

Beszámoló a
„Merre tovább az egészségügyi reformmal?”
című konferenciáról ¹

HVB Bank, cím, 2006. november 15.

Konferencia megnyitó

A konferenciát **Dr. Lengyel László**, a Pénzügykutató Zrt. Elnök-vezérigazgatója nyitotta meg, aki elmondta, hogy ez a konferencia annak a konferencia sorozatnak a része, amely keretében eddig egy nyugdíjreformról tartott konferencia került megrendezésre (az Allianz Hungária Biztosító székházában, október 4-én). Ennek során a közeli jövőben a következő tervezett tematikus – egy-egy potenciális reformterületet bemutató – konferenciák megtartására kerül sor: egy önkormányzatokról szólóra decemberben, egy oktatásira januárban, az állam szerepéről tartandó konferencia februárban lesz, márciusban következik a szociálpolitikáról és foglalkoztatásról szóló, áprilisban pedig egy adókonferencia zárja a sorozatot.

Azért kerül sor ennek a konferencia sorozatnak a megrendezésére, mert a reformok egymással összefüggenek, csak társadalmi komplexitásukban vizsgálhatók a szükséges teendők. Mivel a reformok a társadalom széles rétegeit érintik, és mivel a szakmai szempontok mellett a társadalom egyes rétegeinek értékítélete is figyelembe veendő, ezért a társadalom bevonásával, széleskörű párbeszéd és – a politikai oldalak között is kialakuló – együttműködés nyomán alakítható ki megfelelő, hiteles reform tervezet.

A konferenciát **Dr. Hetényi István** (volt pénzügyminiszter, az Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt. Felügyelő Bizottságának elnöke) vezette, aki bevezetőjében felhívta a figyelmet arra, hogy számos tanácskozást (konferenciákat, megbeszéléseket) rendeznek napjainkban hazánkban az egészségügyi reformról, viszont a valós reform részleteiben még csak lassan körvonalazódik. Ezért a konferencia céljának a valós reformról folytatott diskurzust kell tekinteni.

- A következőkben meg kell vizsgálni azt, hogy:
 - az egészségpolitika vagy a gyógyítás reformjáról beszélünk,
 - beszélni kell arról, hogy az egyéni és a közfelelősség határai hol húzódnak (ez az egészségügy tervezett átalakításnál úgy tűnik, változni fog),
 - az egészségügyi ellátásokat mennyivel kell erőteljesebben piaci megközelítésbe helyezni (vagyis melyek azok a piaci kudarcok, amelyek megoldásában az államnak továbbra is részt kell vennie).
 - célszerű az egyes megoldási javaslatok várható előnyeit és hátrányait is megvizsgálni.

¹ A konferenciára a Pénzügykutató Zrt. és a HVB Bank Hungary Zrt. szervezésében került sor.

Előadók

Dr. Horváth Ágnes (Egészségügyi Minisztérium államtitkára)

Előadásában az Államtitkár Asszony a következőket emelte ki:

- Hazánkban az aktív keresőképesek aránya az 1990-es évek óta csökken, így felvetődik a kérdés, ha ez a tendencia folytatódik, akkor a jövőben vajon ki fizeti a közterheket (fedezi a közösségi forrásokat)? Ennek vizsgálatakor kiderül, hogy a rendszer jelenlegi formájában nem fenntartható (elégtelen a fedezet), tehát magánforrások felhasználására is szükség van.
- A születéskor várható élettartam nő, de ezzel együtt a betegségben eltöltött élettartam is (mindenekelőtt a krónikus betegségek gyakoriságának, időtartamának növekedésével).
- Így 2050-re várhatóan a 65 év feletti korosztály aránya 26 százalékra nő, tehát a társadalom erőteljes öregedése zajlik le. Kérdés, hogy az idősek ellátását mennyiben lesz képes biztosítani a Társadalombiztosítás, és milyen mértékben kell majd támaszkodni magán hozzájárulásokra.
- Nemcsak az aktív kórházi ágyak száma haladja meg jelentősen az Európai Unió átlagát (kb. 30 százalékkal), hanem az aktív kórházi eseteké is (ezek száma az EU-ban stagnált az utóbbi években, Magyarországon viszont nőtt). Emellett azonban az ágyak 25 százaléka folyamatosan kihasználatlan.
- Az alacsonyabb esetszámú kórházakban a minőség is rosszabb, a szélütést (stroke), illetve szívinfarktust követő (30 napon belüli) halálozás aránya például sokkal magasabb ezekben a kórházakban, mint a nagyobb betegszámot ellátó intézmények esetén, amely felveti az igazságosság kérdését is.
- A járóbeteg-szakellátás területileg nagyon egyenlőtlen. Több kistérségben megoldatlan a helyben történő egészségügyi ellátás.

Az egészségügyi ellátórendszerben kitűzött célok a következők:

- A létrejövő egészségügyi ellátó rendszer legyen igazságosabb, korszerűbb, igazodjon a megbetegedési viszonyokhoz, a technológia fejlődéséhez, a jogos lakossági igényekhez.
- A TB rendszerben a jogosultság kérdését újra kell fogalmazni. Jöjjön létre valóban biztosítási alapú rendszer, amelyben a jogosultak a rendszer befizetői is egyben, a biztosított szolgáltatások köre legyen meghatározott. A szolgáltatáscsomagok definiálása mellett az átalakítást a vizitdíj (tehát önrész bevezetése) és a betegutak meghatározása (a rendszeren belüli szolgáltatás-igénybevételi lehetőségek korlátozása) biztosíthatja.
- Az egészségügy, mint közszolgáltatás legyen mennyiségben és minőségben fenntartható: a TB vállaljon garanciát bizonyos volumen megvásárlására (ez biztonságot nyújt a betegek és az ellátók számára is.)
- Kiterjedt szakmai felügyeleti rendszert kell az egészségügyben kialakítani.
- Súlyponti kórházak rendszerét kell kialakítani, amelyben az ország minden településének valamely ilyen intézmény 50 km-es körzetébe kell tartoznia. Ez a jelenlegi tervek alapján nem teljesülne tökéletesen (vannak még hézagok a térképen). Ehhez kötődik, hogy a legközelebbi általános kórház 30, járóbeteg-szakrendelés 20 km-en belüli elérése szerepel célként a tervekben, azonban ennek pontosításában a Regionális Egészségügyi Tanácsoknak (RET) jelentős szerepet szánnak.

- A rövidtávú tervek szerint 2007. március 31-ig 3500 aktív ágynak kell megszűnnie. Ez egy nemrég kiírt intézményi pályázati rendszerben valósulhat meg [az intézmények pályázhatnak ágyszám csökkentésre saját maguk átszervezése érdekében].
- A kórházi ápoláson belül a krónikus ellátás fejlesztésére kell törekedni, a teljes egészségügyi ellátásban pedig a kórházi ambuláns kezelések visszaszorulásával a járóbeteg-ellátás fejlesztésére. Ezt a – lakosság-közeli ellátás érdekeit szem előtt tartó – kistérségi program hivatott biztosítani.
- Az egészségügyi ellátás rendszere nem lehet tökéletes versenyen alapuló, mivel a „vevői tudatosság” hiányzik.
- Távlati cél a regionális különbségek csökkentése, a területi hozzáférés egyenlőségének megteremtése (ennek finanszírozását részben a Nemzeti fejlesztési Terv biztosítaná), valamint az otthoni ellátás fejlesztése.
- A távlati tervek az Egészséges társadalom komplex programban tükröződnek vissza. A program prioritásai:
 - 1/ Struktúraváltás
 - 2/ Versenyképesség növelése
 - 3/ Egészségkárosító tényezők csökkentése
 - 4/ Humán erőforrás fejlesztés
- Összességében törekedni kell a kuratív egészségügyi ellátás visszaszorítására (a prevenció és a rehabilitáció viszont erősítendő, mind szemléletben, mind az erőforrások hozzárendelésében). Ennek megfelelően a finanszírozási struktúra átalakulása várható.

Dr. Bokros Lajos (volt pénzügyminiszter, a Világbank volt igazgatója, a Central European University (CEU) vezérigazgatója)

Bokros professzor előadásában a pénzügyi szakember szempontjából elemezte a problémákat és a lehetséges teendőket, valamint érdekes finanszírozási elképzelést ismertetett. Előadásában a következő területeket érintette:

- A nyugdíj és az egészségügy sok hasonlóságot mutat hazánkban, mert:
 - Mindkettőt jelentősen befolyásolja a demográfia, jelenleg fokozódik a finanszírozási igényük.
 - Hosszú átfutási idejű rendszerek, bizonytalan kimenettel (amelynek egyik következménye, hogy aki nem beteg, illetve nem áll közel a nyugdíjazáshoz, az nem feltétlenül érdekelt az öngondoskodásban).
 - Nemzedékek közötti szolidaritásra (is) építenek a rendszerek.
 - A járulékok adójellegűek, a járulékok és járadékok (szolgáltatás kifizetése) időben és térben elválnak egymástól.
 - Mindkét rendszerben sok a potyautas, így a biztosítási elv nem érvényesülhet.
 - Elégtelen a hajlam az öngondoskodásra.
 - Elkülönített költségvetési alapok biztosítják a rendszerek működését, teljes körű állami garanciával, az alapok tulajdonképpen korlátlan, ingyenes hitelhez jutnak.
 - A két alap (Egészségbiztosítási és Nyugdíjbiztosítási) között tisztázatlan a funkciók felosztása és jelentős a keresztfinanszírozás.
- A két rendszer eltérései is jelentősek:

- Míg a nyugdíjrendszer be- és kimenete egyaránt pénz, addig az egészségügy inputjai közt szerepel a szaktudás és az erkölcs is, az output pedig mindenekelőtt az egészség – pénzben nehezen mérhető – helyreállítása.
- A nyugdíjrendszer gazdaságossága/fenntarthatósága jól becsülhető, az egészségügyben a szolgáltatás minőségének mérése bonyolult, így gazdaságossága is nehezen számszerűsíthető.
- A nyugdíjrendszer intézményes keretei viszonylag egyszerűek, ezzel szemben az egészségügyi rendszer „intézmények sokszínű, rétegelt halmaza”.
- Az egészségügyben fontos szerep jut a nemzedéken belüli szolidaritásnak is,
- A nyugdíjrendszer sokkal inkább áttekinthető, számonkérhető.

Kizárólag az egészségügy keretei között maradván az alábbi gondolatokat emelte ki Bokros Lajos:

- Ha a gyógyítás közszolgáltatásnak tekinthető, akkor a szolgáltatás helyén és idejében nem kell mennyiség- és minőségárányosan fizetni, vagy egyáltalán nem kell fizetni. Az ily módon állandósult túlkeresletet korlátok közé kellene szorítani. A kínálati oldal költségrobbanása érdemben korlátozhatatlan.
- Magyarországon érvényesül a piactagadó örökség: hiány és felesleg egyszerre jelentkezik, amely egyensúlytalanságot okoz; a biztosítási elv feladása miatt nincs kapcsolat a közteher-fizetés és a közjóság fogyasztása között, így államilag fenntartott kényszerszolidaritás érvényesül.
- A szolgáltatás és a finanszírozás egyensúlyának kapcsolatánál figyelembe veendő, hogy előbbi létrejöttének utóbbi előfeltétele. Ezért az egyensúly elérését célzó versenyt a finanszírozásban és a szolgáltatásban egyaránt biztosítani szükséges.
- Verseny ma is létezik az egészségügyben, csak éppen a helyes fordítottjaként: a betegek versengenek a szolgáltatásokért, a szolgáltatók pedig az állami erőforrásokért. Ennek a helyzetnek következménye, hogy a szegények rosszabb szolgáltatásokban részesülhetnek. Egészséges verseny esetében a magánbiztosító pénztárak versenyeznek a betegekért, a szolgáltatók pedig a biztosítók pénzéért. Ez a „laikus betegek” helyzetét erősíti.
- Elképzelhető tehát, hogy az egészségügy összkiadásai ne csökkenjenek, ez esetben azonban versenyhelyzet kialakításával kell elérni, hogy a szolgáltatások mennyiségileg és/vagy minőségileg javuljanak (erőforrások és szolgáltatások arányban álljanak egymással). A mai erőforráshalmazért keveset kapunk, például kérdéses az ellátások minősége.
- Ebben a rendszerben is fennmarad a társadalombiztosítás, csak uralkodó forma helyett kiegészítő szerepet kellene kapnia. A jövedelem nélküliek számára az állam vásárolhat minimális biztosítást. (Nem az USA modellről van szó, hanem többcsatornás finanszírozásról!)

A gondolatok közül külön kiemelendő a finanszírozási rendszer átalakítására adott javaslat.

- A finanszírozási rendszer optimális átalakításakor többpilléres (3 csatornás), főként biztosítási alapú rendszer alakulhat ki.
 - 1/ A minden jövedelem után (nyugdíj után is) fizetendő egészségügyi adó nyújt fedezetet a szolgáltatások nagyobb részének kisebb hányadára.
 - 2/ A 18 éven felüliek kötelező magánbiztosítása nyújtana fedezetet a szolgáltatások kisebb részének nagyobb hányadára.
 - 3/ Kiterjedt vásárlói önrész fizetési rendszere alakul ki a felesleges túlkereslet visszaszorítására – amelyet a magánbiztosítók egyébként is mindenképpen bevezetnek.

Ez egy mindenképpen figyelemre méltó elképzelés a többcsatornás – vertikális – biztosítási rendszer létrehozásának lehetőségéről. Míg a legtöbb országban – például Szlovákiában – egy „alap-ellátási csomag” létrehozása a cél, amelyet az egészségbiztosítás finanszíroz, addig az előadó ellátási csomagok meghatározásában nem gondolkodik, mivel parttalan politikai vitákat eredményez, hogy mely szolgáltatások tartozzanak a „csomagba” és kerüljenek/maradjanak TB finanszírozott szolgáltatások körében. Az „alap-csomag”, vagy a „szükséges minimum csomag” meghatározása szakmailag sem egyszerű, az elmúlt évek tapasztalatai pedig azt mutatják – ismét Szlovákia példájára hivatkozva –, hogy politikailag lehetetlen. Pontosabban, ha egy kormányzat megállapít egy bizonyos alap csomagot, akkor a következő „további 20 szolgáltatást belevesz, vagy félresöpör”.

Bokros ezzel szemben párhuzamos finanszírozást javasol, amelynek alapelvei a következők:

- Mindenki számára legyen kötelező a TB járulék és a kötelező magánbiztosítás fizetése egyaránt. Arányaiban ez jelenthetne 40% társadalom- és 60 % magánbiztosítást.
- Úgy célszerű megállapítani az arányt, hogy a szolgáltató ne legyen képes „megélni” csak a TB kifizetésekből hanem szerződést kelljen kötnie magánbiztosítóval is. Egy szükséges beavatkozást így két finanszírozó fizet egyszerre.
- Így a szolgáltató, a TB és a magánbiztosító egymást ellenőrzi.
- Mindezek mellett a biztosítási rendszer minden szereplőjét ellenőrzi a Felügyelet.

Következtetések:

- Az egészségügyi rendszer optimális átalakításakor szabad vállalkozásoknak is létre kell jönniük, szükséges ösztönözni a tulajdonosi formák versenyét.
- A gyógyító személyzet közalkalmazotti státusza szűnjön meg.
- A csőd és a felszámolás fenyegetése legyen hiteles (pl. önkormányzati csődeljáráshoz hasonlóan), e nélkül a finanszírozás egyensúlya nem kényszeríthető ki. Az ellátás folytonosságát természetesen biztosítani kell.
- Ha a hálapénz gazdasági alapjai megszűnnek, akkor gyakorisága csökken, jelentősége visszaszorul.

Dr. Csehák Judit (volt egészségügy-miniszter, a Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány kuratóriumának elnöke)

Csehák Judit előadásában nem általánosan vizsgálta az egészségügy helyzetét, a szakági reform lehetőségét, hanem az egészségügyi ellátás – jövőben lényegesen növekvő szerephez jutó – öngondoskodási részére koncentrált.

- Ha a reform csak rombolás – mint jelenleg – akkor ő nem tartja reformernek magát.
- Bármilyen változás zajlik le, tudatosítandó, hogy a lakossági szerep változik, terhei növekedni fognak.
- Az öngondoskodás jelenleg is lehetséges, részint nem egészségüghöz kötődően (gyermek szülése, vagy nemzése, mint hosszú távú befektetés, ezen kívül ingatlan, más befektetések, magán-nyugdíjpénztár), részint egészséghez kötődően (üzleti biztosítások, egészségpénztári tagság). Utóbbiak aránya azonban a megtakarításokon belül alacsony.
- Az öngondoskodást szélesíteni, az érdekeltséget erősíteni kell. Az öngondoskodást úgy definiálja, mint egészség/ápolás célú önkéntes, nem szolidáris előtakarékoság.

- A magyar egészségügyi rendszer finanszírozásában a járulékalapú rész aránya túl magas, a rendszer meglehetősen unfair. A magánfinanszírozás tulajdonképpen kizárólag „out-of-pocket” jellegű, vagyis nem kötődik közvetlenül az egészségüghöz.
- Ehhez képest ápolásbiztosítási rendszer nem alakult ki, pedig akár kötelező, akár önkéntes alapon a nyugdíjasok számára is ajánlható lenne.
- Magyarországon az egészségpénztárak a lakosság elenyésző részét érik el.
- Az egészségpénztár előnye, hogy
 - Az oda befizetett pénz nemcsak egészségügyi szolgáltatás igénybevételére használható, hanem pl. egyes sporthoz kötődő kiadásokra is.
 - Ellenőrzött, értékarányos szolgáltatást lehet kapni.
 - Biztosítja a betegút menedzselést, amely a tervezett változtatások végrehajtása esetén különösen fontossá válik.
 - Csökkenti a kiszolgáltatottságot.
- Anyagi előnyt is jelent az egészségpénztári tagság, bár ez jelenleg átlagosan csak havi 1000 Ft mértékű, viszont komoly adminisztratív pluszterhet okoz.
- Az öngondoskodásban sokak ellenérdekeltek, így mindazok, akik teljes állami ellátásra számítanak, a valódi és nem valódi minimálbéresként, mezőgazdasági őstermelőként, vagy más formában nem, vagy kevés járulékot fizetők, valamint általában azok, akik számára az öngondoskodás nyújtotta előnyök nem tűnnek elég jelentősnek (nagyon magas jövedelemmel rendelkezők, más befektetési formákat választók).
- Az öngondoskodás, az egészségpénztárak számára jelenleg kedvezőtlen a környezet, mivel
 - Gyakran változnak a szabályok.
 - Nem egyeztetett a társadalombiztosítás és a magánbiztosítások rendszere.
 - A szabályozás részeiben összehangolatlan.
- A kedvezőbb helyzet kialakításához pontosítandók az ellátási csomag, az ellátás szakmai tartalma, a finanszírozási technológiák és az eljárásrend.
- Az egészségpénztárak előnyére válna, ha
 - A vizitdíj bevezetése után a vizitdíjat pénztári kártyával is meg lehetne fizetni, (kérdésként egyébként felmerül, hogy a vizitdíj bevezetését miért nem előzte meg valamilyen előtakarékosági forma felajánlása).
 - Más készpénzfizető szolgáltatást is nyújthatna.
 - Esetleg tagi kölcsönt biztosíthatna.
 - Az egyéni számla felhasználási céljától függően (gyógyszer vagy sporteszköz) eltérő adókedvezmény lenne igénybe vehető.

A fentiek következményei:

- Alapvető, hogy az egészségpolitikának érdekeltté kell tenni az embereket az öngondoskodásban!
- Így a megtakarítások általános fejlődésével párhuzamosan az egészségügyben is végbemehetne hasonló változás.
- Hosszútávon elérhető a nemzetközi átlagszinthez közelítő 10 százalékos önkéntes arány az egészségügyi finanszírozásban.
- Az egészségügyi pénztárak fejlődéséhez feltétlenül szükséges a tartalékolás lehetőségét biztosítani. Fontos a megtakarítások diverzifikálása.

- Az egészségügy átalakítását érintő döntéseket össze kell hangolni, így a rendszer elemeinek felépítését is. Egy többpilléres rendszerben a nyugdíjrendszer 3. pillérének tapasztalatait is figyelembe kellene venni.
- Az ápolásbiztosítást fontos lenne bevezetni.

Dr. Draskovics Tibor (volt pénzügyminiszter, kormánybiztos, az Államreform Bizottság alelnöke)

Draskovics Tibor – az összes többi hozzászólónál jelentősebb mértékben – a jelenleg tervezett egészségügyet átalakító intézkedések reform jellegét igyekezett bemutatni.

- Egészségügyi reform nem lesz, hanem folyik, világos program mentén, és megvan az elhatározottság a reformintézkedések végrehajtására.
- A fennálló helyzet problémás, mert
 - A fogyasztók ingyenesnek érzékelik az ellátást.
 - A szolgáltatások idejét, helyét és módját sem a fogyasztó, sem a szolgáltató nem tudja pontosan (előre semmiképp sem).
 - A kapacitások történelmileg alakultak, az expanzió irányába mutatnak.
 - A társadalombiztosítás csak a nevében biztosítás.
- Az egészségügyi reform 4 pillér mentén zajlik le: szakmai előkészítés, kereslet, kínálat, finanszírozás.
- A szakmai előkészítés már a 2006. évi választások előtt lezajlott.
- A keresleti oldalon:
 - Cél a fogyasztói magatartás befolyásolása, ezt a vizitdíj bevezetése, egyéb hozzájárulások növelése és a betegút-szabályozás (ne a privilégiumok, anyagiak határozzák meg a hozzáférést) hivatott elérni. Ezekkel az intézkedésekkel a fogyasztó közvetlenül is érzékeli a nem-ingyenességet, melynek következtében a túlkereslet csökkenhet.
 - A potenciális betegek mellett az orvosok receptfelírási szokásainak befolyásolása is módosíthatja (csökkentheti) az egészségügyi szolgáltatások keresletét.
- A kínálati oldalon:
 - Kapacitásváltoztatásra – összességében a kapacitásfeleslegek csökkentésére, ezáltal a kínálat indukálta kereslet csökkentésére is – kell törekedni. A fizikai hozzáférést természetesen biztosítani kell.
 - A cél, hogy a rendelkezésre álló forrást (plusz pénzek bevonása jelenleg nem elképzelhető, de forráskivonást sem terveznek) kevesebb intézményben, kevesebb beavatkozásra fordítsák.
 - Tisztázni kell a jelenleg zavaros tulajdoni viszonyokat.
- A finanszírozásban alapcél, hogy a TB valóban társadalombiztosítás legyen:
 - A járulékfizetés alapján szerezhethet valaki ellátási jogot. Mivel a járulék mértéke reálisan nem növelhető, így a járulékalapot kell kiterjeszteni, hatékonyabb behajtásra van szükség. Meg kell szüntetni azt az állapotot, hogy sokaknak legálisan nem kellett eddig járulékot fizetni (pl. őstermelők, eltartott nagykorú hozzátartozók).
 - Bizonyos szolgáltatások a TB rendszerén kívülre kerülnek: pl rokkant-ügyek, így növelhető a transzparencia.

- Kisebb méretű (nagyobb számú) kasszával transzparensabb működés érhető el.
- Cél: a fogyasztói igények követése, ezért
 - az inputok helyett a szolgáltatásokra kell koncentrálni,
 - tisztázni kell, hogy a járulékért mi jár,
 - fenntartható finanszírozási rendszert kell kialakítani.
- Alapvető kérdés, hogy a kötelező biztosítási rendszer egy- vagy több biztosítós legyen. (A TB rendszert nem akarják feladni.) Több biztosítós rendszert csak akkor szabad kialakítani, ha az államnak és a betegeknek egyaránt előnyösebb az egybiztosítósnál.
- A finanszírozást az egészségügy közvetlen bevételein túl a Nemzeti Fejlesztési Terv 300 milliárd forintnyi – a jelenleginél racionálisabb elveken alapuló – juttatása is elősegíti. Utóbbinak a szolgáltatók közötti – betegekért és finanszírozásért folytatott – versenyt kell ösztönöznie.
- Az intézményrendszer átalakításának 1. lépése központi irányítási logikát követ, azonban később át kell térni a versenyre.
- A reform nyomán nő a rendszer áttekinthetősége, mivel nagyobb az anyagi felelősség és kialakul egy egészségüggyel foglalkozó felügyelet.

Dr. Molnár Lajos (Egészségügy-miniszter)

A miniszter rövid expozéjában az átalakítás mögött rejlő legfontosabb alapelveket vázolta fel.

- A reform több mint technikai intézkedések halmaza: magatartás-változás, amelyet az embereknek el kell fogadnia.
- A folyamat éveiből 2006. a rendszeralkotásé (szabályok kialakítása), 2007. a rendszertanulásé (ez lesz a legnehezebb), utána pedig cél, hogy minél több ember helyzete javuljon.
- Az államnak szigorúan alkalmazkodni kell a szabályokhoz a társadalombiztosítás és a gyógyszerfinanszírozás rendszerében egyaránt.
- A szolgáltatóknak meg kell mutatniuk, hogy „mire kevés a pénz”, hogy esetleges finanszírozási többlethez jussanak.
- Az egyes emberekben pedig tudatosítani kell, hogy a szolidaritás nemcsak igénybevételt, hanem hozzájárulást is jelent.

Dr. Jávor András (Semmelweis Egyetem Egészségügyi Informatikai Intézet igazgatója)

Jávor András a demográfia és a technológia költségnyomás okozta nehézségekre részben a többi előadótól lényegesen eltérő megoldási módot javasol.

- Az egészségügy fő problémáját a demográfiai változások jelentik. Ennek és az aktívak aránya csökkenésének a következménye a függőségi ráta növekedése.
- Paradoxon: „az egészségügy a saját sírját ássa” – jelentős a technológia fejlődésével, az innovációval a költségnyomás, amely a gyógyítás hatékonyságának növekedésével tovább erősödik.
- Mindezek következménye az idősödő népesség. Ezen túlmenően a széles rétegekben bekövetkező elszegényedés és a gazdasági problémák a morbiditás növekedéséhez, multi-morbiditás nagyobb térnyeréséhez vezetnek hazánkban.

- Így felül kell vizsgálni az egészségügy forrásteremtő mechanizmusát. Ebben szélesíteni kell az adóalapú forrásteremtési lehetőségeket.
 - Legalább részlegesen ilyen finanszírozást célszerű kialakítani, (l. Medicare az USA-ban), mindenekelőtt a fogyasztási, vagy jövedéki adók segítségével, mivel nem elegendő a munkajövedelmekre támaszkodni.
 - Vízitdíj típusú megoldások nem pótolnak eleget.
 - A fentiek alapján megkérdőjelezendő az a reformelképzelés, amely a TB-t és az önbiztosítást forszírozza.
- A társadalombiztosítás rendszere megtartandó egységes járulék és egységes – szociális háttérrel figyelembe vevő – egészségügyi hozzájárulással.
- A reform céljai sokrétűek lehetnek (pl.):
 - 1/ a szolgáltatások minőségének és a rendszer hatékonyságának növelése,
 - 2/ a szolgáltatók közti választás biztosítása, a versenyhelyzet kialakítása/erősítése,
 - 3/ a járulékcsökkentés és ezzel a versenyképesség növelése.
 - 4/ aktív szociálpolitika – az egészségügy tehercsökkentése
 - 5/ szubszidiaritás, szolidaritás, méltányosság
 - 6/ praktikus, politikailag kommunikálható megoldások
- A reform folyamatában mindenekelőtt a „legdrágább műszert” kell érzékennyé tenni – ez az egészségügy esetében az orvosi toll.
- A hatékonyság növelése több területen is elérhető:
 - Az evidence-based medicine térnyerése.
 - A teljesítményfinanszírozás újjászervezése.
 - A kistérségi egészségpolitika (kistérségi egészségtanácsokon és kistérségi egészségcentrumokon keresztüli) fejlesztése – emberközeli megoldásként, a szubszidiaritás megfelelő kezelésével, a szociális és egészségügyi ellátás szétválasztásával, a pénzügyi ösztönzők hatékony alkalmazásával az érdekeltségi rendszer javítható.
- Fontos, hogy a kasszák közötti átjárás biztosított legyen. Hiába érhető el ugyanis, hogy a társadalombiztosítás egy kasszája ne legyen deficites, a többi veszteségével együtt az eredetnél nem kisebb veszteséget okozhat a TB egészében.

Dr. Pusztai Erzsébet (volt népjóléti államtitkár, az MDF egészségügyi szakértője)

Pusztai Erzsébet a kormányzattól némileg eltérő (lényegében) egybiztosítós, vízitdíjat korlátozottan alkalmazó, az orvosok valódi tulajdonjogát biztosító rendszert mutatott be.

- Az elmúlt évek következtelen intézkedései, a szabályozási környezet instabilitást, bizonytalanságot eredményeztek az egészségügyben.
- Ennek következtében csapdahelyzet alakult ki:
 - A rendszer átalakítása pénzhiány miatt nem mehet végbe, a pénzhiány viszont kikényszeríti az átalakítást.
- Az átalakulás ugyanakkor egy folyamat, amelyben figyelembe kell venni a kölcsönhatásokat és megfelelő érdekeltségi rendszer szükséges a működőképessé tételéhez. Az érdekeltségnek ugyanakkor előfeltétele a felelős tulajdon rendszerének kialakítása, amely nélkül nincs felelős gazdálkodás.
- A jövőkép több részből tevődik össze:

- Az egészségügy nemcsak teher, hanem akár húzóágazat is lehet (l. pl. skandináv országok által kiírt gyógykezelési tenderek).
- A jelenlegi finanszírozási rendszerhez képest többletforrás szerezhető:
 - kötelező általános egészségbiztosításból, a biztosítási elv erősítése és a járulékfizetés ellenőrzése mellett (nem támogatja a több-biztosítós modellt),
 - ápolásbiztosításból (pl. a munkavállalói járulék 1 százalékpontos növelésével),
 - foglalkoztatás-egészségügyi és munkahelyi balesetbiztosításból,
 - vizitdíjből (amit azonban nem célszerű minden orvosi vizsgálatra bevezetni).
- Az ellátórendszer szerkezete függ a közlekedési infrastruktúrától is. A megfelelő, területileg kiegyenlített ellátás az orvosok, szakdolgozók költözésének támogatását is igényli.
- A szolgáltatók versenyében az orvosokat valódi tulajdonosokká kell tenni, ugyanakkor minőségi garancia, szigorú szabályozás és ellenőrzés kell, hogy védje a betegek érdekeit (is). A TB-be való befogadás garantálja a minőséget, a háziorvosoknál nem gyógyszerkeretben, hanem ellátási keretben lehet gondolkodni.
- A célok elérésében a döntéshozók felelőssége, hogy létrejöjjön egy alapkonszenzus, ne csak rövidtávú, megtakarítási célú intézkedések szülessenek, és tegyék alkalmassá a közigazgatást az átalakított rendszer működtetésére.

Dr. Gógl Árpád (volt egészségügy-miniszter, a Fidesz-Magyar Polgári Párt egyik egészségügyi szakértője)

Gógl Árpád az egyes betegek egészségügyi rendszerbe kerülési pontjának ármeghatározó szerepét hangsúlyozta.

- A politika felelőssége, hogy a költségvetés adóbevételeit milyen módon osztja fel (az egészségügy mellett egyebek közt részesülhet ilyen forrásból az oktatás, vagy a környezetvédelem).
- A beteg első orvoshoz fordulását kell megfelelően szabályozni: háziorvos, védőnő, vagy szociális védőnő egyaránt lehet az elsődleges szolgáltató.
- Sürgősségi ellátás rendszerét megfelelő eléréssel mindenki számára lehetővé kell tenni.
- Területi alapú ellátási rendszert kell kialakítani megfelelő állami garanciákkal, megfelelő gyógyszerügyi hálózattal.
- A központi pénzeszközök elosztásához megfelelő központosításuk is szükséges, így a nyugdíjasok járulékfizetését is be kell vezetni.

Dr. Repa Imre (Kaposi Mór Oktató Kórház főigazgatója, az Egészségügyi Reform Bizottság tagja)

Repa Imre az előadók közül egyedülként mutatta be egy – aktuálisan is – egészségügyi intézményben dolgozó szemszögéből a jelenlegi és az intézkedések nyomán várható helyzetet.

- Az egészségügy problémái sokrétűek (de mindenekelőtt a szabályokkal és a betegekkel vannak):
 - A jogi környezet ellentmondásos.
 - Vagyongazdálkodás nehézkes, mivel a kórház és berendezései általában önkormányzati törzsvagyont képeznek.

- Reformok jó lenne, ha lennének, jelenleg azonban nincsenek. Csupán a fűnyíróelv működik, ami viszont könnyen csődhez, vagy az összeomlás egyéb módjaihoz vezethet.
- A jelenlegi helyzetben versenyfeltételek közt működnek az egészségügyi szolgáltatók egy közszférához tartozó rendszerben, rendezetlen tulajdonviszonyok között.
- Az ellátást a finanszírozás határozza meg, nem fordítva.
- Léteznek bizonyos kitörési pontok:
 - Paradigmaváltás szükséges az ellátásszervezésben.
 - Az ellátó intézmények számát csökkenteni kell (mert a rendelkezésre álló finanszírozás ennyi intézményre nem elegendő).
 - Szigorú ellenőrzés mellett biztosítási alapú biztosítókat kell működtetni.

Készítette:

Halász György Imre (Pénzügykutató Zrt.)

Brandtmüller Ágnes (Budapesti Corvinus Egyetem, Közszolgálati Tanszék, Egészség-gazdaságtani és Technológiaelemzési Munkacsoport)

Gulácsi László (Budapesti Corvinus Egyetem, Közszolgálati Tanszék, Egészség-gazdaságtani és Technológiaelemzési Munkacsoport)