosítást érinti. Szögezzük le: bár gyakori félreértés, hogy az egészségügyi hozzájárulással az egészségügyi ellátást vásároljuk, de ez csak részben igaz. Valójában arról van szó, hogy azt a jogot vásároljuk meg, hogy ingyenesen (csak vizitdíjért) kapjuk az ellátást, amikor szükségünk van rá. Amit a kormányzat nyújt, az biztosítás: viszonylag kisebb folyamatos befizetésért cserébe megóv minket attól, hogy baj esetén hirtelen hatalmas kiadásokkal kelljen szembenéznünk. Az egészségügyi rendszer gondjai alapvetően egy állam által szervezett, kötelező és jelentős újraelosztást megvalósító biztosítási rendszer gondjai, ezekre kell megfelelő válaszokat találni. Melyek a felvezetőben említett, elhallgatott kérdések? A paternalizmus és a redisztribúció optimális mértéke. Ezek megvitatására teszek az írás második felében javaslatot.

Az egészségügy bizony áru

Akik azt mondják, hogy az egészségügy áru, vélhetően két dolgot érthetnek ezen. Az egyik: az egészség (és az arra állítólag erőteljesen ható egészségügy) a vitában maga az adu ász, mindent üt, minden más célt háttérbe kell sorolni, ha összeütközésbe kerülne vele. A másik érvelés megengedőbb: elfogadja, hogy más célok versenghetnek az egészséggel – sőt néha fontosabbak is. Amit azonban elképzelhetetlennek tart az az, hogy ezek a célok/szemponatok pénzügyi célok/szemponatok legyenek.

Az első érvelést könnyen cáfolhatjuk, ha figyelembe vesszük, hogy az emberek maguk is gyakran vállalnak egészségi kockázatot más célok érdekében. Vannak emberek, akik veszélyes foglalkozásokat választanak – katonának, tűzoltónak (vagy éppen orvosnak, ápolónak) állnak. Ők úgy mérlegelik, hogy az a veszély, hogy akár komolyabb károsodást szenvedhetnek, más szempontok miatt elfogadható a számukra. Ezek a más szempontok lehetnek anyagiak (magasabb bért kapnak, mint amennyit máshol kaphatnának), erkölcsiek (kötelességüknek érzik, hogy vállalják a veszélyt a közösség érdekében), de a skála gyakorlatilag végtelen. Ismerünk eseteket, amikor embereknek a saját egészségükről kell döntést hozni – vállalják-e a műtéttel, a kezeléssel járó fájdalmat, idővesztéséget, jövedelemkiesést, vagy inkább elfogadják a nem tökéletes (és a kezeléssel javítható) egészségi állapotukat. Elvileg az is az egészségünkről hozott döntés, hogy olyan tevékenységet folytatunk, amiről tudjuk, hogy káros következménye (is) lehet: autóba, motorra ülünk, élvezeti cikkekhez nyúlunk, vagy éppen sportolni kezdünk, kockáztatva ezzel a sportbaleseteket. Az emberek sok olyan szempontot fel tudnak hozni, amit adott pillanatban az adott döntés egészségi következményei elé sorolnak – az emberek hajlandóak elcserélni az egészségüket (pontosabban: hajlandóak felvállalni az egészségi kockázatot), ha az alternatíva kecsesgetőbb.

A másik érvelés érdekesebb. Elfogadja, hogy az emberek számára sokszor sok dolog fontosabb, mint a saját egészségük, de azt elutasítja, hogy ezek között a pénz

is helyet kapjon. Az emberi élet eszerint nem mérhető pénzben. Egy orvos dönthet úgy, hogy nem folytatja egy beteg kezelését, de ennek nem lehet az az oka, hogy nincs rá pénz. Az igen, hogy egy másik betegnél nagyobb a gyógyulás esélye, és az ő ideje pedig, amit közöttük meg kell osztania, véges. Utalhatunk persze arra, hogy néha bizonyos munkákat pontosan azért vállalnak el az emberek, mert magasabb fizetést kapnak az egészségügyi kockázatért cserébe. (És nemcsak a „roppant szegény” Magyarországon, hanem a „roppant gazdag” Egyesült Államokban is vannak ilyenek.) Kétségbe vonnánk ezen emberek döntését azon az alapon, hogy erkölcsileg nem helyes? Ha nem, akkor nem áll meg az „egészség nem áru” érv.

A közgazdaságtan segítségével azonosítani tudjuk azokat az eseteket, amikor egy termék, áru előállításától, elosztásától jobb, ha távol tartjuk a pénzügyi ösztönzőket: bizonyos tevékenységek esetében az azokat végzők nagyobb megbecsülést élveznek, ha nincs érte fizetség.² De valószínűleg az egészségügy „áruvá silányítása” ellen küzdők sem tartanák jónak, ha az egészségügy kikerülne a pénz világából – az ő céljuk sokkal inkább az, hogy más céloktól ide csoportosítsanak át pénzügyi erőforrásokat.

Az egészségügy mint piaci folyamatok tárgya

Lenne persze egy harmadik lehetőség is a fenti kijelentés értelmezésére: az egészségügy azért nem áru, mert arról (kit látunk el, mikor, hol stb.) a döntést nem bízhatjuk a „piac láthatatlan kezére”. Sokkal jobb, ha tudjuk, hogy a tervező nagyon is látható keze van a döntésben. Ezen az értelmezésen már érdemes elgondolkodni. Érdemes lenne, ha értenénk, mit jelent a piac az egészségügyben. Márpedig úgy tűnik, nem szerencsés az a fogalom, amit használunk. A legtöbbünk fejében az a fogalom él, amit fél éves-egy éves közgazdaságtani (mikroökonómia) kurzusokon el lehet sajátítani: a piac valamilyen, az árakat manipuláló önszabályozó mechanizmus, amiről azt tanítják, hogy hatékony helyzetet teremt. Ugye mekkorát tévednek az egészségügy piacosítása mellett érvelők: az áralakulás az egészségügyben – és az egészségbiztosítási piacon – nem vezet hatékony végeredményhez. (A vajtfulűek kedvéért: piaci kudarcok lépnek fel.) És már csak egy lépés az a téves következtetés: ha a piac nem hatékony, akkor állami beavatkozásra, végső soron az egészségügy állami szervezésére van szükség. Nagyon úgy tűnik, hogy az egészségügyi reformról szóló szakmai vita is ezen a szinten reked meg. Az egyik oldal rámutat a piaci kudarcokra, és az állami

² Pont az egészségügy egyik nagy kérdése, a vérellátás azt a terület, amit a cikk vizsgált. Ha fizetnénk a vérért, akkor el tudnánk érni, hogy olyanok is adjanak vért, akik ma nem. De egyrészt nem biztos, hogy ezzel nem éppen olyan csoportokat vonunk be a véradásba, akiknek a „vérminősége” rosszabb. Másrészt a jelenlegi véradók egy része, akiket ma éppen az motivál, hogy a véradás a társadalom szemében komoly megbecsülésnek örvend, nem hagynának fel ezzel, ha felmerülne a gyanú, hogy ők is „csak pénzért” csinálják.

egészségügy mellett érvel. A liberálisok válasza erre az, hogy a piac még mindig a kisebbik rossz: az állami egészségügy lényegesen rosszabb minőséget produkál (másik oldalról lényegesen drágább), mint a piaci lenne. Azt persze ők is elismerik, hogy az egészségügy speciális piac, ahol állami beavatkozás szükséges.

Ez a vita nem vezet messzire. Érdeemes lenne felfrissíteni a piacról tanultakat. A közgazdaságtanban ugyanis negyven éve létezik egy másik piacfogalom is. Eszerint a piac nem elsősorban az árakat meghatározó mechanizmus, hanem az az intézmény, ahol a felek szabadon köthetnek egymással kölcsönösen előnyös megállapodásokat, azokat betartják, ha becsapják egymást, akkor szankciókra számíthatnak. Ez a közgazdasági iskola (az ún. új intézményi közgazdaságtan) képes volt arra, hogy jó néhány olyan intézményt azonosítson, amelyek révén maga a piac reagál arra, ha az ármechanizmus nem vezet hatékony eredményre. Vizsgálódásaik egyik legfontosabb területe épp az egészségügy – itt ugyanis bőségesen találunk olyan intézményi megoldásokat, amelyek pontosan arra szolgálnak, hogy az árrendszer működési zavarait kiküszöböljék. Igaz, ezen intézmények egy részét a kormányzat hozza létre – de pontosan azért, hogy ne kelljen saját magának felvállalnia az egészségügyi ellátás minden gondját-baját, ne kelljen az egészségbiztosítók helyébe lépnie, hanem azokat a piaci verseny megfelelően meg tudja oldani.

Milyen intézményi formákat ismerünk?

Minták – diszpozitív szabályok. Az, hogy egy kölcsönösen előnyös tranzakció létrejön-e, attól is függ: milyen költséggel találhatjuk meg a megfelelő partnert, milyen költséggel jár a szerződés megkötése, mit veszíthetünk, ha a partner megszegi az ígéretét. Ha ez a költség magas, akkor segíteni kell a tranzakciók létrejöttét. Erre szolgálhatnak a mintaszerződések (*default contract*), amelyek nyilvánvalóvá teszik, hogy melyik fél mivel tartozik. Ezekről azonban a felek, egyező akarattal, eltérhetnek. Az ilyen mintaszerződések legátfogóbb formái a polgári jogi intézményekben megjelenő diszpozitív szabályok.

Reguláció – kógens szabályok, szabályozott verseny. Míg az előző intézményi forma a felek kölcsönös megegyezésére hagyatkozik, addig a reguláció esetén a kormányzat már azt mondja, hogy bizonyos megegyezéseket nem lesz hajlandó elismerni, azt felül fogja írni. Ennek az intézményi megoldásnak a legfontosabb formája a kógens szabályok megalkotása – ezek olyan szabályok, amelyektől a felek szerződésben kinyilvánított egyező akaratukkal sem térhetnek el. Ilyen beavatkozásra szolgáltathat okot az például, ha a betegről feltételezzük, hogy nem képes racionálisan mérlegelni. Például amikor a kormányzat meghatározza, hogy ki lehet orvos, melyik intézményben kaphatunk kórházi ellátást, milyen módszerrel, milyen gyógyszereket vásárolhatunk, akkor elvileg ezt az információs problémát próbálja kezelni.

Szelektív kormányzati vásárlás – menedzselt verseny (a piacon, a piacért). Míg a szabályozott verseny esetében a kormányzat feladata az, hogy a törvényben megfogalmazott tilalmakat betartassa, addig a menedzselt verseny esetén a kormányzat megteheti azt

is, hogy nemcsak a törvényi-jogi előírások, hanem egyéb, elsősorban közgazdasági szempontok szerint is szelektál. A kormányzat gazdasági-hatékonysági szempontok alapján vagy maga vásárol bizonyos szolgáltatásokat, amiket ingyenesen vagy ellentételezés (használói díj – vizitdíj) fejében elérhetővé tesz a fogyasztók számára. Gyakorlatilag kiválasztja a piacra lépő versenyzőket. Ezen intézményi megoldás mellett érvként felhozhatjuk akár az információs problémákat, akár a piacszerkezeti problémákat. Információs problémák lépnek fel, ha homogén termékek esetén az eladók számának emelkedése jelentősen növelheti az információszerezés költségét. A piacszerkezeti problémák elsősorban a ritkán lakott, vidéki területeken jelentkeznek, ahol kevés az esély arra, hogy párhuzamos, egymással a piacon versengő szolgáltatók legyenek jelen. Itt a kormányzat a piacért hirdethet versenyt: nem az a cél, hogy egyszerre sok, egymással versengő szervezet legyen, hanem az, hogy aki éppen ellátja a szolgáltatást, az tudja, hogy rossz teljesítmény esetén leváltható, a piac másnak adható. A megoldás lényege, hogy ezáltal monopólium alakul ki a területi monopóliummal szemben a vevői oldalon is.

Végül eljutunk az állami egészségüghöz, amikor a kormányzat a saját tulajdonába vett intézmények révén maga állít elő termékeket, maga szolgáltat.

Talán érthető, hogy a kérdés – az egészségügy szervezhető-e piaci alapon? – miért értelmetlen. Gyakorlatilag a vita arról szól, hogy mit értünk piacon: a szabályozott vagy a menedzselt verseny piaci versenynek tekinthető-e vagy sem. Az értelmes kérdés inkább az, hogy az egészségügy melyik problémája milyen intézményi formában kezelhető legjobban. Például: a biztosító(k) és a kórházak közötti viszony mely pontjait tartalmazza diszpozitív szabályozás (mintaszerződés) és melyeket kell kógens módon szabályozni. Ám ha ezt elkezdjük, akkor az ördög előbújik a részletekből: például hiába gondolja valaki, hogy a leghatékonyabb az lenne, ha a biztosítók piacát megnyitnánk és az szabályozott versenyként működne, ha a szabályozók tartalmáról csak annyit tud mondani, hogy azokat „hatásvizsgálatokra támaszkodva, szakmai alapon”³ kell megalkotni.⁴

Az egészségügyi reform mint politikai elvek ütközőpontja

Szegény politikusok elég nagy bajban lennének, ha a fenti kérdésekről kellene vitatkozniuk egymással, ezekkel kellene szavazókat nyerniük! Szerencsére vannak az egészségügyi rendszernek olyan kérdései, amelyek könnyedén érthető politikai vi-

³ Bevett fordulat a magyar döntés-előkészítésben. Jelentése: bennünket hagyjanak békén vele, nem értünk hozzá, de ha a rendszer nem fog működni, akkor nem mi leszünk a hibásak, hanem azok, akik nem megfelelően, nem „szakmai alapon” hozták meg a szabályokat.

⁴ A szabályozandó részletek, megválaszolendő kérdések meglehetősen hosszú (de még így sem teljes) listáját nyújtja Kornai János: www.colbud.hu/fellows/kornai.

ta tárgyává tehető. De ezek felvetésében senki nem érdekelt: ilyenek például az egészségügyi ellátásban megjelenő erős újraelosztás, vagy az egyéni szabadság korlátozása (a paternalizmus). Pedig ha valaki a mai állami egészségügyi rendszer felől bármiféle biztosítási elv felé akar elmozdulni, akkor ezeknek a kérdéseknek a megválaszolását nem kerülheti el.

Egyéni felelősség vagy kényszer az emberi rövidlátás ellenszereként. A modern egészségügy alapvetően biztosítási probléma. A mai magyar rendszer egy olyan biztosítás, amely kötelezővé teszi elvileg minden állampolgár számára, hogy biztosítsa magát. Ugyanakkor ennek nem feltétlenül kellene így lennie. Miért kötelező egészségbiztosítást kötni, és miért nem kötelező mindenkinek a jövedelme meghatározott részéből gyümölcsöt vásárolni? Elvileg elképzelhető lenne a biztosítás esetén is egy egyéni felelősségre épülő rendszer: aki nem akar biztosítást kötni, nem köt, de az orvosi ellátást akkor a saját zsebéből kellene fizetnie. A biztosítási piac adatait ismerve elég erős a gyanú, hogy a magyar lakosság inkább kilépne a biztosítási rendszerből és vállalná a zsebből fizetést.⁵ Még akkor is, ha tudja, hogy ez esetleg hatalmas összeget követelne: baj esetén ezt is előteremtene, például családi-ismerősi, végső esetben banki kölcsönök révén.

A döntés itt alapvetően a paternalizmusról szól. A paternalizmus a közgazdaságtani érvelésben nem feltétlenül jelent rosszat: ha az emberek kognitív képességeiben kételkedünk, akkor – az ő érdekükben – korlátozzuk a döntési szabadságukat. Érvelhetünk a kötelező biztosítás mellett, ha azt gondoljuk, hogy az emberek nem lennének képesek átlátni egy ilyen döntés súlyát, és tömegesen rossz döntést hoznának. Sőt a válasz során differenciálhatunk is: bizonyos csoportokról felteszszük, hogy képesek a megfontolt döntésre, mások helyett jobb, ha az állam dönt, kötelezővé téve számukra a biztosítást.

Ma a helyzet elég zavaros. Miközben senki nem kérdőjelezi meg nyilvánosan a kötelező rendszert, addig de facto réseket ütnek rajta. Például: elvileg ugyan mindenkinek biztosítania kell magát, de ha valaki mégsem teszi, akkor az ellátás igénybevételekor kell majd annak költségét megfizetnie. Mi ez, ha nem a választás gyakorlati megjelenése? A járulékot behajtani nem tudjuk – mi a válasz? Fizessenek az ellátásért, fizessék meg annak teljes költségét – ne csak a vizitdíjat. Ez a kötelező biztosítási rendszer feladása, a törvényben nevezett csoportok dönthetnek: havonta fizetnek, vagy egyben az igénybevételekor. Tetszik vagy nem tetszik? Terjeszszük ki másokra is a döntési lehetőséget, vagy inkább ezen csoportoknál se korlátozzuk az „ingyenes ellátást”, hanem inkább a járadékot hajtssuk be tőlük?

⁵ A magyar egészségügyi kiadások között meglepően magas a közvetlenül, zsebből történő fizetés, miközben magánbiztosítás gyakorlatilag nincs. Arra sincs biztosítás, amiről az emberek tudják, hogy zsebből fogják fizetni (magánorvosi ellátás, fogászat, gyógyszer stb.). Ennek persze lehetnének kínálati oldali okai is, de ezek egy része nem „biztosíthatatlan esemény”: más országokban léteznek biztosítások, amelyek ezeket fedezik.

Szolidaritás: önkéntes vagy államilag szervezett (kikényszerített)? A kötelező egészségbiztosítás mellett érvelhetünk másképp is. Ha a biztosítás nem lenne kötelező, akkor beindulna az ún. kontraszelekció – a fiatal, egészséges, jól kereső rétegek nem kötnének biztosítást. Csakhogy ezen alapon két érv marad a kötelezés mellett: a biztosítók üzleti érdekeinek védelme, vagy az újraelosztás.

A biztosítási rendszerben mindig van redisztribúció. A biztosító nem tud mindenkitől olyan díjat kérni, ami pont fedezné a várható költségeit. Ehhez túl sok információt kellene összegyűjtenie. Általában egy adott csoport átlagával számolnak, ezért vannak, akiktől többet kérnek, vannak, akiktől kevesebbet. Csakhogy a mai magyar egészségfinanszírozás nem így működik – az újraelosztás vélhetően lényegesen erősebb benne. Mi ugyanis nem annak alapján fizetünk, hogy mekkora a csoportunk átlagos kockázata, hanem annak alapján, hogy mekkora a jövedelmünk. A magas bejelentett jövedelemmel bírók fizetik a (hivatalosan) szegényebek biztosítását is.

Ez a rendszer nem fér össze a biztosítási elvvel. Tegyük fel, hogy hosszabb időn keresztül mindenki arról beszél majd, hogy az egészségügy biztosítás. Vajon nem fogják-e előbb-utóbb megkérdezni a sokat fizetőket, hogy miért is fizetnek ők annyit? Ha mindenki a biztosítási elv megerősítéséről beszél – az kapjon ingyen (olcsón) ellátást, aki biztosított; legyenek egyéni elszámolások (biztosított számlák), amiket a polgár megkap⁶ stb. –, akkor illene felismerni, hogy a jövedelemalapú hozzájárulás hosszabb távon ezzel nem fér össze.⁷ Sajnos választani kell a két szempont között: fenn akarjuk-e tartani a rendszeren belüli átláthatatlan újraelosztást, vagy a (valóban) szegények megsegítésére más formákat keresünk? Ha az első utat választjuk, akkor maradni kell a mai állami – és nem biztosítási alapon szervezett – egészségügynél. Ha biztosítást szeretnénk, akkor hosszabb távon fel kell adni a jövedelemalapú hozzájárulás elvét, a szegények segítését pedig explicitté kell tenni. Legyen biztosítási díj, és ha a kormányzat úgy gondolja, akkor szedjen adót azért,

⁶ Tegyük hozzá, hogy ez önmagában is problémás felvetés. (Elsősorban az OEP valódi biztosítóvá alakítása mellett érvelők látják ebben a megoldást.) A biztosítási szakmában ugyan léteznek ilyen elszámolások, de ezek nem valódi „számlák”, semmiféle releváns tartalommal nem bírnak. A biztosítás kockázatközösség, ahol nem az egyes számláknak kell egyensúlyban lenniük, hanem a csoport összes számlájának. A számlákkal nem azt ellenőrzik, hogy XY-nak többet fizettek-e ki, hanem azokat arra használják, hogy a biztosítottakat különböző csoportokba rendezhessék. Ezen összesített adatokon értelmes vizsgálni, hogy nagyobb-e a kiadás, mint a befizetés. Tegyük fel a kérdést: mit kezdenének a polgárok ilyen – önmagukban semmit nem jelentő – számlákkal? Nem értenék azt félre?

⁷ Hosszú távon erre nem megoldás a közös alap, ami ma megoldásként felmerül. Az történe, hogy a biztosítási díjunkt – bár különböző biztosítókkal állunk szerződésben – nem a biztosítónak fizetjük, hanem egy közös alapba. Ebből az alpból részesülnek a biztosítók, de már nem annak alapján, hogy az ő klienseik mennyit fizettek be, hanem annak alapján, hogy hány biztosítottjuk van, illetve azok milyen kockázatokkal rendelkeznek (milyen egészségi állapotban vannak). Egy ilyen közös alap csak arra jó, hogy rövid ideig a biztosítási rendszer képes együtt létezni a jövedelemfüggő befizetések rendszerével, de nem oldja meg a sokat befizetők fent említett problémáit.

hogy a szegényeket biztosítsa.⁸ Ha idáig eljutunk, legalább elkezdhetünk egy másik vitát: mennyi adót is fizessünk azért, hogy a szegények biztosításhoz jussanak. De legalább tudni fogjuk, hogy mi mennyibe kerül.

Első látásra a helyzet egyértelmű: a reform a mai összerosott rendszer fenntartását tűzi ki célul, miközben a biztosítási elem erősítését hangsúlyozza. Ugyanakkor egyes befolyásos, de kicsiny csoportban már megjelent a jövedelemalapú hozzájárulás felszámolásának gondolata. Híveinek nem is kellene sokáig keresgélniük: elég, ha a munkaadók és a munkavállalók által fizetett járulékokat csökkentik (a tisztánlátás érdekében jobb, ha először a munkaadók által fizetendőt), és eközben a fix összegű egészségügyi hozzájárulás emelhető.

Családi vagy egyéni elv. A jobboldal szívesen határolja el magát annak alapján a baloldaltól, hogy ő a családot tekinti alapvető egységnek és nem az egyént. A kérdés – bár érdekes felhangokkal – a biztosítás kapcsán is felmerül. A jelenlegi finanszírozási rendszerben is, de egy biztosítási alapon működő rendszerben még inkább tisztázni kell, hogy a biztosítási díjat fizetők pontosan kinek a biztosítását is vásárolják meg. A saját magukét? A családjukét? Utóbbi esetben pontosan kit is értünk bele a családba: a gyerekeket, a házastársat, vagy esetleg a szülőket is?

Jövedelemalapú rendszerben, ha valaki kitart amellett, hogy egyéni biztosítást vásárol, ezzel egyben azt is mondja, hogy a járulékot nem fizetők után valakinek fizetnie kell. Vagy nekik maguknak – mint a nem foglalkoztatott felnőtteknek január 1. óta –, vagy az államnak, mint a gyerekek, a diákok, illetve a nyugdíjasok után. Ha valaki ezt vallja, akkor nem várhatja, hogy a járulék fedezze az OEP teljes kiadását.⁹ Ezzel szemben ha valaki a családi elv mellett érvel, az egyben az állami finanszírozás szükségtelenségét is vallja. Ebből ugyanis az következik, hogy legyen akkor a járulék, hogy senki után, akinek a családjában fizető van, ne kelljen az államnak járulékot fizetnie.

A biztosítási díjon alapuló rendszerben a kérdés áttételesen, de ugyanez: kik viseljék a rendszer finanszírozásának terheit? Itt egyértelmű, hogy a jelenlegi járulékfizetők befizetése alapján az lesz biztosított, aki után az egységes biztosítási díjat befizetik. A kérdés az, hogy az állam hajlandó-e bizonyos csoportok (például gyerekek, iskolások, nyugdíjasok) helyett biztosítást vásárolni. Ez utóbbi az egyéni biztosítás esete: továbbra szükség lesz a költségvetés adóból beszédett pénzére. Persze választhatjuk a családi biztosítást is: az állam elvárhatja, hogy a nem biztosított házastársak (élettársak?), a gyerekek, iskolások után a polgárok vásároljanak biztosítást. Csak-

⁸ Ez az amerikai rendszer. Persze ott elkövetnek egy hibát, amitől mi tartózkodhatunk. Ők ugyanis a szegények (és az öregek) számára elkülönült biztosítást tartanak fenn, állam által szervezett biztosításban részesítik őket. A rendszer – a szegénybiztosító elkerülése végett – működtethető úgy is, hogy az állam egyszerűen kifizeti helyettük a biztosítási díjat, és ők a magánbiztosítók ügyfelei lesznek.

⁹ Persze a járulékból bennerejlő redistribúciós elem itt is erősen összezavarja a képet. Például semmi nem akadályozza meg az éppen aktuális kormányzatot, hogy egyik pillanatról a másikra kijelenthesse: a járuléknak fedeznie kell a gyerekek, diákok ellátását, de a többiekét nem.

hogyan ebben az esetben a jelenlegi befizetőkre terheljük azt az összeget, amit ma az adóbevételekből tesz be az egészségügyi rendszerbe a kormányzat.

Befejezőként

Nem szokás egy ilyen cikket keltezni, de most mégis meg kell tenni. Az egészségügyről ma a címben jelzett közép-európai országban nem lehet úgy írni, hogy az ember ne kockáztassa: mire az az olvasó kezébe kerül, alapvetően megváltozik a helyzet. Napról napra új ötletek bukkannak fel, a régebbieket pedig megtagadják még azok is, akik korábban élharcosai voltak. A cikk azt az állapotot tükrözi, amit a dátum jelez. Azokat a kérdéseket vette számba, amelyekkel feleslegesen töltjük a drága időnkét (áru-e az egészségügy, piaci alapon szervezhető-e), illetve azokat, amelyekről nem vagyunk hajlandóak beszélni (politikai elvek, értékek az egészségügyben: paternalizmus, szolidaritás).

Bár csak mire e sorok olvastatnak, már ne az lenne ezek fő üzenete, hogy miről kéne beszélni. De ha így lenne, talán egyes, újonnan felmerült kérdések értelmezésében nyújtott némi segítséget.

Szóval, a dátum: 2007. február 6.



A Havas-villa lakószobájának részlete