

EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI REFORM ÉS ALKOTMÁNYOSSÁG*

PRUGBERGER TAMÁS**

1. Alkotmányelméleti megalapozás

A magyar Alkotmány 1. §-a értelmében az ország – ellentétben a német Alaptörvénnyel (Grundgesetz) – nem szociális jogállam, hanem csak jogállam. Ez a jogállamiság is azonban a jelenlegi szociál-liberális kormány politikája folytán igen sérülékeny. Ez kihat az egészségbiztosítás megreformálásának a tervére, amely az egészségbiztosításnak a jelenlegi szolidaritáson nyugvó közjogi rendszerét jelentős részben privát biztosítási rendszerre kívánja átformálni. A kormány mindezt a lehető leggyorsabban, a szakmai és az érdekvédelmi szervezetekkel lefolytatandó tárgyalások és álláspontjuk megkérdése nélkül, csupán politikai háttéralkuk alapján erőltette keresztül a Parlamentben, annak ellenére, hogy a társadalom széles rétegeit képviselő civil szervezetek a Magyar Tudományos Akadémia elnökével együtt a reform e formájával szemben foglaltak állást. Ezen kívül az MSZP orientáltságú képviselők jelentős része sem áll ki egyértelműen az SZDSZ által erőltetett egészségbiztosítási privatizáció mellett és tapasztalni lehetett, hogy csak a szigorú összezárást megkövetelő szigorú frakciófegyelem miatt, belső meggyőződésük ellenére szavaztak a törvény elfogadása mellett. A kisebbik kormánypárt éppen azért, hogy a nagyobbik kormánypárt ingadozó képviselőinek, valamint az ellenzéknek az ellenállását letörje, erőteljes agresszivitással és gyorsasággal, minden hatástanulmány és előzetes szociológiai vizsgálat, valamint az érdekvédelmi és a civil szervezeteikkel való egyeztetés nélkül igényelte reformelképzeléseinek a parlamenti szavazógépezeten történő keresztül erőltetését. Mivel ezáltal a kormány a jogalkotásról szóló törvényt teljesen figyelmen kívül hagyva terjesztette a tervezetét a képviselők elé, egyértelműen megsértette közvetett módon az ország jogállami jellegét. Ezen túlmenően is azonban az a tény, hogy az Alkotmány 70/D. §-a külön kiemeli,

* A tanulmány a 046436. sz. OTKA pályázat támogatásával készült.

** DR. PRUGBERGER TAMÁS

professor emeritus

Miskolci Egyetem ÁJK, Munkajogi és Agrárjogi Tanszék

3515 Miskolc-Egyetemváros

hogy mindenkit, aki Magyarországon él, megillet a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog. Az egészséghez való jog ennél fogva a magyar jogállamiság része. Ugyanakkor ez szociális tényező is egyben. Ebben az összefüggésben mondja ki az Alkotmány 70/E. §-a, hogy „a Magyar Köztársaság állampolgárainak joguk van a szociális biztonsághoz;betegségesetén a megélhetésükhöz szükséges ellátásra jogosultak.” Mindez alkotmányjogilag azt jelenti, hogy míg a német „Grundgesetzben” a szociális jogállamiság mindkét eleme általánosságban szavatolt, addig a magyar Alkotmányban direkt módon és formálisan csak a jogállamiság, míg a szociális államiság csak részben, az egészség, és a 70/E. §-ban tételesen felsorolt többi területen, de az itt felsorolt területek annyira általánosak, hogy átfogják az egész szociális szférát. Ezáltal a magyar Alkotmány is a német Grundgesetze-hez hasonlóan nemcsak a jogállamiságot deklarálja, hanem indirekt módon a szociális államiságot is. Ebből az is következik, hogyha az egészségbiztosítás reformja ellentétbe kerül a jogállamiságnak ezzel a koncepciójával, vagyis ha nem biztosítja az egészséghez való jogot tevőleges jelleggel, megsérti az Alkotmányt, amit végső soron az Alkotmánybíróságnak kell orvosolnia.

2. Az egészségügyi ellátás szervezeti átalakításának alkotmányossági problémája

Az SZDSZ az általa a holland rendszer mintájára megvalósítani szándékozó egészségbiztosítási reformot két etapban hajtatta végre az MSZP-t képviselő pártelnök-kormányfővel és egészségügyi tanácsadójával, 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 kórház törvény 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 legmagasabb szintű egészséghez való jogot. Ezen kívül az a tény, hogy a kormány a kórházreform során bevezette a volumenkorlátot, Pesti Imre, a FIDESZ egészségügyi szakértője a Torkos Matild által vele készített és a Magyar Hírlap 2008. február 26-i számában leközölt terjedelmes interjúban kimutatta, hogy az orvosoknak kötelességük a volumen korlátot meghaladóan is a sürgősségi ellátásokat elvégezni, amiért már nem kapnak az államtól díjazást. Ez a helyzet teljesen ellentétes a Munka Törvénykönyvének 141. §-ával, mivel az kifejezetten kimondja, hogy „a munkavállalónak munkaviszonya alapján munkabér jár, az ettől eltérő megállapodás érvénytelen”. Az elvégzett munkáért járó díjazás tehát munkavállalói alapjog, amely az Alkotmány 70/B §-ának (2)-ik és (3)-ik bekezdésén alapul. E két bekezdés ugyanis kimondja, hogy „az egyenlő munkáért mindenkinek, bármilyen megkülönböztetés nélkül, egyenlő bérhez van joga”, valamint „olyan jövedelemhez, amely megfelel végzett munkája mennyiségének és minőségének”. Az alkotmányba ütközés tehát e vonatkozásban kétséget kizáróan fenn áll.

Ennek ellenére az Egészségügyi Törvénynek ezzel a módosításával szemben az Alkotmánybírósághoz sem az ellenzéki pártok, sem a civil szervezetek nem fordultak, a módosítást pedig a köztársasági elnök aláírta, mivel álláspontja szerint a módosításban kifejezetten alkotmánysértő rendelkezést nem talált. Az egészségügynek ezt az átalakítását a magyar társadalom is bizonyos passzivitással vette tudomásul. Tulajdonképpen ennek a passzivitásnak volt köszönhető, hogy a második Gyurcsány-kormány egészségügyi miniszterei, Molnár Lajos és Horváth Ágnes gyors tempóval végre tudták hajtani a szakmai ellenállás ellenére az egészségügy szervezetének a teljes privatizálás irányában elindított átalakítását. Erre azért nyílt meg a lehetőség, mert az első Gyurcsány-kormány időszakában az ellenzék és a civil szervezeti szféra kezdeményezésére 2006 novemberében a kórház-privatizáció kérdésében is megtartott népszavazáson bár a privatizációt ellenzők szavazata volt többségben, de a népszavazásról szóló törvényben előírt szavazatszám nem jött össze.

Ezzel szemben az egészségbiztosítási reform második etapját jelentő egészségbiztosítási pénztár-reform, amely az egészségbiztosítás magánkézbe adását célozta meg, már komoly társadalmi ellenállásba ütközött. Ennek hatására a köztársasági elnök, Sólyom László a 2007. december 17-én a kormánypárti képviselők többségével a magán-egészségbiztosító pénztárakról megszavaztatott törvényt a köztársasági elnök lényegében a társadalomnak e törvénnyel szembeni nagyfokú ellenérzése miatt nem volthajlandó aláírni és megfontolásra visszaküldte a Parlamentnek, amely a 2008. február 4-ével elkezdődött tavaszi ülészakának az első napján tartalmi változtatás nélkül megszavazta a magán-egészségbiztosításról szóló immár hatályossá vált 2008. évi I. törvényt. E

törvénnyel szemben a Kereszténydemokrata Párt, az Összefogás a Magyar Egészségügyért Párt, valamint a Magyar Orvosi Kamara alkotmányossági panaszt nyújtott be az Alkotmánybírósághoz, mely alkotmányossági panaszok jelenleg még elbírálva nincsenek. Szinte ezzel párhuzamosan március 9-én lezajlott az a népszavazás, amelyet a FIDESZ kezdeményezett többek között a vizitdíj és a kórházi napi díj eltörléséről. A szavazásra jogosultak feltűnően nagyszámú részvételével megtartott népszavazás eredménye hozzávetőlegesen mintegy 85%-os aránnyal a vizitdíj és a kórházi napi díj eltörlése lett. Március végén – lényegében a népszavazás hatására Gyurcsány Ferenc április 1-i hatállyal menesztette Horváth Ágnes egészségügyi minisztert és az egészségbiztosítási pénztárakról szóló 2008:I. tv-t a szocialisták többségének egyetértésével oly módon kívánja módosítani, hogy a megalakítandó pénztárak teljes mértékben állami tulajdont képeznének. A miniszterleváltás és a törvénymódosítási szándék bejelentése koalíciós válságot robbantott ki, mivel az SZDSZ ragaszkodik egészségügyi miniszteréhez és az egészségbiztosítás reform eredeti végrehajtásához. Úgy tűnik ezért, hogy a szocialisták ezután továbbra is Gyurcsány Ferenc miniszterelnökségével kisebbségben fognak kormányozni, de várhatóan az SZDSZ külső támogatásával. Ugyanakkor április április első hetében az OECD országok szervezete olyan nyilatkozatot tett közzé, miszerint Magyarországnak folytatni kell a már elkezdett reformokat. Nyilván ez bátorította fel Horváth Ágnest arra, hogy a magán-egészségbiztosító társaságok cégbejegyzését előkészítse és velük a működés megkezdésére előszerződéseket kössön. Tette és teszi ezt annak ellenére, hogy a miniszterelnök „megkérte” hogy hivatalának április 31-ig tartó hátralevő idejében ne tegyen jogi következményekkel járó intézkedéseket. Horváth Ágnes azonban a még mindig hatályban lévő magánbiztosítási törvény alapján feljogosítva érzi magát erre. Részben emiatt és részben amiatt, hogy a törvény visszavonása iránt a kormányfő és pártja még nem intézkedett, az Albert-házaspár által kezdeményezett népszavazást a mintegy milliós támogatói aláírással a Nagycsaládosok Szövetsége és a LIGA-Szakszervezeti Szövetség benyújtotta az Országos Választási Bizottsághoz. Minthogy a törvény még mindig hatályban van és mivel a kormányfő és pártja – úgy tűnik – még mindig taktikázik, sőt, valószínű, hogy a volt koalíciós pártok valamelyikének a biztatására emelt kifogást két magánszemély a népszavazás kiírásával szemben nyilván a késleltetés érdekében, és mivel még alkotmánybírósági döntés nincsen a magán-egészségbiztosítási törvény alkotmányszerűségének vizsgálata nem vált időszerűtlenné.

Még itt, érdemes szólni arról, hogy a vizitdíj és a kórházi napi díj bevezetése nem a jelenlegi kormány találmánya volt. Az teljesen német mintára került bevezetésre, mivel az állam megvonta a családi orvosok és a kórházak a

betegek után járt költségvetési finanszírozást, amely kiesést így kívánt pótolni. Németországban az egy negyedévre szóló vizitdíj maximális összege 30 €, amelyből a tárgynegyedév első vizsgálata során 10 €-t kell befizetni. A további két vizit után azonban az adott negyed évben már minden újabb vizsgálat ingyenes. A kórházi napi díj ugyancsak 10 €, ami azonban évi viszonylatban a 100 €-t nem haladhatja meg. Ilyen felső korlát Magyarországon is volt. Azonban összehasonlítva a német kereseteket és jövedelmeket az átlagos hazai magyar jövedelmekkel és keresetekkel, azok a magyar betegek számára sokkal nagyobb megterhelést jelentettek. Ezen kívül a német „Hartz-reform” nem nyúlt hozzá az egészségügy szervezetéhez, amit viszont a magyar neoliberalis egészségügyi szaktárca-irányítás amerikai hatásra könnyörtelenül megtett. A magán-egészségbiztosításnak Magyarországon bevezetni tervezett rendszere végső soron az amerikai magán-egészségbiztosításban gyökerezik, amelyet Nyugat-európában kötelező biztosításként szelídebb formában Hollandia és annak hatására Közép-európában Szlovákia vezetett be. Közvetlen modellként a Gyurcsány-kormány számára ez a két utóbbi jelentkezett. Mielőtt a tervbe vett magyar megoldás alkotmányosságának vizsgálatába bocsátkoznánk, érdemes e három előzményt is kritikai élel bemutatni, mivel azok gyakorlatából leszűrhetők olyan következtetések, amelyek a tervbe vett magyar megoldásban is megvalósultak volna.

3. Kitekintés az USA egészségbiztosítási rendszerére és a holland, valamint a szlovák egészségbiztosítási reformra

A Magyarországon 2007 decemberében és 2008 januárjában a budapesti Uránia Moziban vetített Sicco című amerikai dokumentumfilm és Boros G. Lászlóval, a Kaliforniai Egyetem professzorával a Hír TV által készített és 2008. április 8-án a „Magyar Beteg” műsoradásában közzétett műsoradása hiteles képet ad az USA egészségbiztosítási rendszeréről. Mindenkire vonatkozó ingyenes alapellátás csak az alapvető életfunkciók fenntartására terjed ki. Ebbe már kivizsgálás, diagnosztika felállítás, valamint kezelés nem tartozik. Ez utóbbi orvosi beavatkozásokra csak az tarthat igényt, akinek magán-egészségbiztosítása van. Azoknak is azonban, akik magán-egészségbiztosítással rendelkeznek, a kezelés megkezdése előtt a saját biztosítójukkal a kezelés megkezdését engedélyeztetni kell. A biztosítótársaság ugyanis jogosult megtagadni a szükséges akkor, ha azt úgy látja, hogy az túlzottan költséges, és nem látszik arányban a várható eredménnyel. Ennek megállapítása érdekében a biztosító társaságok szakorvosok garmadát foglalkoztatják, akiknek hivatali előmenetele attól függ, hogy mennyi költséget takarítanak meg. A Sicco c. filmben az egyik orvosszakértő úgy nyilatkozott, hogy ő több szükséges kezelés elutasítására tett javaslatot az öt

foglalkoztató biztosító társaságnak, ami előmenetelét elősegítette, ugyanakkor azonban a kezelés elutasítása a biztosított halálához vezetett. Ezen kívül, ha a kezelés engedélyezésére mégis sor kerül, arra csak abban a kórházban kerülhet sor, amellyel biztosító az ügyfeleinek gyógyítására szerződést kötött. Ezért, ha egy adott esetben, pl. egy autóbaleset, vagy egy hirtelen rosszullét következtében a beteget más kórházban kell stabilizálni, mint amellyel az ő biztosítójának szerződése van vagy amely a tulajdonában áll, a biztosító a stabilizálás költségeinek csak a 20%-át téríti meg. A többit az ügyfélnek kell állnia. A stabilizálást ellátó kórháznak viszont a stabilizálást követően a beteget a további kezelések lefolytatása végett azonnal át kell szállítania abba a legközelebbi kórházba, amellyel a beteg biztosítójának szerződése van, illetőleg amely e biztosítóhoz tartozik. Ha a biztosított nem kívánja ezt és a kezelésre nem a biztosító kórházában kerül sor, akkor a gyógyítás költségeit neki kell állnia. Ha a beteg átszállítása a biztosítójának a kórházában megtörtént, a kórháznak értesítenie kell a biztosítót és meg kell kérnie tőle az engedélyt a javasolt kezelésre. Ezen kívül Boros G. László professzor azt is elmondta a Hír TV műsorában, hogy a biztosító társaságok orvosai az általuk engedélyezett és elvégzett kezelések után neki állnak vizsgálni a gyógyult betegek kórtörténetét annak érdekében, hogy találjanak egy kórelőzményi okot arra, hogy gyógyult ügyféltől visszaperelhessék a kezelési költségeket. Elmondott egy esetet, amikor a sikeres tüdőrákkezelés előzményének egy öt évvel korábbi megfázásnak tulajdonították, amiről az ügyfél nem számolt be és ezért a kezelés költségeinek a visszatérítését igényelte a biztosító. A professzor szerint ilyen esetekben pert lehet indítani a biztosító társaságokkal szemben, viszont sokan a magas perköltségek és a perek kétes kimenetele miatt nem perelnek. Elmondta továbbá a professzor, ha az ügyfél ilyen vagy hasonló okok miatt, vagy amiatt, mert nincs megelégedve a biztosító szolgáltatásaival, váltani akar, erre nem igen nyílik lehetősége, mert krónikus beteggel egy biztosító sem hajlandó szerződést kötni. Annak ellenére ilyen a helyzet, hogy az USA-ban igen sok magán-egészségbiztosító működik, melyek közül a legnagyobbak igen sok kórház-, és patikáláncolatot tart fenn. Ennélfogva a biztosító társaságok csak azokat a gyógyszereket térítik meg, amelyeket a betegük az ilyen gyógyszertárból vásárol meg. Ilyen az Amerikai Egyesült Államok mai egészségbiztosítási rendszere, amelynek legtöbb eleme mintaként szolgált a holland, majd pedig a szlovák egészségbiztosítás reformjához.

Ezek után nézzük meg azt a holland és szlovák mintát, amelynek alapján a magyar kormány átalakítani kívánta a magánszféra irányába a szolidaritás elvén nyugvó állami egészségbiztosítást. 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 € összegű havi biztosítási járulék 100 €-ra emelkedett. Korábban a 30 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 € hozzájárulást fizet. Az új rendszerben a biztosító társaságok 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 biztosító társaságok közölték, hogy e felemelt járulékfizetés ellenére sem rentábilis a betegbiztosítás 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 összegkifizetésével, ún. „arany kézfogással” veszik rá biztosításuk megszüntetésére. Ugyanezt teszik a szlovák magánbiztosítók is és ugyan így a munkáltatóknak kell fizetniük a betegségi és a szülési segélyt, ha arra külön biztosítást nem kötnek. Akár kötött a munkáltató munkavállalóinak beteggé vagy ifjú anyává válása esetére biztosítást, a munkavállaló egzisztenciális biztonságát labilissá teszi a munkáltató időközbeni megszűnésének a veszélye, ami akaratán kívüli csődeljárás miatt is bekövetkezhet. Ennek a veszélye különösen Szlovákiában nagy. Ezen kívül nemcsak Hollandiában, hanem Szlovákiában is megnövekedtek a rendszer fenntartásával kapcsolatos azok a kiadások, amelyeket hozzájárulásként a magánbiztosítók igényelnek. Szlovákiában is megnövekedtek. Nem véletlen, hogy az új szlovák kormány a régi, szolidaritási alapon álló biztosítás visszaállítására törekszik.

4. A magyar egészségbiztosítási reform az Alkotmány tükrében

Az egészségbiztosítás tervbe vett magyar reformja csak annyiban különbözik ettől, hogy a felállítandó biztosító társaságokban 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 már a törvényjavaslatnak a Parlamenthez történt benyújtása előtt titkos tárgyalásokat

folytatott különböző magánbiztosító társaságokkal, amelyről a kiszivárgott hírek szerint „megdöbbenően” magas követelésekkel álltak elő a kormányváltási esélyre is működésbiztonsági igényen felül. Ezen kívül a Hír TV-nek a még a törvény elfogadása előtti tagtoborzásra beszervezendő ügynökeinek az egészségbiztosításba lépni pályázó biztosító intézetek részéről végzett rejtett kamerával rögzített felvételei is egyértelművé teszik, hogy ebbe az ágazatba lépni kívánó társaságok célja a biztosítottak rovására történő haszonmaximálás. Az instruktor szájából ugyanis egyértelműen elhangzott – ami a Hír TV portálján egyértelműen nyomon követhető –, hogy csak azután lehet a beteghez nyúlni, miután meggyőződtek róla, hogy befizetési kötelezettségeit teljesítette, mivel e területen kő kemény kapitalizmus érvényesül. Ez is arra utal, hogy az egészségbiztosítási reform e formájának működésbe hozatalával nálunk is megszűnne a szolidaritási alapú egészségbiztosítás és a hollandhoz valamint a szlovákiaihoz hasonló antiszociális vonások, jelennének meg. Mindebből egyértelműen következik, hogy mind az új egészségbiztosítási törvény (T.) megalkotásának a módja, mind pedig az ezáltal létrehozni kívánt új intézményrendszer alkotmányossági szempontból erőteljesen kérdéses, amit alátámaszt az újonnan elfogadott törvény normaszövege is.

Az Országgyűlés által 2007. december 17-én elfogadott normaszöveg szerint a magán- egészségbiztosító pénztárak bár 51%-os állam tulajdonosi többséggel működnek (4. § 2. bek.), azonban az igazgatóságon belül a kisebbségi tulajdonos dominanciája jelenik meg. Bár a 12. § értelmében az igazgatóság két tagját az államot képviselő vagyonkezelő, egy tagját pedig a pénzügyminiszter jelöli, három tagját pedig a kisebbségi tulajdonos, az a tény, hogy az ún. belső tagnak, vagyis az ügyvezető igazgatónak a pénztárral munkaviszonyban kell állnia, egyértelműen a gazdálkodást vivő kisebbségi tulajdonos érdekeit képviseli. Ezen kívül pedig az, hogy az állami oldalról az egyik tagot a pénzügyminiszter jelöli, a magát szociál-liberálisnak valló jelenlegi kormánynak az egészségbiztosításnak üzleti alapúvá tételét képviseli. Ugyancsak a 4. § (1) bek.-e mondja ki, hogy az egészségbiztosító pénztár (EBP) zártkörűen működő részvénytársaság (Zrt.), ami azt jelenti, hogy a működésébe nem enged betekintést. Gazdálkodásának menetébe csak a beavatottak szólhatnak bele. Bár a tervezet (továbbiakban: T.) a pénztár által biztosított (természetes) személyeket tagokként jelöli meg (III. fejezet: tagsági viszony), voltaképpen a pénztárnak csak ügyfelei. Önkormányzati, szervezeti jogosítványokat a III. fejezetbe foglalt szakaszok még formálisan sem biztosítanak, ellentétben a magánnyugdíj-biztosító pénztárral, amely legalább egy látszat önkormányzatot a pénztártagoknak megad. A Köztársasági Elnök által az Országgyűlésnek megfontolásra visszaküldött törvény újbóli megszavazása során igaz a munkáltatói érdekképviselési és a szakszervezeti

szövetség is helyet kap a pénztárak felügyelő bizottságában, ezt azonban éppen úgy ki lehet játszani, miként a Horn-kormány idején kijátszották az ÁPV Rt. Felügyelő-bizottságában az ellenzéki tagok közgyűlés-összehívási indítványát a Tocsik-ügyként fémjelzett privatizációs visszaélések kivizsgálására. Nem megnyugtató e két érdekvédelmi szervezet kooptálása a pénztárak felügyelőbizottságába azért sem, mert – miként ezt korábban a Valóság 1998/12. számában megírtuk – a munkáltatói érdekképviselői szervek egy része „rózsaszínű”, míg szakszervezeti vonalon a korábbi állampárti SZOT jogutódja, az MSZOSZ van túlsúlyban, így minden bizonnyal a kormányzati törekvés ezek képviselőinek a felügyelő tanácsokba történő beültetése lesz a cél, és így a lojalitás biztosítva lesz.

Vagyonjogi szempontból is felvetődnek alkotmányossági aggályok. Azzal ugyanis, hogy a kormány minden egyes magán-egészségbiztosítási pénztárnak az egységes egészségbiztosítási alapból 49% tulajdoni részesedést adott, a munkáltatók és a munkavállalók, valamint az önfoglalkoztatottak és szabadfoglalkozásúak járulékaiból összegyűlt biztosítási alap 49%-át is a magán-egészségbiztosító pénztárak közös tulajdonába adta. Ezt a kormány jogállamiságot formázó demokratikus körülmények között csak népszavazással tehetné volna meg. Ilyenre viszont nem került sor, sőt a szakmai és az érdekvédelmi, valamint a társadalmi szervezetekkel sem folytatott le a kormány érdemi egyeztetést. A kormány ezzel lényegében megsértette a köz-, és a magántulajdon védelmének az Alkotmány 9. §-ában megfogalmazott tételét is.

A III. fejezetben belül a 45. § foglalkozik a tagsági jogviszony tartalmával, ahol a (2) bek. sorolja fel azokat a szolgáltatásokat, amelyeket az EPT-tag a pénztártól igényelhet. Ezek valamennyije gyógyászati jellegű. A keresőképtelenné válás esetére szóló betegségi és szülési segély iránti jogosultságról azonban sehol sincsen szó. Ebből az tűnik ki, hogy ún. „táppénz” fizetésére az EBP kötelezettséget nem vállal. Erre utal a T. címe is: „...törvény az egészségbiztosítási pénztárakról és a kötelező egészségbiztosítás természetbeni ellátásai igénybevételeinek rendjéről”. Mindebből az következik, hogy – éppen úgy, mint Hollandiában – *a munkáltatóra hárul a táppénz fizetésének a kötelezettsége, ha csak arra nem köt külön biztosítást*, amire az EBP is készségesen rendelkezésére fog állni. Már ez is mutatja, hogy a szolgáltatások a jelenlegihez képest szűkülni fognak, ha a T. szerinti rendszer működésbe lép. Egyelőre úgy tűnik, hogy a kormány az itt említett holland megoldást nem meri keresztül vinni, hanem az egészségbiztosítás munkáltatói és munkavállalói járulékának arányos csökkentésével, ugyanakkor pedig mind a két oldal nyugdíjbiztosítási járulékának ezzel arányos emelésével a továbbra is állami érdekeltségben maradó nyugdíjbiztosító pénztárakra hárítja a betegségi, és a szülési segély megfizetését. Ezzel viszont a kormány levett egy szolgáltatási

terhet a magán-egészségbiztosító pénztárakról s azzal az állammal, közvetve pedig az adófizetőket terhelte meg. A munkáltatók tehát egyelőre megszabadultak a betegségi, és a szülési segély, vagyis a táppénz terheinek viselése alól, mivel azonban a (magán)egészségbiztosításról szóló 2008-ik évi I. törvény nem tartozik a kétharmados törvények közé, ezért azt a kormány a jelenlegi koalíciós többségi parlamenti képviselőivel bármikor módosíthatja.

Arra, hogy az egészségbiztosítás eme új nyereségorientált rendszerében a szolidaritás elve nem, vagy csak alig fog érvényesülni, több körülmény is utal. Így mindenek előtt az, hogy a T. normaszövegében sehol sem található utalás arra, miszerint a hiányt az állam kipótolni köteles. A nyugat-európai szakirodalom elsősorban ebben látja a kötelező társadalombiztosítás közjogi jellegét, valamint abban, hogy hordozója állami részvétellel önkormányzati köztestületi jellegű. Mindez a bevezetni szándékolt magán-egészségbiztosítási rendszertől teljesen idegen. A másik körülmény ami a szolidaritási elv teljes kiürítését fogja magával vonni, hogy az egészségbiztosítási pénztár (EBP) esetében a forgalomképes részvények után a részvény tulajdonosának osztalék jár. Az EBP tehát egyértelműen nyereségorientált intézményként fog működni és a nyújtott szolgáltatások minél olcsóbbá tételére fog törekedni. Abból az elképzelésből sem lesz semmi, hogy a pénztárak majd a tagszervezések és a későbbiek során is a biztosítottakért fognak versenyezni, mivel megyénként csak egy, a fővárosban pedig csak négy EBP működése van tervbe véve. A kormány téves álláspontjával szemben verseny a biztosítók között a biztosítandó ügyfelekért nem lesz, hanem éppen ellenkezőleg, monopolhelyzetüket kihasználva, kartellt alakítanak majd ki a biztosítottak hátrányára.

Egyértelműen üzletivé teszi az egészségbiztosításnak ezt a rendszerét az a tény is, hogy az EBP forgalomképes részvényei után az első értékesítésnél még nem, de a továbbiaknál már fizethető osztalék és osztalékelőleg. A részvények egy részének a forgalomképességének a ténye önmagában is aláhúzza a pénztárműködés szolidaritást kiüresítő jellegét. Aláhúzza ezt még az is, hogy a T. 37. §-a engedélyezi az EBP-ben való befolyásoló részesedést. Jóllehet, ehhez a felügyelet hozzájárulása szükséges, mégis fennállhat annak a veszélye, hogy hozzá nem értő vagy olyan szervezet szerez befolyásoló részesedést, amely csupán a benne lévő üzleti hasznot nézi. Avatatlan vagy hozzá nem értő egyrészt a saját érdekeinek megfelelően a tagok érdekei ellenére működtetheti a pénztárat, de ugyanígy veszteségesse is teheti. Egy előnye talán mégis van, mivel a T. 9. § (3) bek.-e a magyar államnak az EBP forgalomképes részvényeinek megvásárlására vételi joga van. Ezzel lehetőség nyílik arra, hogy az eredeti áron és nem esetleg annál jóval magasabb forgalmi értékben tudja visszaszerezni a részvényeket a kisebbik tulajdonostól és felszámolni a rendszert. Valószínűleg hasonló konstrukció mellett és hasonló módon próbálják

visszaállítani a korábbi egészségbiztosítási rendszert. Ez pedig a vételi jog ellenére is óriási közkiadást von maga után. Megítélésem szerint jogilag nehezen járható az ellenzéknek az az elképzelése, hogy a korábbi rendszer a kisebbik tulajdonost jelentő magánbiztosító társaságok költségére – még ha csak részbeniére is – a „restitutio”-t meg lehessen valósítani. Ennek oka, hogy az ellenzéknek még ha árnyékkormánya is lenne – de azzal sem rendelkezik – akkor sem bírna kifelé joghatással a nyilatkozata. Joghatással csak a kormány nyilatkozata járna ez esetben is. Politikai és jogi felelőssége azonban az intézkedéséért, a mögötte álló koalíciós pártoknak pedig a megszavazás miatt a politikai felelőssége fennforog. Ezen az alapon legfeljebb azokkal a magyar befektetőkkel szemben lehet majd fellépni, akiknek kormánypárttagságuk, képviselőségük vagy kormánytagságuk, illetve kormányközelségük alapján érdekeltnek voltak e törvény megszavazásában.

Neuralgikus még a T.-ben a pénztárak fizetéseképtelenség-válásának a rendezése. A 41-42. §-ok a csődeljárást nem teszik lehetővé, csak a felszámolást. A csődeljárásnak viszont előnye az lenne, hogy van benne egy konszolidálásra, szanálásra irányuló egyeztetési, egyezkedési eljárásra nyitva álló időtartam. Ez alatt felszámolást elindítani nem lehet. A magyar csődeljárásnak viszont hátránya, hogy csak öncsődot ismer, hitelezői csődindítást viszont nem. A hitelezők csak felszámolási eljárást. Még nagyobb jelent az, hogy a magyar csődtörvény (Cstv.) a felszámolónak igen nagy hatalmat és játékkeret biztosít, amivel a hitelezők, jelen esetben a tagok, vagyis a biztosítottak hátrányára vissza tud élni. Növeli még ennek a lehetőségét az, hogy a jelenlegi magyar Cstv. nem ismeri a hitelezők érdekeit védő csődválasztmány intézményét, ami a régi magyar csődjogban meg volt és minden nyugati kultúrállamban megvan.

Az elkészült normaszövegnek ezek az itt kiragadott neuralgikus csomópontjai és azok behatóbb vizsgálata is arra utal, hogy a T. nem felel meg tartalmilag az Alkotmány 70/D. és 70/E. §-ának, a T. tartalmán túlmenően pedig a megalkotásának a módját illetően is az Alkotmány 35. § (1.) bek. a.) pontjának. Sőt a 35. § e pontja alapján maga a kormány az amely már e T. kidolgozásával és parlament elé vitelével alkotmány sértést követett el, mivel e szakaszpont alapján kötelessége védeni és biztosítani a természetes személyek, a jogi személyek és a jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetek jogait. Mind a jogalkotásról szóló 1987. évi XI. tv., mind a különböző szakmai és civil szervezetekről szóló törvények feljogosítják az általuk szabályozott érdekvédelmi és szakmai szervezetek részére a területüket érintő jogalkotási folyamatokban érdemileg beleszólhassanak, ezt azonban sem az egészségügy átszervezéséről törvény, sem az egészségbiztosítás megreformálásáról szóló törvény megalkotásának folyamatában a kormány nem tette lehetővé. Jóllehet, a Köztársasági Elnök, Sólyom László professzor, amikor 2007. december 27-én

felsorolta indokait, hogy a T.-t miért nem szentesíti, alkotmányossági kifogást kifejezetten nem említett. Amiket viszont indokként felsorolt, mind olyan, amiből kitűnik az Alkotmánnyal való ütközés. Látenszen tehát alkotmányossági aggályokat vetett fel, kifejezett jogi minősítés nélkül. Ő ugyanis társadalmi-szociális értékelés alapján minősített. Egy államelnöktől elsősorban ez várható el, mivel képzettsége nemcsak jogász lehet, hanem bármi más. Így a köztársasági elnök lehet irodalmár, szociológus, politológus, sőt természettudós vagy az élettudomány képviselője is, minden más között. Az aláírás megtagadását megalapozó valamennyi indokának alkotmányi háttere van. A legfontosabbakat idézve: „Semmilyen nagy reformot nem lehet sikerre vinni a terhet viselő állampolgárok bizalma nélkül. ...A sikerhez szükség van az érintettek, esetünkben az orvosok és az egészségügyben dolgozók többségének támogatására, de legalább arra, hogy a változásokat elfogadják ...A megalapozott, egyetértésre számító törvényalkotáshoz szükséges, hogy az érdekelt társadalmi szervezeteknek és érdekképviselőknek lehetősége legyen érdemi véleményt adni a törvénytervezetről. Azonban a T. esetében szakmai szervezetek nem, vagy csak megkésve kaptak tájékoztatást... A törvényjavaslat a politikai háttéralkuk során folyamatosan és lényegesen változott. Nem lehet elvárni ...képviselőktől, hogy néhány órával korábban megismert ...végszavazás előtt kiosztott módosításról azonnal és felelősen állást foglaljanak.” Súlyom ezzel egyértelműen kimondatlanul is az Alkotmány 8. §-ának (1) bekezdésével összefüggő 35. § (1) bekezdésébe foglalt jogok, illetve állami-kormányzati kötelezettségek megsértésére utalt és arra is, hogy az országgyűlési képviselőknek nem volt módjukban az Alkotmány 20. §-a (2) bekezdésének megfelelően tevékenységüket a köz érdekének megfelelően gyakorolni. Folytatva tovább a Köztársasági Elnök által felsorolt indokokat, hogy „...nem készült valódi hatástanulmány, sem számítások, sem használható külföldi tapasztalatok nem támasztják alá, hogy ez a modell valóban eredményes lehet. Így ez veszélyes kísérlet, melynek mindannyian – választási lehetőség nélkül – kényszerűen kísérleti alanyai lennének ...A biztosítási rendszer költségei a törvény szövege szerint is ...többszörösére fognak emelkedni és a magánbefektetők ...profitot is felvehetnek... A külföldi tapasztalatok szerint a biztosítók mindaddig válogatnak az egészséges és a drágán gyógyítható biztosítottak között, amíg az gazdaságilag kifizetődő. Ezt csak olyan szabályozás zárhatja ki, amely gazdaságilag teszi érdektelenné a válogatást... Azonban a külföldön egyedül hatékonynak bizonyult árversenyt a T. kizárja.” E szavakkal a Köztársasági elnök kimondatlanul is egyértelműen az Alkotmánynak már általam többször hivatkozott 70/D. és E. §-ának a megsértésére utalt. Sőt, e második blokkban idézett szavai alapján megvan a lehetőség arra is, hogy alapvető alanyi jogok globális megsértése miatt az Európai Emberjogi Bíróság

foglalkozzon az ügyel. A Strassbourghban székelő Európai Emberjogi Bíróság elé vitelnek különösen akkor lenne esélye eljárásjogilag, ha a Kormány megakadályozna egy ezzel összefüggő népszavazást és az emiatt induló per a magyar bíróságok a jogorvoslati lehetőségek kimerítése mellett jogerősen elutasítanák. A kormány-oldal mindezek ellenére azzal érvel, hogy a Köztársasági Elnök nem talált kifejezetten alkotmányba ütköző előírást az ismételten, szinte változtatás nélkül elfogadott törvényben. Ezt utóbb a Köztársasági Elnöki Hivatal szóvivője útján újból megerősítette. Ennek ellenére azonban lehetnek más vélemények is, már csak azért is, mert e törvény alkotmányosságának a kérdése a kormány számára a legjobb esetben is határmezsgyén mozog. Ezért indokolt lett volna az alkotmánybírósági kontroll. Annálfogva pedig, hogy a Kormány a törvény újra szavaztatása alkalmával a Köztársasági Elnök egy utólagos interjúnyilatkozata szerint is figyelmen kívül hagyta az aláírás megtagadásának kinyilvánítása során elhangzott kifogásait, szembe ment a társadalom nagy többségének az akaratával. Erre mondta az 1970-es és 80-as évek jelentős formátumú magyar jogfilozófusa, Peschka Vilmos, hogy nem lehet sikeres az olyan törvényalkotás, amelynek nincsen társadalmi elfogadottsága.

A köztársasági elnöki nyilatkozat mindezek mellett azt is tartalmazta, hogy szükség van az egészségügyi ellátás megreformálására, de utalt arra is, hogy az átalakításnak fokozatosan, folyamatos mérésekkel és visszacsatolásokkal kell végbe mennie. Kérdés azonban, hogy milyen feltételek mellett felelne meg mindez az Alkotmánynak.

5. Milyen reformmegoldás állna összhangban az alkotmánnyal?

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 tökefedezeti 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 nyugdíjjárulékmal együtt az egészségbiztosítási járulékot abból levonva, átutalja a hivatal szociális

osztályának. A szociális osztály az alapnyugdíj-járulékot 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 tovább utalja 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 alaptbiztosítás esetében a tb-önkormányzat alaptbiztosítási szinten a települési önkormányzattal esik egybe, míg az üzemi biztosításnál a munkáltatói szövetség és a szakszervezeti szövetség, valamint a biztosítottak paritásos képviseletében 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 alaptbiztosítását 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-ad arányban a biztosítottak, 1/3-ad arányban a munkáltatói szövetségek kapnak képviseletet az állami képviselet 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 alaptbiztosítás 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-kifizetőhely 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 Previdenza Sociale”-ba futnak össze, míg Németországban és Ausztriában a Tartományi és a Szövetségi Betegbiztosító Pénztárba, a Szövetségi Betegbiztosítási Pénztár pedig a 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 alaptörvényeknél a természetbeni és a dologi szolgáltatásoknál mind a két rendszer esetében kogens szabályok írják elő a szolgáltatások és a tb. által térítendő költségek mértékét, ide értve 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 képviselettel 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 €-val 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 €-t. 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 posztoszocialista

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 hasonlólt kialakított Szlovákia most próbál a tisztán nyereségorientált biztosítási rendszerről visszaállni a szolidaritási alapú állami egészségbiztosításra, miután kiderült az előbbinek antiszociális és a hollandiaihoz hasonló közmegelégedést 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-közttestületi egészségbiztosítást a közttestületi 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 tőkéjükkel 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 pénztártanács irányítaná mérsékelt (!) tiszteletdíj mellett, amely önkormányzatot a megfelelő szintű pénztárának taggyűlése választaná meg. A pénztárak önkormányzatában egyenlő arányú képviselmet 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 tb-i 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

rendelkezőkkel 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 egy évi 1000, legfeljebb 2000 Ft összegű keretet vagy annak megfelelő €-t nem lépne túl. Ugyancsak el tudom fogadni a csak a háztartásban tevékenykedő feleség (házastárs) saját jogú biztosításra szorítását, viszont csak akkor, ha kiskorú gyermekeket nem nevel. Ha igen, akkor továbbra is jogosulttá kellene tenni a hozzátartozó jogon történő egészségbiztosításra. Visszatérve a kétpillérűsége, a második pillérnél a horizontálisan tagolódó 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.

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 biztosító intézetek törvénymódosításokkal kikövetelnék. Ezen legfeljebb csak kétharmados törvénnyel lehetne meggátolni.

Végezetül indokolt röviden reflektálni a Magyar Orvosi Kamara által az Országgyűléshez benyújtott egészségbiztosítási törvénytervezetre. Pozitívnak tartom, hogy lényegében az OEP-et fenn kívánja tartani Nemzeti Egészségbiztosítási Pénztárnak átkeresztelve, és azt is, hogy vissza kívánja állítani az egészségbiztosítási önkormányzatot, amelyben mind az államnak, mind a szakszervezet, mind pedig a munkáltatói oldalnak paritásos képviselete lenne. Az, hogy a Nemzeti Egészségbiztosító Tanácsot a két szociális partner és a szaktárca jelöltjei közül egyenlő arányban a Parlament választaná meg a Tanácsot és nem közvetlenül a lakosság, abból a szempontból jó, hogy így a szakértelmi alapon történő kiválasztás jobban biztosított és elkerülhetők az 1903.

évi tb-i önkormányzati választás fonákságai. Az Orvosi Kamara törvényjavaslata egyúttal korrigálná az Antall-kormányt az azt a nagy hibáját is ami abból adódott, hogy sem az egészségbiztosítási, sem a nyugdíjbiztosítási önkormányzatba nem építette be az állami képviselőtestületet. Így mind a két tb-i önkormányzat annak idején a két szociális partner szabad prédájává válhatott, ami óriási hiányhoz vezetett. Itt viszont felvetem, hogy nem elég az egészségbiztosítási önkormányzatot csak országos szinten kiépíteni. Ezt meg kell tenni terület szinten is. Ha a területi egészségbiztosítási pénztárak megyei szinten szerveződnének meg, akkor annak az Orvosi Kamara által javasolt parlamenti választás analógiájára a területi, illetve a megyei egészségügyi tanács megválasztását a megyei közgyűlés hatáskörébe, a megyei jogú városokban esetleg szervezendőket pedig a képviselő testület hatáskörébe kellene adni. Kritikaként azt vetem fel, hogy a kamarai tervezet a nemzeti pénztárhálózat mellett nem ad lehetőséget olyan párhuzamosan futó pénztárhálózatok kiépítésére, mint amilyen az üzemi pénztárrendszer, valamint a szakmai pénztárak rendszere. Ebből a szempontból nagyon jó mintavétel a német és az osztrák biztosítási rendszer. Ennek megfelelően a nemzeti kötelező egészségbiztosítási rendszert egy kötelező alap- és egy kötelező kiegészítő pillérre is lehetne bontani. Ugyanakkor komoly pozitívuma a kamarai tervezetnek, hogy a szolidaritás elvén alapuló e nemzeti kötelező biztosítási rendszeren belül kívánja megtartani a betegségi és a szülési segélyt, magyarán a táppénzt.

6. Zárókövetkeztetések

Az eddigiekből láthatóan több megoldási irányzat forog a politikai küzdőtéren. A Kóka–Horváth Ágnes-féle konzervatív neoliberais irányzat a globalizációt pártoló nemzetközi pénzügyi és gazdasági szervezetek támogatásával az egészségügyi reform privatizálás irányában történő töretlen végigvitele mellett szál sákra akkor is, ha ez a magyar társadalom túlnyomó többségi akaratával és érdekeivel ellenkezik. Ezzel szemben a miniszterelnök és pártja, felmérve a vizitdíjjal és a kórházi napi díjjal kapcsolatos eredményt, továbbra is fenntartva a több egészségbiztosítási pénztárrendszert, azonban a pénztárakat teljesen állami tulajdonúakként kívánja működtetni. Ez már hasonlítana az általunk bemutatott nyugat-európai megoldásokhoz, azonban nem szól azok önkormányzati irányítású jellegéről. Az önkormányzati irányítási jellegű pénztárrendszert az Orvosi Kamara szorgalmazza, ahol elsősorban az állam mellett a politikai szervezetek képviselője jelenne meg, a biztosítottaké azonban nem. Egyik irányzat sem beszél arról, hogy hány pillérű legyen az új egészségbiztosítási rendszer. Az eddigi álláspontokból az tűnik ki, hogy az egészségbiztosítás egy

pilléren nyugvó maradna, több állami tulajdonban álló pénztár bevezetése esetén is. E pénztárak a kisebbségben továbbra is kormányozni szándékozó miniszterelnök és a Szocialista Párt álláspontja szerint továbbra is területi beosztások szerint tagolódnának, tehát azonos jellegűek lennének. Így közöttük verseny nem alakulna ki. Ebben egyezik a véleményünk az SZDSZ-ével. A több pénztárak közötti versenyt csak úgy lehetne biztosítani, ha a nyugat-európai megoldásokhoz hasonlóan az egy központhoz tartozó, de a biztosítottak és a szociális partnerek valamint az állam részvételével működő területi pénztárak mellett hasonló önkormányzatisággal üzemi, foglalkozási ágazatú és szakmai érdekvédelmi szervezetű pénztárak is megjelenének, amelyek a szolidaritás elve alapján egy nemzeti ernyő alatt működnének a már említett szereplők önkormányzati képviselője mellett.

Szükséges ráirányítani végezetül a figyelmet arra is, hogy arról a miniszterelnök, sem a többi javaslattal előállt szervezet nem nyilatkozott, hogy a magánbiztosítási rendszert kiiktató új egészségbiztosítási törvény egyszerű szótöbbséggel vagy kétharmados szótöbbséggel megszavazható és adott esetben ilyenként módosítható legyen. Az egyszerű szótöbbséggel megszavaztatható törvény törvénytervezet általában könnyebben átmegy a Parlamenten. Jelenleg viszont olyan a politikai helyzet, hogy e tárgyban a magánosítást kiiktató egészségbiztosítási reform is könnyen átmenne kétharmados törvényként. Ennek az lenne az előnye, hogy sem szabad-demokrata, sem nemzetközi nyomásra nem tudná a szocialista párt vagy a jelenlegi miniszterelnök, de ugyanúgy egy újabb kormány sem a remélhetőleg megszavazásra kerülő privatizációtól mentes új egészségbiztosítási törvénybe később a magánbiztosítókat visszacsempészni. Ebből a szempontból egy további biztosító fék az Albert-házaspár részéről elindított népszavazás.

Tamás Prugberger

Gesundheitswesens-, und Gesundheitsversicherungsreform und Verfassungsmäßigkeit

Das Beitrag beschäftigt sich zuerst mit der Umstraltung des medizinische Institutsstruktur, deren Ziel die Krankenhausprivatizierung ist. Im damit Zusammenhang in viel Krankenhäuser sind die ärztliche Indikationen und die effektive ärztliche Behandlungen stillgelegt und einige wichtige Krankenhäuser aufgelöst. Dadurch wurde das in dem Ungarische Grundgesetz garantiertes Staatsbürgerrecht zur optimale Gesundheit und Heilung verletzt. Deswegen zeigt der Verfasser diese Maßnahmen der sozial-liberalische Regierung und in Zusammenhang damit die Änderung des Gesundheitsgesetzes verfassungswidrig.

Verfassungswidrig haltet der Verfasser die von der Regierung herausforzierte Gesetzänderung der Krankenversicherung. Die Regierung will nämlich in der Krankenversicherung das gewinnorientierte Privatversicherungskassensystem hinein zu ziehen. Dadurch wird das Solidaritätsprinzip und das öffentlichlich aufgebaute Selbstregierungssystem der Krankenversicherung, eben so wie die Heilungsmöglichkeit der Bürger stark beschädigt. Es ist eben so Verfassungswidrig, wie die oben beschriebene Gesundheitsinstitutsstrukturänderung.

Im dritten Teil der Verfasser beschreibt die Massnahmen, mit denen diese Verfassungswidrigkeit verhindern und wie eine verfassungsmäßige Krankenversicherungsreform an zwei Seulen nach dem Beispiel des westeuropäischen Systems so aufzubauen möglich wäre, wo in der Zweite Seule die Pruralkassensystem im Solidaritätsprinzip wirken könnte.