
Kísérlet a már egyszer népszavazással elutasított egészségügyi és egészségbiztosítási magánosítás újbóli bevezetésére az ezzel szemben álló szociális töltésű alternatíva tükrében

Prugberger Tamás*

A tanulmány kritikai élelem elemzi a hazai neoliberális irányzat liberálissá és fizetéssé tenni akaró egészségügyi reformtervét, amely a 2022. évi tavaszi parlamenti tavaszi választások előtt fogalmazódott meg ellenzéki kampánytémaként és amely azóta is az ellenzék árnyékkormányának megvalósítandó programjaként szerepel. Ezzel összefüggésben kimutatja a szerző, hogy ez az egészségügyi és egészségbiztosítási koncepció több mint a 2007. és a 2008. évi akkori kormány által a magyar társadalomra bevezetni tervezett egészségügyi és egészségbiztosítási reformkoncepció, mert ebben már nyoma sincs a szociális szempontoknak. A szerző kimutatja a koncepció összes ellentmondását és hogy kivitelezése drasztikus élettartam-csökkenéshez vezetne, ami a gazdaságot is teljese tönkre tenné. A szerző állást foglal a szociális piacgazdaság időszakában kialakult egészségügyi és egészségbiztosítási rendszer mellett, amit részben a magyar állam is követ, de amit ennek alapján teljessé kellene tenni.

Kulcszavak: fizetéssé egészségügy, privát gyógykezelés, szociális piacgazdaság, üzemi biztosítás, kétpilléres biztosítási rendszer

Attempt to reintroduce the privatisation of health and health insurance, which was once rejected in a referendum, in the light of the socially charged alternative

The study takes a critical look at Hungarian shadow cabinet's health care reform, which aims to make health care liberal and paid. In this context, the author shows that this concept of health and health insurance is 'more' than the health and health insurance reform concept planned to be forced on the Hungarian society by cabinet in 2007 and 2008, because there is no trace of social aspects in shadow cabinet's concept at all. The author shows all the contradictions in the concept of shadow cabinet and that its implementation would lead to a drastic reduction in life, which would also ruin the economy completely. The author takes a position in favor of the health and health insurance system developed during the period of social market economy, which is partly followed by the Hungarian state, however, which should be completed on this basis, too.

Keywords: public health care, private medical treatment, social market economy, occupational insurance, two pillar insurance system
<https://doi.org/10.32980/MJSz.2023.2.58>

* Professor emeritus, Miskolci Egyetem, Állam- és Jogtudományi Kar, Civilisztikai Tudományok Intézete.

1. Két ellentétes egészségügyi és egészségbiztosítási irányzat és ütközésének köre

1.1. A különböző egészségügyi és egészségbiztosítási irányvonalak jelenléte a magyar politikában. A 2022 áprilisi parlamenti választások ellenzéki kormányprogramjának, valamint az azt követően megalakult árnyékkormánynak a koncepciója az egészségügy és annak privatizációja, ami értelemszerűen magába foglalná az állami kötelező egészségbiztosítás privatizálását is. Nem új gondolat. Ezt akarta a 2004 és 2008 között miniszterelnökként regnált bal-liberális Gyurcsány kormány is keresztülvinni, amit az egészségügy privatizációjaként a szakmai és érdekvédelmi szervezetek megkérdésére nélkül végre is hajtott. A kórház-privatizációt is magába foglaló Egészségügyi Törvényt (továbbiakban: Eü.T) sikerült 2007-ben keresztülvinni. Ennek következményeként bevezetésre került németországi mintára a vizitdíj és a kórházi napidíj az akkori magyar átlagkeresetekhez viszonyítva jóval drágább tarifákkal, mint a németországi. Eme egészségügyi „reformtörvény” alapján több állami egészségügyi intézményt, főleg kórházat felszámoltak vagy ágyszámukat és osztályaikat csökkentették, vagy pedig elfekvővé alakítottak át (Elek—Máté, 2022). Ezzel összefüggésben nagyszámú egészségügyi dolgozó, orvos, ápoló és asszisztens vesztette el az állását. Ekkor indult meg Magyarországról az orvos és ápoló kivándorlás az Egyesült Királyságba, a skandináv államokba, Németországba, Ausztriába és Svájcba. A betegellátás nívója erősen lecsökkent. Az egészségügyi intézmények, a kórházak állapota a lepusztulás, az állagromlás és a higiénia-csökkenés irányába indult el. A Gyurcsány-kormány által megvalósított egészségügyi privatizáció ezt mutatta fel, szemben azzal, amit a 2022 tavaszi parlamenti választások ellenzéki miniszterelnök jelöltje az általa privatizálandó kórházak tekintetében vizionált, ahol fűszoknyás fiatal egészségügyi leánykák a kívánságuk szerinti koktélt szolgálják fel a betegeknek (Elek—Máté, 2022). A Gyurcsány miniszterelnöksége alatt megvalósult egészségügyi privatizáció azt jelentette a gyakorlatban, hogy a lepusztult és gondozatlan állami egészségügyi intézményekben a hivatalos munkaidő után bérleti díj megfizetése fejében munkaidő után kezelhették privát betegeiket a munkaidő alatt lefáradt orvosok asszisztenseik és ápoló munkatársaik segítségével.

Ezzel szemben, miként erről egészségügyi ellátásban részesült és ilyen ellátást szolgáltató széleskörű ismerősi körömben keresztül értesültem, és egy nem régi sérvműtőtem, valamint koronavírus elleni beoltásaim során magam is megtapasztaltam, az állami, önkormányzati kórházakban és egészségügyi intézményekben nem hagy kívánni valót az orvosi ellátás, az ápoló és az asszisztens személyzet szakszerű gondossága, és a rendszeres többszöri napi takarítás következtében fennálló tisztaság. Ma már nem hallani olyan sebészeti műhibákról, amelyeknek az okozója az orvosok kimerültsége, agyonhajszoltsága, kialvatlansága volt 2008 előtt. A mai magyar egészségügyi szakellátás egyre erőteljesebben zárkózik fel arra a szintre, amely a mai privát egészségügyi intézményeket jellemzi, ahol a kényelmi szempontokat és a különleges kívánságok teljesítését kell megfizetni olyan borsos áron, amelyet csak egy igen jómódú felső társadalmi réteg képes kifizetni, az átlag beteg és családja nem. A mai magyar egészségügyi politikának

célja az állami egészségügyet ahhoz hasonló színvonalra felfejleszteni, mint ami a német és az osztrák állam egészségügyet ma jellemzi. Közös házban lakó szomszédomtól tudtam meg, akinek a leánya Ausztriában ment férjhez, és ott gyermeket szült állami kórházban, a reggelit, az ebédet és a vacsorát svédasztalként tálalják fel. Azoknak a betegeknek, akiket műtöttek, vagy betegségüknek megfelelően speciális étrendre szorulnak, annak megfelelő étkezésben részesülnek, ami korábban is a magyar állami kórházakra is jellemző volt, csak a maihoz viszonyítva jóval gyengébb minőségben. A Márki-Zay féle általános egészségprivatizáció rózsaszínben történő beállítása irreális illúzió, ami a mai privát kórházakban sem áll fenn. Az egészségügy és a kórházak általános magánosítása esetében Magyarországon az egészségügy az átlagembernek nem lenne elérhető. Az következne be, amit a liberális Holland és az ugyancsak hasonló szlovák Zurinda kormány Hollandiában és Szlovákiában bevezetett, és amibe mind a két liberális kormány belebukott (Prugberger, 2007).¹ Mind a kettő és az is, amit Gyurcsány Ferenc miniszterelnöksége idején Magyarországra akart erőltetni, az Amerikai Egyesült Államok egészségügyi és egészségbiztosítási megoldásában gyökerezik. Ezért indokolt először az USA egészségügyi és egészségbiztosítási rendszerét bemutatni két filmre vett hiteles szakmai interjú alapján, majd ezt követően a holland és a szlovák egészségügyi és egészségbiztosítási reformot. Ezek vetületében mutatjuk be kritikailag azt a „reformtervezetet”, amit Gyurcsány izomból át akart erőltetni a holland és a szlovák rendszer mintájára, és aminek alapján a Parlamentben áterőltetéssel elfogadásra került a 2008. évi I. törvény, ami azonban a Nagycsaládosok Egyesülete és a LIGA szakszervezeti szövetség által kezdeményezett hatályba helyezést ellenző népszavazás eredménye alapján visszavonásra került.

A 2022. évi áprilisi parlamenti választások előtt a neoliborális ellenzék részéről ismét nagy erővel és jelentős hangsúllyal előtérbe került az egészségügy és az egészségbiztosítás amerikai típusú Gyurcsány miniszterelnöksége alatt bevezetni megkísérelt reformterve, amit az egyesült bal-liborális ellenzék által elvesztett parlamenti választásokat követően kis idő múltán megalakult árnyékkormány házi orvosként dolgozó egészségügyi minisztere (Komáromi Zoltán) újból felmelegített, pontosabban továbbra is melegen tart. Ezt azzal a célkitűzéssel teszi, ha sikerülne az árnyékkormány hatalomra kerülnie, az általuk napirenden tartott egészségügyi és egészségbiztosítási reformot maradéktalanul azonnal bevezetné.

Ugyanakkor ezzel párhuzamosan az Orbán Viktor által irányított FIDESZ-KDNP. koalíciós kormány egészségügyért felelős belügyminiszteri államtitkára is előállt egy reformtervvel, amely csak az egészségügyet érinti, az egészségbiztosítást azonban nem. E reformterv szerint a szakrendelő intézeteket a városi kórházakba integrálnák, ami egy nagyon jó elképzelés, mivel a betegség szakrendelési megállapítását követően azonnal folytatni lehetne a kórházi kezelést, vagyis nem következne beutalással összefüggő megszakítás. A másik terv az ügyeleti helyek szűkítése lenne,

¹ A szerző helyszíni kutatási tapasztalatai a Neimingeri Jogsegélyszolgálatnál, NetherLand, 2006. jún. és a Besztercebányai Körzeti Rádió magyar adása alkalmával, ahol riportközvetítésre került velem sor, 2012. május

ami azonban már kritika tárgyává tehető és lerontaná az előző reform tervezet pozitív hatását.² Ezért míg az előbbi bevezetése mellett foglalok állást, az utóbbi bevezetésével szkeptikus vagyok. Érdekes azonban, hogy sem az egyik ellenzéki párt, sem pedig az árnyékkormány nem reagált egyik javaslatra sem, holott az utóbbi terv nem ütközik az ellenzéki elképzelésekkel. Valószínűleg ebben az ellenzéki magatartásban az rejlik, hogy a velük nem ellentétes kormányjavaslatot is a maguk reformcsomagjába kívánják beépíteni, elhomályosítva a kormányvonal „szerzői, ill. feltalálói érdemeit”.

1.2. Az amerikai egészségügy és egészségbiztosítás kritikai ismertetése.

Ezek után hiteles források alapján kívánjuk kritikailag bemutatni, hogy miként működik az amerikai egészségügyi és a hozzá kapcsolódó egészségbiztosítási rendszer, amihez hasonlóvá szeretne volna átalakítani a Gyurcsány-kormány az EU támogatásával amerikai mintára a magyar egészségügyet és kötelező egészségbiztosítást a 2007. és a 2008. évi jogalkotási időszak során. A Magyarországon 2007 decemberében és 2008 januárjában Budapesten az Uránia Moziban vetített „Sicco” c. amerikai dokumentfilm és Dr. Boros G. Lászlóval, a Kaliforniai Egyetem orvosprofesszorával a HÍR tv. stábja által felvett és 2008 április 8-án vetített „Magyar Beteg” c. film hiteles képet ad az USA egészségbiztosítási rendszeréről.

E két forrás szerint a mindenkire vonatkozó ingyenes alapellátás csak az alapvető funkciók ellátásra terjed ki. Ebbe már vizsgálat, diagnosztika, valamint kezelés nem tartozik. Ez utóbbi orvosi beavatkozásokra csak az tarthat igényt, akinek magán-egészségbiztosítása van. Azoknál is azonban, akik magán-egészségbiztosítással rendelkeznek, a kezelés megkezdése előtt a saját biztosítójuknál a kezelés megkezdését engedélyeztetni kell. A biztosító társaság ugyanis jogosult megtagadni a szükséges kezelést akkor, ha úgy látja, hogy túlságosan 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 az őket foglalkoztató biztosítónak. A „Sicco” c. filmben – amelyet magam is láttam – az egyik orvos-szakértő úgy nyilatkozott, hogy ő több szükséges kezelés elutasítására tett javaslatot az őt foglalkoztató biztosító társaságnak, ami előmenetelét elősegítette, azonban a kezelés elutasítása több esetben a biztosított halálához vezetett. Ezen kívül, ha a kezelés engedélyezésére mégis sor kerül, arra csak abban a kórházban kerülhet sor, amellyel a biztosító az ügyfeleinek gyógyítására szerződést kötött. Ezért pl. ha egy autóbaleset vagy hirtelen rosszullet következtében a beteg más kórházban kerül stabilizálásra, mint amellyel az ő biztosítójának szerződése van, a biztosító a biztosító a stabilizálás költségeinek csak a 20 %-át téríti meg. A többit a beteg ügyfélnek kell állnia. A stabilizálást ellátó kórháznak viszont a stabilizálás után a további kezelés folytatása végett azonnal át kell szállítania abba a legközelebbi kórházba, amellyel a beteg biztosítójának szerződése van, illetve amely a biztosítójához tartozik. Ha a biztosított nem kívánja ezt, és a kezelésre nem a biztosító kórházában kerül sor, akkor a gyógyítás költségeit a biztosított betegnek kell állnia. Ha beteg átszállítása

² Hír tv. Aktuális műsora, 2022. 11. 24. adás

biztosítójának kórházába megtörtént, a kórháznak értesítenie kell a biztosítót, és meg kell kérni tőle az engedélyt a javasolt kezelésre. Boros G. László azt is elmondta a HÍR tv. műsorában, hogy a biztosító társaságok orvosai az engedélyezett és a kórház által elvégzett kezeléseket után nekiállnak vizsgálni a gyógyult beteg kórtörténetét, annak érdekében, hogy kimutassanak egy olyan kórelőzményi okot, amelyet nem közöltek a biztosítójukkal és erre hivatkozással igyekeznek visszaperelni a kezelés miatt a kórháznak kifizetett költségeket a biztosítottól. A professzor szólt arról is, hogy ilyen esetekben pert lehet indítani a biztosító társasággal szemben, viszont sokan a magas perköltségek és a perek kétes kimenetele miatt nem perelnek. Szó esett még arról is, hogy ha az ügyfél ilyen vagy hasonló ok miatt, vagy pedig a miatt, mert a biztosító szolgáltatásával nincsen megelégedve és ezért váltani akar, nem igen nyílik erre lehetősége, mert krónikus beteggel egy biztosító sem hajlandó szerződést kötni. Annak ellenére ilyen a helyzet, hogy az USA-ban igen sok magánbiztosító működik, melyek közül a legnagyobbak kórház-, és patikáláncolatot tartanak fenn. Ennél fogva a biztosító társaságok csak azokat a gyógyszereket és gyógyászati segédeszközöket téríti meg, amelyeket a beteg ügyfelük ilyen gyógyszertárból vásárol meg. Ilyen az USA mai egészségbiztosítási rendszere, amelynek legtöbb strukturális eleme mintaként szolgált a holland, majd pedig a szlovák állami egészségügy és egészségbiztosítás privatizációjához (2008).³

1.3. A holland és a szlovák kötelező egészségbiztosítás magánosítással megvalósított reformja. Most pedig nézzük meg, milyen hasznot hozott a kötelező magán-egészségbiztosítás e formájának alapul vételével kialakított reformja Hollandia és Szlovákia számára. Hollandiában azzal, hogy 2006-ban megszüntették a szolidaritás elvén alapuló kétpilléres államilag szervezett, és az egészségügyi tárca, valamint a munkáltatói és a munkavállalói oldal részvételével önkormányzati alapon a többi nyugat-európai államhoz hasonlóan működött alap, és kiegészítő egészségbiztosítást, eladva és átadva azt a nyereségorientált magánbiztosítóknak, a korábbi 30 euro összegű havi biztosítási járulék 100 euróra emelkedett. Korábban a 30 euro összeget kitevő járulék fizetése a munkáltató és a biztosított munkavállaló között feles arányban oszlott meg. A magánosítás óta a munkáltató a járulékfizetésben nem vesz részt. Ezért a munkavállaló és a vállalkozó egymaga fizeti 100 euro összeget kitevő havi hozzájárulást. Az abból adódik, hogy az új rendszerben a biztosító társaságok betegségi/szülési segélyt, azaz táppénzt nem fizetnek. Ezért a szülési segélyt és a maximum két évi időtartamra szóló betegségi segélyt, ami az átlagkereset 70 %-át teszi ki, a munkáltatók kötelesek állni. A szülési segély és a táppénz kifizetése alól a munkáltató csak akkor mentesül, ha erre biztosítási szerződést köt. A magánbiztosító társaságok így két oldalról is gazdagodnak. 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

³ A Sicco c. dokumentumfilmet a budapesti Uránia Mozi vetítette 2007 decemberében és 2008 januárjában. Boros G. László riportműsorát pedig a Hír Tv. közvetítette 2008 januárjában. A szerző mind a két közvetítést látta.)

történt emelése miatt mintegy háromszázezer maradtak ki a biztosításból. Ezért az állam rászorultság igazolása ellenében átvállalja részükre a járulékfizetés egy részét. Az állam tehát duplán terhelődik. Hollandiában az akkori kormány azzal kábította a közvéleményt, hogy a magán egészségügyi biztosító társaságok versenyezni fognak a biztosítottakért. Ennek az ellenkezője következett be. Csak az egészségeseket fogadják szívesen, míg az egészségileg instabilakat igyekeznek távol tartani maguktól. Sőt, az öregeket és a krónikus betegeket egy nagyobb összeg kifizetésével, ún. „arany kézfogással” veszik rá biztosításuk megszüntetésére (Elek—Máté, 2022).

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. Amennyiben kötött a munkáltató a 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 kiadások, amelyeket hozzájárulásként a magánbiztosítók igényelnek. Nem véletlen, hogy az egészségbiztosítás magánkézbe adását követően megbukott a holland liberális kormány és ugyanígy megbukott Szlovákiában is a bal-liberális Zurinda kormány. Mind a két utód kormány megpróbálta visszavásárlás útján a szociális partnerekkel és a biztosítottakkal együtt önkormányzati alapon működő állami irányítású egészségbiztosítást visszaállítani, erre azonban a kötelező egészségbiztosításhoz hozzájutott magánbiztosító intézetek nem hajlandók. Nagy szerencséje volt Magyarországnak, hogy a Nagycsaládosok Szövetsége és a LIGA Szakszervezeti Szövetség ki tudta kényszeríteni a népszavazást, amelynek eredményeként hatályon kívül kellett helyezni a 2018. évi I. törvényt, aminek következtében Gyurcsány lemondásra kényszerült. Mind a két országban helyszíni kutatással győződtem meg, hogy sem az államnak sem a szociális partnereknek, sem a munkavállalóknak, sem pedig a munkáltatóknak nem felel meg ez a rendszer.

2. Az elvetélt 2008. évi magyar egészségbiztosítási reform kritikai bemutatása

Az egészségbiztosítás 2008. évi tervbe vett magyar reformja csak annyiban különbözik az amerikai, a holland és a szlovák megoldástól, hogy a felállításra tervezett biztosító társaságokban 51% lett volna az állami tulajdon és 49% a magántulajdon. Ez azonban csak porhintés lett volna, mivel a tulajdonosi arány ellenére az irányítási jogosítványok a magántulajdonosi szférába csúsztak volna át. A helyzet így ugyanaz lett volna, mint Hollandiában vagy Szlovákiában. Sőt az akkori Gyurcsány-kormány már a törvényjavaslatnak a Parlamenthez történő benyújtása előtt titkos tárgyalásokat folytatott különböző magánbiztosító társaságokkal, amelyek a kiszivárgott hírek szerint „megdöbentően” magas követelésekkel álltak elő a kormányváltási esélyre is fennmaradó működésbiztonsági igényen felül. Ezen kívül a Hír Tv-nek, még a törvény elfogadása előtti tagtoborzásra szervezendő

ügynökeinek az egészségbiztosításba belépni pályázó biztosító intézetek részéről végzett rejtett kamerával rögzített felvételei is egyértelművé teszik, hogy az ebbe az ágazatba belépni kívánó társaságok célja a biztosítottak rovására történő haszonmaximálás lett volna. Az instruktor szájából ugyanis egyértelműen elhangzott – ami a Hír Tv. portálján egyértelműen nyomon követhető volt –, hogy csak azután lehet a beteghez nyúlni, miután meggyőződtek róla, hogy befizetési kötelezettségeit teljesítette.⁴ Ezért a területen az előző két alpontban bemutatott kő kemény kapitalizmus érvényesült volna. Ez is arra utal, hogy az egészségbiztosítási reform e formájának működésbe hozatalával nálunk is megszűnt volna a szolidaritási alapú egészségbiztosítás és a hollandhoz, valamint a szlovákiaihoz hasonló antiszociális vonások jelentek volna meg. Mindebből egyértelműen következik, hogy mind az akkori új Egészségbiztosítási Törvény (továbbiakban: Eb.T.) megalkotásának a módja, mind pedig az ez által létrehozni kívánt új intézményrendszer alkotmányossági szempontból is 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 működtek volna (4.§ 2. bek.), azonban az igazgatóságon belül a kisebbségi tulajdonos dominanciája jelent volna meg. Bár a 12.§ értelmében az igazgatóság két tagját az államot képviselő vagyonkezelő, egy tagját pedig a pénzügyminiszter jelölte volna, három tagját pedig a kisebbségi tulajdonos, az a tény, hogy az ún. belső tagnak, vagyis az ügyvezető igazgatónak a pénztárral munkaviszonyban kellett volna állnia, egyértelműen a gazdálkodást vivő kisebbségi tulajdonos érdekeit képviselte volna. Ezen kívül pedig az, hogy az állami oldalról az egyik tagot a pénzügyminiszter jelölte volna, a magát szociál-liberálisnak valló akkori kormánynak az egészségbiztosításnak üzleti alapúvá tételének a képvisellete jelent volna meg. Ugyancsak a 4.§ (1) bekezdése mondta ki, hogy az egészségbiztosító pénztár (EBP) zártkörűen működő részvénytársaság (Zrt.), ami azt jelenti, hogy a működésébe nem engedett volna betekintést. Gazdálkodásának menetébe csak a beavatottak szólhattak volna bele. Bár az Eb.T. a pénztár által biztosított (természetes) személyeket tagokként jelölte volna meg (III. fejezet-tagsági viszony), voltaképpen a pénztárnak csak ügyfelei lettek volna. Önkormányzati, szervezeti jogosítványokat a III. fejezetbe foglalt szakaszok még formálisan sem biztosítottak, ellentétben a magánnyugdíj-biztosító pénztárral, amely legalább egy látszat önkormányzatot a pénztártagoknak megadott. A Köztársasági Elnök által az Országgyűlésnek megfontolásra visszaküldött törvény újbóli megszavazása során igaz a munkáltatói érdekképviselési és a szakszervezeti szövetség is helyet kapott volna 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 volt megnyugtató e két érdekvédelmi szervezet kooptálása a pénztárak felügyelő-bizottságába sem, mert – miként ezt annak idején a Valóság 1998/12. számában megírtuk – a munkáltatói érdekképviselési szervek egy

⁴ A HIR tv. 2007. év végén és 2008. év elején többször utalt erre.

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 lett volna a cél a lojalitás biztosítása érdekében (Prugberger, 1998).

Vagyonjogi szempontból is felvetődtek az Eb.T.-vel kapcsolatban alkotmányossági aggályok. Azzal ugyanis, hogy a kormány minden egyes magán-egészségbiztosítási pénztárnak az egységes egészségbiztosítási alapból 49% tulajdoni részesedést adott volna, a munkáltatók és a munkavállalók, valamint az önfoglalkoztatottak és szabadfoglalkozásúak járulékaiból összegyűlt biztosítási alap 49%-át is a magán-egészségbiztosító pénztárak közös tulajdonába adta volna. Ezt a kormány jogállamiságot formázó demokratikus körülmények között csak népszavazással tehetné meg. Ilyenre viszont nem került akkor 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 akkori Alkotmány 9. §-ában megfogalmazott tételét is.

Az Eb.T. III. fejezetén belül a 45. § foglalkozott a tagsági jogviszony tartalmával, ahol a (2) bekezdés sorolta fel azokat a szolgáltatásokat, amelyeket az egészségbiztosítási pénztártag (továbbiakban: EBP-tag) a pénztártól igényelhetett volna. Ezek valamennyije gyógyászati jellegű. A keresőképtelenné válás esetére szóló betegségi és szülési segély iránti jogosultságról azonban a holland és a szlovák egészségbiztosítási reformhoz hasonlóan itt sem volt szó. Ebből az tűnik ki, hogy ún. "táppénz" fizetésére az EBP kötelezettséget nem vállalt volna. Erre utal a Törvény 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 korábbiakhoz képest jelentősen szűkültek volna, ha az Eb.T. szerinti rendszerműködésbe lépett volna. Akkor úgy tűnt, hogy a kormány az itt említett holland megoldást akkor nem merte még 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 hárította volna a betegségi-, és a szülési segély megfizetését. Ezzel viszont a kormány levett volna egy szolgáltatási terhet a magán-egészségbiztosító pénztárakról, s azzal az államot, közvetve pedig az adófizetőket terhelte volna meg.

Arra, hogy az egészségbiztosítás eme új nyereségorientált rendszerében a szolidaritás elve nem, vagy csak alig érvényesült volna, több körülmény is utalt. Így mindenekelőtt az, hogy az Eb.T. norma-szövegében sehol sem volt 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 részvételt is magába foglaló önkormányzati felépítésű köztisztület. Mindez a bevezetni szándékolt magán-egészségbiztosítási rendszertől

teljesen idegen. A másik körülmény, ami a szolidaritási elv teljes kiürítését vonta volna magával, hogy eme új egészségbiztosítási pénztár (EBP) esetében a forgalomképes részvények után a részvény tulajdonosának osztalék járt volna. Az EBP tehát egyértelműen nyereségorientált intézményként működött volna és ez által az amerikaihoz, a hollandhoz és a szlovákhhoz hasonlóan a nyújtott szolgáltatások minél olcsóbbá tételére törekedett volna. Abból az elképzelésből sem lett volna semmi, hogy a pénztárak majd a tagszervezések és a későbbi tagfelvételek során is a biztosítottakért fognak versenyezni, mivel megyénként csak egy, a fővárosban pedig csak négy EBP működése volt tervbe véve. A Gyurcsány-kormány téves álláspontjával szemben a biztosítók között a biztosítandó ügyfelekért verseny nem alakult volna ki, hanem éppen ellenkezőleg, monopol-helyzetüket kihasználva a biztosítók részéről a holland és a szlovák helyzethez hasonlóan kartell létrehozására került volna sor a biztosítottak hátrányára.

Egyértelműen üzletivé tette volna 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 osztalékjelölőleg. A részvények részbeni forgalomképességének a ténye önmagában is aláhúzta volna a pénztárműködés szolidaritást kiüresítő jellegét. Aláhúzta volna ezt még az is, hogy az Eb.T. 37. §-a engedélyezte volna még az EBP-ben való befolyásoló részesedést. Jóllehet, ehhez a felügyelet hozzájárulása lett volna szükséges, mégis fennállt 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 veszteséges is teheti. Talán fékezte volna ezt a veszélyt, hogy az Eb.T. 9. § (3) bekezdése a magyar államnak az EBP forgalomképes részvényeinek megvásárlására vételi jogot biztosított volna. Ezzel lehetőség nyílt volna arra, hogy az eredeti áron és nem esetleg annál jóval magasabb forgalmi értékben tudja visszaszerezni a részvényeket a „kisebbit tulajdonostól” és felszámolni a rendszert. Valószínűleg hasonló konstrukció mellett és hasonló módon próbálják a hollandok és a szlovákok visszaállítani a korábbi egészségbiztosítási rendszert. Ez viszont a vételi jog ellenére is óriási közkiadást von maga után. Emiatt nehezen járható, hogy egy ilyen „restitútiót” meg lehessen valósítani.

Az Eb.T. elkészült normaszövegnek az általunk felvetett itt bemutatott negatívumai még erőteljesebben kidomborításra kerültek az akkori köztársasági elnök, Prof. Dr. Sólyom László akadémikus negatív értékelésében, amivel mind az Egészségügyi, mind az Egészségbiztosítási reformról szóló törvényt megfontolásra visszaküldte az Országgyűlésnek, amely azonban egy észrevétel elfogadásával újból megszavazta mind a két törvényt. Sólyom László 2007. december 27-én felsorolt indokait idézve, hogy miért nem szentesíti e reformjogalkotást, kiemeljük és idézzük a leglényegesebbeket: *„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 az Eb.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..”.

Sólyom ezzel egyértelműen kimondatlanul is az Alkotmány 8. §-ának (1.) bekezdésével összefüggő 35. § (1.). bekezdésébe foglalt jogok, ill. 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 több akkori alkotmányossági alapelv megsértésére is utalt (az átfogóan módosított 1949:XX. tv. 70/D-E §§). Mindezek ellenére a kormány azzal érvelt, hogy a Köztársasági Elnök nem talált kifejezetten alkotmányba ütköző előírást a Törvényben, ezért szinte változtatás nélkül ismételtelen megszavazta. A Köztársasági Elnök súlyos és megalapozott kritikája alapján meg lett volna a lehetőség arra, hogy alapvető alanyi jogok globális megsértése miatt az Európai Emberjogi Bíróság foglalkozzon az ügygel. A Strassbourgban székelő Európai Emberjogi Bíróság elé vitelre azonban a sikeres népszavazás és Gyurcsány lemondása miatt nem került sor. 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.

3. A mai neoliberális ellenzék egészségügyi és egészségbiztosítási ultra liberális reformkoncepciója és kritikája

3.1. A liberális reformkoncepció bemutatása. Az előző pontban leírtakból kitűnik, hogy Márki-Zay és Komáromi Zoltán a magánegészségügyet és a magánegészségbiztosítást éppen olyan magánvállalkozói szférába tartozó profitorientált szabadpiacivá és szabadárassá kívánja tenni, mint a lakossági és a gazdasági energiafogyasztást, valamint a lakossági élelmiszerellátást. Figyelmen kívül hagyja, hogy e területeken a 19. század harmadik harmadától kezdve szociális megfontolásból egyre erőteljesebb állami beavatkozás alakult ki, amely alapján

Keynes hatására előbb az USA-ban a II. Világháború alatt New Deal-nek elnevezve, majd pedig e háború után Európa nyugati részében kialakult a szociális piacgazdaság és a welfare society eszméje alapján az állami indirekt jellegű beavatkozás szociális ár-, és bér-, valamint foglalkoztatáspolitikával. Teljesen figyelmen kívül hagyja az embert és ennek megfelelően az egészségügyet is az egészségbiztosítással együtt a szabad piac részének tekinti az Adam Smith-i láthatatlan kéz által vezérelt profitorientált szabadpiaci verseny alapján. Ő maga is látja, hogy az eme elvek alapján fennálló egészségügyet az átlagember megfizetni képtelen. Következésképpen az átlagemberek zöme nem is keresné fel azokat. Azok pedig akik mégis felkeresnék azokat, de egy költségesebb egészségügyi beavatkozást, illetve gyógyítást nem tudják vállalni, azokkal is az egészségügyi alapellátást megfizettetné, miként ezt annak idején a Gyurcsány által 2007-ben áterőltetett Eü.T. is tartalmazta és amit a nyugdíjasoknak is meg kellett fizetni annak ellenére, hogy egészségbiztosítási járulékaikat egy aktív munkásélet során rendszeres jelleggel fizették. Ezért is tervezi az egészségügyi intézményeket centralizálni és a lakosság által könnyen elérhető egészségügyi intézményeket, ideértve a kisebb járási kórházakat is felszámolni kívánja.

Ez megtörtént 2007-ben is, amivel járt betegutaztatások következtében bekövetkezett késedelmes beavatkozások miatt több beteg életét is veszítette. A 2022. évi parlamenti választások ellenzéki miniszterelnök-jelöltjének egészségügyi programját készítő, azóta megalakult árnyékkormány házi orvosként dolgozó egészségügyi minisztere, valamint a semmiféle egészségügyi végzettséggel nem rendelkező vele azonos oldalon álló politikus társa, Lakatos Gabriella ezt kívánja ismét bevezetni (Elek—Máté, 2022:1-4). A 2022. tavaszi parlamenti választásokon ellenzéki miniszterelnök jelöltként elindult Márki-Zaynak is tisztában kellett lennie azzal, hogy a szemléletének megfelelően kialakítandó egészségügyi szolgáltatásokat és azzal összefüggő egészségbiztosítás az átlagember számára elérhetetlenné válik. Kis-zombori kampányútja során éppen ezért hallgatóságának kifejtette, hogy az orvosok létszámát az egészségügyi intézmények csökkentésének arányában redukálni szükséges. Utalt arra, hogy a szülések levezetésére nem kell szülésorvos, mivel a bábaasszony a szülést szakszerűen levezetni tudja, ami pedig a természetet illeti, a szembetegségek kezelését sokkal szakszerűbben el tudják végezni az indiai szemorvosok.

Indiában ugyanis szerinte hagyománya van a szembetegségek szakszerű kezelésének. Ezek az „ex katedra” jellegű dilettáns és szociálisan teljesen érzéketlen kijelentéseiből az következik, hogy miként a lakosság spóroljon az energiafogyasztással és a lakásfűtés helyett öltözzenek az emberek otthon is melegebben, valamint villanyhasználat helyett éber létüket a nap járásához igazítsák.⁵ Meggondolatlan és dilettáns kijelentései nem veszi figyelembe, hogy a fűtés-spórolással nagyobb a megfázás, a tüdő-, a torokgyulladás veszély, a kevés elektronikus fénysugárhasználat pedig a szemet teszi tönkre. Közben Márki-Zay úgy érvel, hogy a szegényebb réteg, amely képtelen finanszírozni gyógyítását, vigyázzon az egészségére és egészséges életmódot folytasson a megbetegedések megelőzése

⁵ Márk-Zay Péter rendszeres vasárnapi kampánybeszédei során rendszeresen elhangzó álláspont

érdekében. Márki-Zay miniszterelnök-jelöltként még Gyurcsány Ferencet is túllicitálva kívánta a választások előtt a magyar lakosoknak eladni az USA-ból Gyurcsány által importált magánegészségügyet és magánegészség-biztosítást, mint ahogy francia, és kanadai ügynökként a szabadáras energiát, valamint a porszívót. A részletesen kielemezett gyurcsányi koncepcióban van még az egészségügyben és az egészségbiztosításban valamennyi állami résztulajdon és szociális védelem. Márki-Zay koncepciójában azonban semennyi. Az Origo utal arra, hogy Márki-Zay többször hivatkozott kampányai során arra, hogy ingyenes egészségügy és egészségbiztosítás sehol sincsen.⁶ Ebben igaza van. A közjogi kötelező egészségbiztosítás sem ingyenes. Azt munkaviszony esetében a munkavállaló és a munkáltató közösen, az önálló vállalkozó pedig maga fizeti havi járulék formájában a biztosított aktív munkásélete során. Ezen felül is lehet magánbiztosítást további és magasabb járulékfizetés mellett kötni. Ez esetben és olyan személy esetében, akinek nincs semmilyen egészségbiztosítása, annak egy közepes mértékű műtéte, pl. egy sérv-, vagy egy vakbélműtét belekerül ötszázezer forintba. Mármost, ha Márki-Zay elenzéki ex kormányfőjelölt és követője, a háziorként dolgozó árnyékminiszter Komáromi Zoltán fizetőssé tenné és magánosítaná az egészségügyet, akkor ez a tarifa a piac szabályai szerint általánossá válna, amit a csak kötelező társadalombiztosítással rendelkezők túlnyomó többsége nem tudna kifizetni, és ez mélységesen igazságtalan és antiszociális lenne annál fogva, hogy ők kötelező járulékfizetésükkel a köztisztviselként működő egészségbiztosító intézetet, valamint gyógyító intézményeit fenntartják. Ennél fogva, ha a Márki-Zay és a vele azonos Komáromi koncepció megvalósulna, akkor az állami egészségügy alaptalanul gazdagodna azon kívül, hogy a biztosított anyagilag és egészségileg is tönkre menne. Abban az esetben pedig, ha amerikai módra az Európa valamennyi államában valamennyi államában meghonosodott Bismarktól származó kötelező alap egészségbiztosítást megszüntetné, embertelen módon tenné tönkre a magyar társadalom és a munkaerő réteg legalább kétharmadát, ami a lerokkanási és a halálozási arányt ugrásszerűen katasztrofálisan megnövelné. Az is egy valóságtartalom nélküli nagy csúsztatás tőle, hogy Afrikában, ahol ingyenes volt az egészségügy, ott meghaltak az emberek, ahol viszont, ahol viszont fizetőssé tették, ott jól működött.⁷ Ez mind nem igaz. Fizetős volt mindenütt a kötelező egészségbiztosítás úgy, hogy a munkavállalók azt az adójellegűen beszedett járulékfizetésekből az állam fenntartotta, a kötelező járulékfizetés alapját pedig az általános munkavégzési kötelezettség jelentette. Ez érvényesült valamennyi észak-afrikai országban, így Líbiában és Irakban, sőt Kubában is. Ezekben az országokban bár kétségtelenül diktatúra volt, de volt foglalkoztatás-, és szerény jövedelem-, valamint megélhetés-biztonság, amit mindenkire kiterjedő nagyon jól működő szociálisan is kifogástalan egészségügy koronázott meg. Amikor az USA Németországgal és Franciaországgal együtt 2010-ben az „Arab Tavasszal” és „demokrácia exportjával” felborította ezt a rendet, azóta van ezekben az országokban anarchia és tömeges átvándorlási szándék a megélhetés hiánya miatt, ami egybevág az USA migrációs politikájával, hogy

⁶ A vizitdíjas orvos írta egészségügyi programot. Magyar Nemzet, 2022. január 28. 4. o.

⁷ Ld. előző jegyzetet

létrejöjjön Európában is az egyes államok nemzeti gyökereit kiszárító Pán-Európa, amit quasi gyarmatként uralni szándékozna. Ebbe az összefüggésrendszerbe tartozik az egészségügy leépítése, amelynek egyik, Magyarországra küldött ügynöke Márki-Zay, ha hatalomra került volna, vagy a mostani árnyék kormány hatalomra kerülne, teljesen a bemutatott amerikai rendszer került volna, vagy kerülne bevezetésre, figyelmen kívül hagyva, hogy az ember nem árú.

3.2. Az Európai Unió egyes tagállamainak reformpróbálkozásai. Európában ezt a neoliberais magyar ellenzék által propagált amerikai egészségbiztosítási rendszert eddig sehol sem vezették be. A chicagai közgazdasági iskola megpróbálta Chilében bevezetni Augusto Pinochet uralma alatt, azonban nem hozta a hozzá fűzött reményeket (Barta, 2001).⁸ Végül is kivezetésre került. Egy javítottnak remélt formája lett a már bemutatott holland és szlovák megoldás, ami ugyancsak nem sikeres. Rájött erre az Európai Unió is, amely eleinte ezzel akarta felváltani a jól bevált azt az egészségbiztosítási rendszert, amely alapszinten állami irányítású többoldalú konzultációs képvisellel működik, amelyben mintegy tanácskozási jogkörű képvisellel a munkáltató és a munkavállaló érdekvédelmi szervezetek delegáltjai (szociális partnerek) és a tagoknak minősülő biztosítottak a résztvevői. Ez az első pillér felosztó-kirovó rendszerrel működik, míg a kiegészítő pillér, ahol van már önkormányzat, és ahol az előbb említett résztvevők az állammal együtt többoldalú kollektív szerződéssel az előző év bevételei és szolgáltatási kiadásai függvényében állapítják meg a következő év havonta fizetendő járulékösszegeit. Ez a kiegészítő üzemi biztosítás, amelyben a munkavállalók vesznek részt és amely vegyesen felosztó-kirovó és tőkefedezeti alapon működik. Így, ilyen kétpilléres alapon működnek a szakmai egészségbiztosítási pénztárak is, így az orvosi-egészségügyi, a mérnöki és az ügyvédi stb. betegbiztosító pénztárak is a nyugat-európai államokban (Prugberger—Pongrácz, 2001). Ezt a rendszert próbálta az Európai Unió az előbb bemutatott megoldásával felváltani, amiben sajnos Ausztria elől járt és sok helyen megszüntek az üzemi betegbiztosító pénztárak (Homacher, 1989).⁹ Utóbb azonban az Európai Unió is rájött arra, hogy ez a rendszer nem megfelelő és azt az alapbiztosítási rendszert, amely az európai államokban többoldalú részvétellel quasi önkormányzati alapon működik, megpróbálták egy olyan kiegészítő biztosítási pillérrel megfejezni, amelyekbe a munkáltatók és a munkavállalók egyaránt részt vesznek. Ez egy fakultatív biztosítási pillér, amelyeket az irányelv és a magyar törvény értelmében a kötelező és köztestületi jelleggel működő alapbiztosításon felül a munkáltatók magánbiztosító intézetekkel kell, hogy megkössenek a munkavállalóikkal közösen. A munkáltatók döntenek el azonban, hogy e kiegészítő biztosításhoz mennyivel járulnak hozzá. Ez már összekapcsolódna a nyugdíjbiztosítással is. Erre az EU irányelvet adott ki implementációs kötelezettséggel, amelyet Magyarország is implementált annak ellenére, hogy a munkavállalók többsége a kafetériához ragaszkodik és nem akarja azt e kiegészítő

⁸ Barta Judit: A chilei és a magyar nyugdíjrendszer ismertetése, *Magyar Jog*, 2001/5. sz.298-300. o.

⁹ Beszámoló Karl Zehetnertől, Szociális munkáskonferencia, Bécs, 1986. okt. 2-6.; Joseph Homacher: Krankenversicherungsschutz im Ausland.46/1989.Beilage 15. D. 8-9.; Alfred Metzner (Hrsg): Versicherung im internationalem Vergleich. Metzner Verlag, (Österreich)

biztosítási formával felváltani (Prugberger—Barta, 2015). Ennek előzménye az, hogy az ILO (az ENSZ Nemzetközi Munkaügyi Szervezete) az európai államokkal kötött egy olyan egyezményt, mely szerint az üzemi tanáccsal, vagy ahhoz hasonló formációval létrehozzák a második, ún. kiegészítő pillért. Így alakult ki az üzemi kiegészítő biztosítás, amit az Európai Bizottság igyekezett szétverni és bevezetni az előbb itt ismertetett megoldást. Ennek alapul vételével van róla Magyarországon jogszabály, amely azonban nem érvényesül. Mivel a jogirodalomban egyre erőteljesebben jelentkezik az igény arra, hogy a cégek, különösen a nagyvállalatok szociálisan működjenek közre működési területükön az állampolgárok és saját dolgozóik jólétének a biztosításában (Kun, 2009) indokolt lenne az a korábbi, kétpilléres üzemi tanácsi rendszert, valamint az ugyancsak kétpilléres szakmai foglalkozási alapon működő biztosítási rendszert visszaállítani és Magyarországon is kialakítani.

3.3. Milyen reformmegoldás állna összhangban az egészség megőrzéséhez és feljavításához fűződő alkotmányos alapjoggal?

Kétségtelen, meg kell reformálni a magyar egészségbiztosítást. Ezt viszont a szociális piacon alapuló jóléti állam időszakában kialakult ma is érvényesülő 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 alapbiztosítás felosztó-kirovó jellegű, míg a kiegészítő biztosítás részben tőkefedezeti jellegű. E két pilléren nyugvó közjoginak minősülő kötelező egészségbiztosításnak két típusa ismeretes, amit az alapbiztosítás jellegéről neveztek el. Ennek figyelembevételével az egyik a népi, ill. lakossági egészségbiztosítás, ami a skandináv államok és Svájc sajátja, míg a másik az ún. jövedelemforrás szerinti egészségbiztosítás. Az elsónél az alapbiztosítási járulékot a jövedelemmel, azaz keresettel rendelkező személy a jövedelemadójával együtt fizeti be a lakóhelye szerint illetékes település polgármesteri hivatalának pénzügyi osztályán, amely a nyugdíj-járulékkel 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 alapbiztosítás esetében a tb-önkormányzat alapbiztosítási 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 [Homacher, 1989; Prugberger, 2008).

Némileg hasonlít ehhez, de különbözik is tőle az angol és a francia modell. Az angol modellnél a munkavállalók és a szabadfoglalkozásúak kötelező alapbiztosítását 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 képviselést az állami képviselő mellett. Franciaországban azonban a kiegészítő üzemi biztosítás fakultatív módon létezik, és nem elterjedt forma (Homacher, 1989; Prugberger, 2008).

A magyar egészségbiztosításhoz közelebb áll a nyugat-európai biztosítás másik, jövedelemforrás szerinti formája, ahol az alapbiztosítás 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. A munkavállalók esetében a kiegészítő második pillért az üzemi pénztárak jelentik, míg a szabad foglalkozásúak és a vállalkozók esetében a szakmai pénztárak. Az üzemi pénztárak mellett azonban választani lehet mind az alap-, mind a kiegészítő biztosítás tekintetében a szakmai pénztárakat, valamint a területi pénztárakat, amelyek külön-külön pénztárszövetségeket hoznak létre, amelyek Olaszországban az „Institute Nazionale delle Provvidenza Sociale”-ba futnak össze. E pénztárszövetségek Németországban és Ausztriában a Tartományi, és a Szövetségi Betegbiztosító Pénztár tagjaivá válnak, a Szövetségi Egészségbiztosítási Pénztár pedig a Szövetségi Nyugdíjbiztosítási Pénztárral együtt alkotja a „Bundes Anstalt für Arbeit”-et, amely a szolidaritás elvén nyugvó állami, de önkormányzat mellett működő kötelező alap és kiegészítő társadalombiztosítást átfogja (Homacher, 1989; Prugberger, 2008).

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, 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 kiegészítő 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 kifizetéseknek 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 vizit díj, 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, ill. felvilágosítás-kérés során is leszámolták a 300 Ft. összegű vizitdíjat.

Mindezek figyelembevételével azon az állásponton vagyok, hogy Magyarországon az itt leírt nyugat-európai modellek valamelyikét követve kétpilléres megoldással meg lehetne valósítani az egészségbiztosítás reformját oly módon, hogy annak közjogi-állami és szolidaritási jellege megmaradjon. Ezt már csak azért is meg lehetne tenni, mert a magyar népesedéspolitika ellentétben a nyugat-európai államokkal nem a zsákutcás betelepítési politikával kívánja a munkaerőpótlást megvalósítani, hanem a hagyományos családpolitikával, aminek a sikere kezd látszani a házasságok és a születések számának növekedésével. 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-köztisztviselői egészségbiztosítást a köztisztviselői szolidaritásos intézményi keretek több biztosító 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 egyúttal kezelni tudnák a hozzájuk tartozó pénztárak tartalék alapját és ha valamelyik pénztár feloszlana a szövetség feladata lenne a feloszlott pénztár tagjait az összegyűjtött tőkájukkal 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 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-ban 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 pillérről 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 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 gyermeket nem nevel. Ha igen, akkor továbbra is jogosulttá kellene tenni a hozzátartozó jogon történő egészségbiztosításra. Visszatérve a kétpillérségre, a második pillérről a horizontálisan tagolódnak kialakítani javasolt pénztártípusok vertikálisan is tagolódnának olyan 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 Gyurcsány kormány annak idején a már említett módon 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 jelentette, hogy a kormány meg kívánta szüntetni az OEP-et. Így valamennyi nyugdíjpénztár igazgatása az abba belépő magánbiztosító intézetek hatáskörébe került volna, ami a holland és a szlovák rendszerhez hasonlóan nálunk Magyarországon is megölné a szolidaritási elvet. Hiába ígérte az akkori 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 ismertetni a Magyar Orvosi Kamara által 2008-ban az Országgyűléshez benyújtott álláspontját az akkori egészségbiztosítási törvénytervezetre. Pozitívnak tartom, hogy lényegében az OEP-et fenn kívánja tartani Nemzeti Egészségbiztosítási Pénztárnak átkeresztelve, és azt is, hogy vissza

kívánta 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 választotta volna meg és nem közvetlenül a lakosság, abból a szempontból jó, hogy így a szakértelmi alapon történő kiválasztás jobban biztosított és elkerülhetőek lettek volna az 1993. évi tb-i önkormányzati választás fonákságai. Az Orvosi Kamara akkori törvényjavaslata egyúttal korrigálta volna az Antall-kormány az egészségbiztosítási önkormányzat nyugat-európai mintára történt kiépítésével azt a nagy hibáját is, ami abból adódott, hogy sem az egészségbiztosítási, sem a nyugdíjbiztosítási önkormányzatba nem építette be az állami képviseletet. 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, ill. a megyei egészségügyi tanács megválasztását a megyei közgyűlés hatáskörébe, a megyei jogú városokban esetleg szervezendőket pedig a képviselő testület hatáskörébe kellene adni.¹⁰ 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 pillére 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.

Mivel ez a témakör végső soron alkotmányjogi kérdésként jelenik meg, indokolt lenne az Alaptörvény XX. cikkelyének (1). bekezdését oly módon kiegészíteni, hogy *„mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez, valamint az egészséges környezethez és aminek intézményes megóvásáról az állam megfelelő szervei gondoskodnak”*.

4. Összegzés

Az eddig leírtakból kitűnik, hogy mind az, amit a magyar neoliberális ellenzék a legutóbbi parlamenti választások során kifejtett és azóta is kifejti, szinte szóról szóra az, amit Gyurcsány több, mint egy évtizeddel ez előtt akart bevezetni. Ez a neoliberális magyar egészségügyi és egészségbiztosítási reformelképzelés az amerikai rendszer leképezése, amit két ország liberális kormánya bevezetett Európában is. Egyértelműen kiderült, hogy a biztosítottak számára szociális

¹⁰ Prugberger: A társadalombiztosítási önkormányzat korszerűsítésének kérdéséhez. Magyar közigazgatás, 1996/2. sz.; U. ő: A társadalombiztosítási rendszer átalakításának kérdéséhez. Magyar Közigazgatás, 1996/7. sz.

szempontból érzéketlen és csak az egészségügyet hordozó intézmények gazdasági érdekeit helyezi előtérbe és vállalkozásra orientált. Emiatt, ahol bevezetésre került sikertelenné minősült és az emiatti társadalmi ellenállás következtében liberális beállítottságú kormányok buktak bele. Ez következett be Gyurcsány esetében is, aki lemondani kényszerült. Presztízsből, emberi hiúságból azonban a legutóbbi parlamenti választások során is tovább erőltette az ellenzéki miniszterelnök-jelöltön, és erőlteti most is az árnyékkormány kiszemelt egészségügy-miniszterén keresztül. Bár az utóbbi orvos, de házi orvos és sem nem szakorvos és sem nem kórházi orvos.¹¹ Ezen túlmenően az egészségügy széles területeire sincsen valószínű, mert annak igazgatásában nem dolgozott. Ahhoz, hogy valaki megalapozottan tudjon az egészségügy és az egészségbiztosítás kérdéseire, az orvosi diplomán és a háziorvosi praxison kívül szakrendelői és felülvizsgálati, valamint kórházi gyakorlat is szükséges. Ezen túlmenően, pedig aki az itt tárgyalt témakört irányítani akarja, a betegellátáson kívül megfelelő rálátással kell rendelkeznie, azaz egészségügyi szervezésére és az egészségbiztosításra egyaránt.

Irodalomjegyzék

- Barta Judit (2001): A chilei és a magyar nyugdíjrendszer ismertetése, *Magyar Jog*, 2001/5. sz.298-300. o.
- Elek Nikoletta — Máté Patrik (2022/1.): Egészségügy: riogató a múlt árnya (A baloldali kormányok elátkozott politikáját hozná vissza Márki-Zay Péter). *Magyar Nemzet*, 2022.január 29. sz. p. 5.Elek Nikoletta –Máté Patrik (2022/2): Az egészségügyben a múlt réme fenyeget. *Magyar Nemzet*. 2022. január 29. p. 1. és 4. + U. ók:Riasztó a múlt árnya. (Út a halálba, megcsonkított kórházak, Egészségügy a cégek markában. p. 5.
- Homacher, Joseph (1989): Krankenversicherungsschutz im Ausland, 46/1989. *Beilage* 15 D. 8-9.
- Komáromi Zoltán nyilatkozatai a 2022. áprilisi választások előtt a Magyar Hírlapban és a Magyar Nemzetben, valamint a Népszavában, majd az Árnyékkormány megalakulását követően a Népszavában és a Magyar Nemzetben
- Kun Attila (2009): *A multinacionális vállalatok szociális felelőssége*. Ad Librum Kft. Budapest-
- Metzner Alfred (Hrsg.) (1989): *Versicherung im internationalem Vergleich*. Deutsche Gewerkschaftsverband für Gesundheitsweswesen. 1989
- Prugberger Tamás (2007): Egészségbiztosítási reform és az alkotmányosság. *Polgári Szemle*, p. 39-40.
- Prugberger Tamás (2008): Egészségbiztosítási reform és alkotmányosság. *Publicationes Universitatis Miskolciensis Sectio Iuridica et Politica. Tomus XXVI/2*. Miskolc, University Press. p. 415-416.
- Prugberger Tamás (2008): *Az európai szociális jog vázolata*. Debreceni Egyetem ÁJK—Lícium Art Könyvkiadó, Debrecen. p. 65-96.

¹¹ Ld. Komáromi Zoltán szakmai életrajzát

-
- Prugberger Tamás (1998): Érdekegyeztetés, de hogyan? *Valóság*, 1998/11. p.1-2.
 - Prugberger Tamás — Pongrác Aladár (2001): *Magyar és európai összehasonlító társadalombiztosítási jog*. Bíbor Kiadó, Miskolc, 2001. 29-43. o.
 - Prugberger Tamás – Barta Judit (2015): A foglalkoztatást elősegítő nyugdíj megszervezésének és finanszírozásának újtjai az Európai Gazdasági Térség államaiban és Magyarországon. In: Lentner Csaba (szerk.): *Adózási pénzügytan és államháztartási gazdálkodás. Közpénzügyek és államháztartástan. II.* Nemzeti Közszolgálati Egyetem. Budapest, 2015. p. 532-566.
-
-