

POLGÁRI SZEMLE

Egészségbiztosítási reform és az alkotmányosság

Prugberger Tamás

MEGJELENT: 2007. NOVEMBER – 3. ÉVFOLYAM, 11. SZÁM

PROF. DR. PRUGBERGER TAMÁS, az állam- és jogtudományok doktora, a Professzorok Batthyány Körének tagja. (sebestyen0120@enternet.hu)

Az SZDSZ az általa a holland rendszer mintájára megvalósítani szándékozó egészségbiztosítási reformot már részben végrehajtatta az MSZP-t képviselő pártelnök-kormányfővel és egészségügyi tanácsadóival, akik szintén inkább liberális, semmint szociális beállítottságúak. A kormányfő és a kisebbik koalíciós párt által elképzelt társadalombiztosítási reform egyik részét, a kórházi kezeléshez kötött egészségügyi szolgáltatásokat megadó kórházreformot a kórháztvény módosításával még a nyár folyamán a társadalom és az egészségügyi szakma, valamint érdekvédelmi szerveik megkérdése nélkül oldották meg. Ma már egyértelművé vált, hogy rosszul. Azzal, hogy kórházakat zártak be, vagy a korábbi gyógyító jellegét elvonva, elfekvő intézményekké alakították át, ahelyett, hogy gyógyító intézmények változatlan fenntartása mellett csak a felesleges ágykapacitást vonták volna el, a kórházbezárások nyomán új körzetbeosztás okán a betegek túlnyomó többségét messziről kell a körzetének megfelelő kórházba szállítani. Az ezzel járó hosszabb szállítási idő a beteg állapotának rosszabbra fordulását eredményezheti, sőt életét is veszélyeztetheti. Részben a kórházak és a kórházi ágyak csökkentése, és az egészségügyi személyzet radikális leépítése miatt nemcsak a késedelmes kórházba kerülés veszélyeztetheti a beteg életét és egészségét, hanem a műtéti várólisták idejének tetemes meghosszabbodása is. Mindez egyértelműen sérti az Alkotmány 70/D §-ába foglalt egészséghez való jogot.

Ugyanez a helyzet a szűkebb értelemben vett egészségbiztosítás terén is. Azzal, hogy a szolidaritás elvén nyugvó állami egészségbiztosítást holland és szlovák mintára profitorientált egészségbiztosítássá akarja a kormány az SZDSZ nyomására átalakítani, ugyancsak durván sérül a szövegében már gyökeresen módosított, valamint az EU-konform Magyar Alkotmány előbb már hivatkozott szakasza. Nézzük, mi történt Hollandiában! Hollandiában azzal, hogy 2006-ban megszüntették a szolidaritás elvén alapuló kétpilléres államilag szervezett, de az állam és a munkáltatói és a munkavállalói, valamint a biztosított oldal részvételével önkormányzati alapon működött egészségbiztosítást, átadva azt a nyereségorientált magánbiztosítóknak, a korábbi 30 euró összegű havi biztosítási járulék 100 euróra emelkedett. Korábban a 30 euró járulék fizetése a munkáltató és a biztosított munkavállaló között feles arányban oszlott meg. Most a munkáltató a járulékfizetésben nem vesz részt. Ezért a munkavállaló és a vállalkozó egyaránt 100 euró hozzájárulást fizet. Az új rendszerben a biztosítótársaságok betegségi/szülési segélyt, azaz táppénzt nem fizetnek. Ezt a munkáltatók kénytelenek fizetni maximum 2 éven át, ami az átlagkereset 70%-a. A táppénz kifizetése alól a munkáltató csak akkor mentesül, ha erre biztosítási szerződést köt. A magánbiztosító-társaságok így egy rókáról két bőrt húznak le. A rendszer bevezetése után a biztosítótársaságok közölték, hogy a felemelt járulékfizetés ellenére sem rentábilis a megbiztosítás a számukra. Ezért állami hozzájárulást is igényeltek. Ugyanakkor a járulékösszegek több mint háromszorosára történt emelése miatt mintegy háromszázezren maradtak ki a biztosításból. Ezért az állam rászorultság igazolása ellenében átvállalja a részükre a járulékfizetés egy részét. Az állam tehát duplán terhelődik. Hollandiában sem az állam versenyez a biztosítottakért. Csak az egészségeseket fogadja szívesen, míg az egészségileg instabilakat igyekszik távol tartani magától. Sőt, az öregeket és a krónikus betegeket egy nagyobb összeg kifizetésével, ún. „arany kézfogással” veszik rá biztosításuk megszüntetésére. Ugyanezt teszik a szlovák magánbiztosítók is. Nem véletlen, hogy az új szlovák kormány a régi, szolidaritási alapon álló biztosítás visszaállítására törekszik.

Az egészségbiztosítás tervbe vett magyar reformja csak annyiban különbözik ettől, hogy a felállítandó biztosítótársaságokban 51% lesz az állami tulajdon, és 49% a magán. Ez azonban csak porhintés, mivel a tulajdonosi arány ellenére az irányítási jogosítványok a magántulajdonosi szférába csúsznak át. A helyzet így ugyanaz, mint Hollandiában vagy Szlovákiában. Sőt, a kormány titkos tárgyalásokat folytatott már a magánbiztosító-társaságokkal, amelyről a kiszivárgott hírek szerint „megdöbbenően” magas követelésekkel álltak elő a kormányváltási esélyre is működésbiztonsági igényen felül. Ezzel a reformmal nálunk is megszűnne a szolidaritási alapú egészségbiztosítás, és a hollandhoz és a szlovákiaihoz hasonló antiszociális vonások jelennének meg. Mindez szintén sérti az Alkotmány 70/D §-át. Ezért, ha ebből törvény lenne, az egészségügy átszervezésével kapcsolatos előírásokkal együtt Alkotmánybíróság elé szükséges vinni.

...az irányítási jogosítványok a magántulajdonosi szférába csúsznak át.

Kétségtelen, meg kell reformálni a magyar egészségbiztosítást. Ezt viszont a többségi, nyugat-európai modell szerint kellene megvalósítani. De milyen is ez a nyugat-európai kötelező egészségbiztosítási modell? A szolidaritás elvén, egy kötelező alap- és egy kötelező egészségbiztosításon nyugszik. A kötelező alapszolgáltatás felosztó-kirovó jellegű, míg a kiegészítő biztosítás részben tőkefedezeti jellegű. E két pilléren nyugvó, közjoginak minősülő kötelező egészségbiztosításnak két típusa ismeretes, amit az alapszolgáltatás jellegéről neveztek el. Ennek figyelembevételével az egyik a népi, illetve lakossági egészségbiztosítás, ami a skandináv államok és Svájc sajátja, míg a másik az ún. jövedelemforrás szerinti egészségbiztosítás. Az elsőnél az alapszolgáltatási járulékot a jövedelemmel, azaz keresettel rendelkező személy a jövedelemadójaival együtt fizeti be a lakóhelye szerint illetékes település polgármesteri hivatalának pénzügyi osztályán, amely a nyugdíjjáradékkal együtt az egészségbiztosítási járulékot abból levonva, átutalja a hivatal szociális osztályának. A szociális osztály az alapnyugdíj-járadékot a központi nyugdíjpénztárnak, míg az egészségbiztosítási járulékot a központi egészségbiztosítási pénztárhoz utalja át. Amikor a biztosítási esemény, jelen esetben a betegség vagy a szülés bekövetkezik, a polgármesteri hivatal szociális osztálya a központi pénztártól kéri le a táppénz, az orvosi és a gyógykezelés, valamint a gyógyszer és a gyógyászati eszközök költségeit. A kötelező kiegészítő biztosítás ennél a rendszernél az üzemi egészségbiztosítás. Itt a kiegészítő járulékot a jövedelemforrás szerinti üzemi biztosítónál kell befizetni, amely az összeget továbbutalja a központi egészségbiztosítási pénztárba, a biztosítási esemény beálltakor pedig a táppénz és a gyógyítás költségeinek a kiegészítését a biztosított javára innen hívja le. Ennél a rendszernél az alapszolgáltatás esetében a tb-kormányzat alapszolgáltatási szinten a települési önkormányzattal esik egybe, míg az üzemi biztosításnál a munkáltatói szövetség és a szakszervezeti szövetség, valamint a biztosítottak paritásos képviselőjében realizálódik az önkormányzat.

Némileg hasonlít ehhez, de különbözik is tőle az angol és a francia modell. Az angol modellnél a munkavállalók és a szabadfoglalkozásúak kötelező alapszolgáltatását állami intézményként a „Department of Health and Social Security” helyi kirendeltségei végzik. Erre jön kiegészítő biztosításként a munkavállalók esetében az üzemi, míg az állami alkalmazottak esetében az állami biztosítás. Az üzemi biztosításból egy ún. „contracting out”-tal át lehet lépni ráfizetéssel a nagyobb kiegészítő szolgáltatásokat biztosító államiba. Franciaországban az egészségbiztosítási járulékok begyűjtéséről és a szolgáltatások teljesítéséről a lakossági egészségbiztosítási primérekasszák gondoskodnak. A primérekasszákat a Nemzeti Egészségbiztosítási Pénztár fogja össze. Mind a primérekasszák, mind a Nemzeti Egészségbiztosítási Kassza esetében olyan saját önkormányzattal működő közjogi testületi szervezeti felépítésről van szó, ahol valamennyi pénztár felügyelő tanácsában választás útján 2/3 arányban a biztosítottak, 1/3 arányban a munkáltatói szövetségek kapnak képviselőt az állami képviselő mellett. Franciaországban a kiegészítő üzemi biztosítás tudomásom szerint fakultatív módon létezik, de nem elterjedt forma.

A magyar egészségbiztosításhoz közelebb áll a nyugat-európai biztosítás másik, jövedelemforrás szerinti formája, ahol az alapszolgáltatás egyértelműen a jövedelemforráshoz, vagyis a munkahelyhez, az önálló cégtulajdonosnál is ahhoz a munkahelyhez, üzemhez van telepítve, amelynek ő a tulajdonosa vagy birtokosa. Ő is a saját járulékát a munkavállalóinak a járulékaival együtt az üzemi biztosításon keresztül fizeti be. Nagyobb üzemek esetében maga az üzem a járulékbegyűjtő és a szolgáltatásrendező-kifizető hely is egyben. Kisebb üzemek esetében központi üzemi járulékbegyűjtő és -kifizető helyek működnek a magyarországi

rendszerhez hasonlóan. Az egészségbiztosítás azonban következetesen két pilléren, egy kötelező alap-, és egy kötelező kiegészítő egészségbiztosításon nyugszik. Az üzemi pénztárak mellett azonban választani lehet mind az alap-, mind a kiegészítő biztosítás tekintetében az üzemi biztosítási pénztárak helyett a szakmai pénztárakat, valamint a területi pénztárakat, amelyek külön-külön pénztárszövetségeket hoznak létre, amelyek Olaszországban az „Institute Nazionale delle Providenza Sociale”-ba futnak össze, míg Németországban és Ausztriában a Tartományi és a Szövetségi Betegbiztosítási Pénztárba, a Szövetségi Betegbiztosítási Pénztár pedig a Szövetségi Nyugdíjpénztárral együtt alkotja a „Bundes Anstalt für Arbeit”-et, amely a szolidaritás elvén nyugvó állami, de önkormányzat mellett működő kötelező alap- és kiegészítő társadalombiztosítást átfogja.

A kötelező alapbiztosításnál, a természetbeni és a dologi szolgáltatásoknál, mind a két rendszer esetében kogens szabályok írják elő a szolgáltatások és a tb által térítendő költségek mértékét, ideértve a csak saját jogon járó táppénz (betegségi és szülési segély) összegét is. Itt szükséges megjegyezni, hogy valamennyi nyugat-európai államban hozzátartozói jogon, a nem dolgozó feleség is a férj biztosítása alapján, a táppénz kivételével minden szolgáltatásban részesül a férjjel közös háztartásban élő kiskorú gyerekekkel együtt. A kiegészítő biztosítás terén azonban a kogencia csak relatív módon érvényesül, mivel mód van arra, hogy az önkormányzatban képvisellel rendelkező szociális partnerek kollektív megállapodással hosszabb távra rendezzék a jogszabályban megállapított keretek között a szolgáltatások és a térítések mértékét. Ezt a szociális partnerek az előző időszak kifizetéseinek figyelembevételével, biztosítási matematikus közreműködésével valósítják meg.

Az itt bemutatott egészségbiztosítási rendszereket követő nyugat-európai államokban is felmerült a megreformálás gondolata. Németország a Hartz-reform keretében egész komolyan foglalkozott a holland biztosítási reformhoz hasonló bevezetésével. Mivel azonban ez 100 euróval emelte volna a biztosítottak hozzájárulási terheit, elvetették ezt az elképzelést és inkább a járulékok mérsékelt emelése és a szolgáltatások némi kurtítása mellett foglaltak állást. Ez elsősorban a térítésmentes gyógyszerek és a térítéses gyógyszerek, valamint gyógyászati segédeszközök árhozzájárulásainak csökkentésében jelent meg. Egyúttal a Hartz-reform során Németországban is bevezetésre került a vizitdíj, amit azonban csak egyszer kell évenként megfizetni az első vizit során és ami nem haladhatja meg a 10 eurót. Magyarországon ezzel szemben minden egészségügyi vizitnél, sőt telefonon történő tanácsadás, illetve felvilágosításkérés során is leszámolják a 300 Ft összegű vizitdíjat.

Mindezek figyelembevételével azon az állásponton vagyok, hogy mind Magyarországon, mind a többi közép-keleti és balkáni posztszocialista államokban az itt leírt nyugat-európai modellek valamelyikét követve két pilléres megoldással kellene megvalósítani az egészségbiztosítás reformját oly módon, hogy annak közjogi-állami és szolidaritási jellege megmaradjon. A holland biztosítási reformhoz hasonló kialakított Szlovákia most próbál a tisztán nyereségorjontált biztosítási rendszerről visszaállni a szolidaritási alapú állami egészségbiztosításra, miután kiderült az előbbinek antiszociális, és a hollandiaihoz hasonló közmegelegedést egyáltalán nem élvező jellege. Nálunk Magyarországon, de azt hiszem, e régió többi országában is az egy pilléren nyugvó egészségbiztosítást egy kötelező alappal és egy ugyancsak kiegészítő jellegű kétpilléressé lenne célszerű átalakítani. Ezt a két pilléren nyugvó állami-köztisztületi egészségbiztosítást a köztisztületi szolidaritásos intézményi keretek több-biztosítós rendszerben is ki lehet alakítani úgy, hogy az egyik csatorna az Országos Egészségbiztosítási Pénztár alá tartozó területi pénztárak hálózata, míg a másik az üzemi biztosító pénztárak hálózata, a harmadik pedig a szakmai-kamarai egészségpénztárak hálózata lenne. Az üzemi egészségbiztosítási pénztárakat az üzemi egészségbiztosítási pénztárszövetség, míg a szakmai pénztárakat a szakmai pénztárszövetség fogná át. E szövetségek kezelnék egyúttal a hozzájuk tartozó pénztárak tartalékalapját, és ha valamelyik pénztár feloszlana, a szövetség feladata lenne a feloszlott pénztár tagjait az összegyűjtött tőkékkel együtt egy másik pénztárba áthelyezni. Valamennyi pénztártípus e rendszerben az országos (nemzeti) egészségbiztosítási tanácsba tagozódna be. Az Országos Egészségbiztosítási Tanács pedig az ugyancsak így felépülő Országos Nyugdíjbiztosítási Tanáccsal együtt alkotná az Országos Társadalombiztosítási Szövetséget. Mindegyik pénztár vezetését a maga szintjén önkormányzati alapon pénztár tanács irányítaná mérsékelt (!) tiszteletdíj mellett, amely önkormányzatot a megfelelő szintű pénztárának taggyűlése választaná meg. A pénztárak önkormányzatában egyenlő arányú képviselést kellene adni a biztosítottaknak, a biztosítottak egy részét képviselő szakszervezeti szövetségeknek (munkavállalói oldal), míg a másik részét képviselő

munkáltatói/vállalkozói szövetségeknek. Ily módon az egészségbiztosítási hozzájárulás felhasználását az érintettek követni és ellenőrizni tudnák, nem úgy, mint most Magyarországon, ahol az 1993-an megalakított társadalom biztosítási önkormányzati rendszernek 1998-ban történt felszámolását követően az adóhivatal szedi be mind az egészségbiztosítási, mind a nyugdíjbiztosítási hozzájárulást, amely az egészségbiztosítási járulékrészt az OEP-nek utalja át. Magyarország számára egy ilyen rendszer kiépítésével tudnám elképzelni a reform kiinduló alapját, ahol az első pillér felosztó- kirovó szerkezetébe fokozatosan be lehetne vinni a tőkefedezeti alapot, míg a második pillérnél egyértelműen, de ugyancsak fokozatosan a tőkefedezeti oldalt kellene erősíteni úgy, hogy az idővel túlsúlyba kerüljön. Az első pillér esetében mind a járulékok összegének kogens rendelkezésekkel történő mérsékelt emelését, mind a szolgáltatások némi kurtítását el tudom képzelni oly módon, ahogy ezt a fejlett nyugat-európai államok is megteszik. A vizitdíjat – amelyet most Németország mellett Franciaország is be akar vezetni – el tudom fogadni, ha az egyévi 1000, legfeljebb 2000 Ft összegű keretet vagy annak megfelelő eurót nem lépne túl. Ugyancsak el tudom fogadni a csak a háztartásban tevékenykedő feleség (házastárs) saját jogú biztosításra szorítását, viszont csak akkor, ha kiskorú gyermeket nem nevel. Ha igen, akkor továbbra is jogosulttá kellene tenni a hozzátartozó jogon történő egészségbiztosításra. Visszatérve a kétpillérűsége, a második pillérnél a horizontálisan tagolódnak módon kialakítani javasolt pénztártípusok vertikálisan is tagolódnának oly módon, hogy az Országos Egészségbiztosítási Tanácsban állapotodnának bizonyos időközönként arról, hogy a kiegészítő biztosításban mennyi legyen a következő időszakra a járulék mértéke, és miként alakuljanak a szolgáltatások az egészségbiztosítási törvényben megengedett keretek között.

...Magyarországon is megölné a szolidaritási elvet.

Nem árt reflektálni arra a kérdésre sem, hogy Magyarországon a reformmal szembeni nagyfokú társadalmi ellenállás miatt a kormány egy olyan kompromisszumos megoldást talált ki Kornai János koncepciójának részbeni átvételével, hogy a megvalósítani szándékolt egészségbiztosítási reformban a kialakítandó egészségbiztosító intézetekben a csatlakozó nyereségorientált magánbiztosító intézetek csak 49%-os tulajdonosi érdekeltséggel vehetnének részt, míg az állam tulajdonosi részesedése 51% lenne. Ez mind szép. Azonban a problémát az adja, hogy a kormány meg kívánja szüntetni az OEP-et. Így valamennyi nyugdíjpénztár igazgatása az abba belépő magánbiztosító-intézetek hatáskörébe kerülne, ami a holland és a szlovák rendszerhez hasonlóan nálunk Magyarországon is megölné a szolidaritási elvet. Hiába ígéri a kormány, hogy jogszabályilag rögzítené mind a járulékfizetés, mind a szolgáltatások mértékét, a járulékösszegek emelését és a szolgáltatások csökkentését a biztosítóintézetek törvénymódosításokkal kikövetelnék. Ezt legfeljebb csak kétharmados törvénnyel lehetne megátolni.