

## **Mire szerveződik, azaz milyen kockázatokat fed le a kötelező egészségbiztosítás? – Szempontok az újragondoláshoz. I rész.**

Dr. Kincses Gyula, egészségügyi szakértő

A XXI. század Európájának meghatározó kérdése hogy hogyan lehet összeegyeztetni a versenyképesség megőrzését/javítását az örökölt jóléti rendszerek fenntarthatóságával, és hogyan lehet megőrizni a társadalmi békét a fenti konfliktus feloldása során. A jóléti rendszerek (a szerzett jogok) fenntarthatósága kódoltan fokozódó forrásigényű a demográfiai változások (korösszetétel és családszerkezet átalakulása) és a tudományos – technológiai fejlődés miatt, de a fentiek fedezetének biztosíthatósága gazdasági növekedést igényel, aminek legismertebb eszköze az adó- és járulékcsoökkentés, ami változatlan szokás-rendszerben nem teszi lehetővé a jóléti rendszerek szükséglet- és technológia-követő forrásellátását. Ha figyelembe vesszük, hogy a gazdasági növekedés súlypontja egyre erőteljesebben a távol-kelet felé tolódik el, akkor belátható, hogy ez a konfliktus csak éleződhet, és így elkerülhetetlen a jóléti rendszerek felülvizsgálata.

A kötelező egészségbiztosítás felülvizsgálatánál az ellátási csomagból ki kell zárni a más ágazatba tartozó ellátásokat (szociális célú ellátások, transzferek), az idegen érdekű kockázatokat (a foglalkoztatásból, munkavégzésből adódó kockázatok, a versenysportból adódó kockázatok), illetve szisztematikusan rá kell terhelni külső károkozóra (pl. közlekedési baleset, bűncselekmény stb.) az általa okozott károk ellátási költségét. A napi viták is bizonyítják, hogy rendszerszerű átgondolás után – lehetőleg más típusú, kiegészítő kockázatkezelésbe víve – kell kizárni az egészségbiztosítás felelőségi köréből a nem a szokványos életvitelből fakadó önként vállalt extra egészségügyi kockázatokat.

*New aspects of risk management in public health insurance. -Focus points for revision. One of the main issues of the 21st century in Europe is how to harmonize maintenance of economic competitiveness and sustainability of inherited welfare systems, furthermore how to defend social peace in this conflict. Sustaining welfare systems is requiring more and more resources because of demographic changes (age structure and family model changing) and scientific and technological revolution. Financing welfare systems demands economical growth, which requires reduction of contribution fees and taxes. Reduced public sources do not allow financing welfare systems. Considering that the center of economic growth has moved to Asia, we can affirm that this conflict will become still deeper and we can not avoid restoring our welfare system.*

*During this revision work we have to eliminate from the insurance basket of social indicated services (social services and transfers) the third party's risks (risk during work and professional sportive) and we have to make the bills of treatments paid by the ones who are responsible for the harms and injuries (in case of car accidents or crimes etc.). We also have to exclude from the basket the consequences of voluntarily chosen extreme risks (extreme sports etc.).*

### **PROBLÉMAFELVETÉS**

Mára már mindenki számára nyilvánvaló, hogy a kötelező társadalombiztosításnak a II. világháború után kialakult és megszokottá vált ideája – amelyben a célmodell és a szölamok szintjén az általános és feltétel nélküli szociális biztonság mellett az egészségügyben mindenkinek, bárhol bármi jár, ami a kor színvonalán technológiailag általánosan lehetséges –, nem fenntartható. Mindez a kormányokat – Magyarországon is – időről időre a társadalombiztosítás juttatásainak a felülvizsgálatára kényszeríti. Magyarországon a '80-as évek végén kezdődött rendcsinálás során minden kormány folyamatosan szembesült azzal, hogy a társadalombiztosítás kasszájából oda nem való ellátásokat is finanszíroznak, és fordítva: tipikusan egészségbiztosítási ellátást a költségvetés finanszírozott, a társadalombiztosítási alapok helyett. A rendrakás Magyarországon 1990-ben az úgynevezett forráscserével kezdődött, amikor a GYES – GYED kikerült a társadalombiztosítási ellátások kasszájából, és „cserébe” az egészségügyi természetbeni ellátások finanszírozása a kötelező egészségbiztosítás feladatává vált.

Miután a demográfiai és technológiai folyamatok miatt az ellátási igények gyorsabban nőnek, mint ennek a gazdasági fedezete, belátható, hogy az alapkonfliktus tartós és nem oldódik. A pénzügyi kényszerek újabb és újabb felülvizsgálatra készítetik az aktuális kormányzatokat, ami időnként a szerzett jogok felülvizsgálatát is elkerülhetetlenné teszik. A szükség nagy úr, ezért az utóbbi időben felerősödött a juttatások radikális szűkítésének igénye, akár a nyugdíj, akár az egészségügyi alap tekintetében. Napjainkban úgy a politika, mint a különböző hivatalok, de lelkes szervezetek és szakértők oldaláról is sorra bukkannak fel a különböző szigorító ötletek a kordedvezményes nyugdíjak megvonásától a táppénz és a rokkant-ellátások felülvizsgálatán, vagy a dohányosok, alkoholisták megbüntetésén keresztül a hamburgeradóig. Ezért – legalább így utólag, a munka közepén – érdemes lenne tisztázni, szisztematikusan végiggondolni,

hogy miről is van szó, azaz mi is az a társadalombiztosítás, mit várhatunk el tőle, és főleg: milyen feltételek mellett.

A dolog tehát fontos, mert ha figyelembe vesszük, hogy a jelenlegi korstruktúra kódolja az idősök arányának drasztikus növekedését – és a születések számának amúgy igencsak kívánatos növekedésével az eltartottsági rátán rövid távon csak rontani lehet ... –, valamint azt, hogy a gazdasági növekedés súlypontja egyre erőteljesebben a távol-kelet felé tolódik el – ami nem festi túlzóan rózsásra az európai gazdasági növekedés kilátásait –, akkor könnyen belátható, hogy a most felmerülő ötlethorog egy egyre markánsabban kirajzolódó, később evidenciaként felmerülő problémátömeg miatt generálódik, és a közeljövőben ez a jóléti rendszerek, a társadalmi célok, prioritások teljes újragondolását igényli.

Ez az írás az általános problémaexpozíciótól eltekintve a kötelező egészségbiztosítás szemszögéből vizsgálja a társadalombiztosítás feladatait, és abból indul ki, hogy az egészségbiztosítással kapcsolatban az alapelvű az, hogy végre tisztázzuk a beszéd legyen, és ehhez meg kell határozni, hogy a kötelező egészségbiztosítás ellátásai

- milyen célból (pl.: gyógyító, rehabilitációs vagy optikai tuning),
- milyen kockázat miatt (a TB által kezelendő, vagy külső érdekű kockázat, vagy önként vállalt, extra kockázat),
- milyen technológiákkal (a befogadott, azaz finanszírozott vagy támogatott technológiák),
- milyen eljárásrendben (az igénybe vehető szolgáltatói kör kijelölése, a beutalási rend meghatározása, betegút management, várólista alapján, mennyiségi korlát, kiegyensúlyozó díjak stb.),
- milyen hozzáférési garanciák mellett (időbeni és térbeni garanciák) vehetők igénybe.

A fenti kérdések megválaszolásához szükséges van egy elvi – társadalomfilozófiai jellegű tisztázásra is. Ahhoz, hogy középtávon is használható válaszokat találjunk, három kérdést kell felvetnünk. Az első – amit általában mellőzünk –, az a filozófiai, társadalompolitikai kérdés, hogy mi is az a társadalombiztosítás, milyen célból, milyen kockázatok kezelésére szerveződik?

Ha ezt megválaszoltuk, utána érdemes másodikként foglalkozni a gyakorlati síkra vivő „ellátási csomag” kérdésével, azaz, hogy mi, és milyen feltételek mellett jár a biztosítottaknak?

Mára már az is egyértelmű, hogy mindezt ki kell egészítenünk egy harmadik kérdéssel is: milyen feltételek mellett érvényes mindez, azaz a jogokon kívül milyen kötelezettségei vannak a biztosítottaknak.

## A KÖTELEZŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS KOCKÁZATKEZELÉSE

A különböző biztosítási rendszerek kockázatok kezelésére szerveződnek, és ez igaz a társadalombiztosításra is. Az egészségi állapot változása miatt az egyénre háruló ter-

hek porlasztására és kiegyenlítésére szerveződő kockázatközösségeket nevezzük egészségbiztosításnak, és ha ez az egészségbiztosítás szolidaritás elven szerveződik, akkor ez a társadalombiztosítás rendszerén belül működő, (adott körre) kötelező egészségbiztosítás. Le kell szögezni, hogy – a fentiekből következően – a kötelező egészségbiztosítás nem általában az egészségügyi ellátások finanszírozásának intézményrendszere, hanem egy biztosítás, – jelen esetben a kötelező, szolidaritás elvű egészségbiztosítás –, amely az alaplogika és főszabály szerint a külső érdeket nem szolgáló, az általános, azaz a társadalmi szokásoknak megfelelő életvitel mellett véletlenszerűen és harmadik félnek fel nem róhatóan bekövetkező egészségi kockázatok kezelésére szerveződik. A megállapítás mindhárom tagja (nem külső érdekű, a „kommersz” életvitelből következő, és harmadik félnek nem felróható) egyaránt fontos és hangsúlyos. Az ezen kívül eső kockázatok kezelése nem a kötelező egészségbiztosítás feladata.

A kötelező egészségbiztosítás kockázat-tisztításánál – a fenti alapelvek megfelelően – négy fő vezérelv működhet:

- Ki kell szűrni, le kell választani a nem az adott biztosítási ágba tartozó ellátásokat.
- Külön kockázatkezelési/finanszírozási rendszerbe kell vinni a külső, a harmadik fél érdekében bekövetkező kockázatokat.
- A külső károkozás kapcsán bekövetkező károkat a károkozóra kell ráterhelni.
- A kötelező egészségbiztosítás kárkezeléséből ki kell zárni bizonyos, az egyén választása alapján bekövetkező kockázatokat.

## A MÁS ÁGAZATOKBA TARTOZÓ KOCKÁZATOK KIZÁRÁSA

A tartalmilag (az ellátás jellege miatt) nem az egészségbiztosítás ellátásaiba tartozó kockázatok leválasztása nem vitatott, és az 1990-es „forráscsere” óta folyamatosan zajlik. A kötelező egészségbiztosításról e tekintetben alapvetően a szociális (jövedelempótló), a gyermeknevelési támogatások, és az ápolási feladatok választandók le. Az előzőek tisztázása egyszerű, az ápolásé már némileg bonyolultabb. A foglalkoztatással összefüggő terhek leválasztása (hibásan balesetbiztosításnak nevezett) önálló biztosítási ágba reális felvetés lehet, az ápolásbiztosítás szakmai racionalitása szintén védhető, de a biztosítás-matematikai és makrogazdasági hatások ma inkább negatívak (Egy új társadalombiztosítási ág – az ápolásbiztosítás – látens szükségletek tömegét manifesztálná, legalizálná, ami biztosítási rendszerben finanszírozhatatlan). Miután ez a tanulmány a kötelező egészségbiztosítás tartalmának meghatározására koncentrált, e terület tisztázását most nem vállalja fel.

## A harmadik fél érdekében bekövetkező kockázatok kezelése

Klasszikusan – vita nélkül – ide tartozó terület a munka világából, a foglalkozásból származó kockázatok kezelése,

valamint a versenysport. Az elv itt tiszta: az fizesse meg az így keletkező többletkockázatok költségét (akár a kiemelt megelőzés, a többlet-szűrési igény, akár a keletkezett károk, sérülések ellátása miatt következik be), akinek az érdekében ez a kockázat keletkezik. A munka világában a közvetlenül teherviselő a munkáltató, aki ennek költségét a termék árába építi be, így a végső teherviselő a fogyasztó. Ugyanez az elv érvényes a versenysportra is: az egyesületnek kell viselnie ezeket a költségeket, és az egyesület ezt majd a jegyek árába építi be, illetve szponzorokra hárítja. A foglalkozás-egészségügy leválasztását az is indokolja, hogy a társadalombiztosítás alapelve a jövedelemarányos hozzájárulás és szükségletarányos ellátás, tehát szolidaritás elvű egészségbiztosításban nem megengedhető a kockázat-arányos befizetés. Ez tipikusan az üzleti biztosítások sajátja. A foglalkozás-egészségügy az a terület, ahol a kötelező társadalombiztosításon belül is megengedhető (sőt: elvárt) a kockázatarányos befizetés.

A dolog eddig tiszta. Elmosottabb kontúrú zónába ott lépünk, ahol pontosítani akarjuk a versenysportra hárítandó felelősség tartalmát. Ma ez a versenysporttal kapcsolatos többletszűrésre, speciális ellenőrzésre, a speciális masszázsokra (gyúrás) stb. vonatkozik. A sérülések ellátását (ha a sportolónak van érvényes TAJ száma) az egészségbiztosítás fizeti. A gondolkodás mai határai addig terjednek, hogy ha az egyes ellátások tartalma tisztességgel meg lenne határozva (finanszírozási protokollok), akkor az ettől eltérő technológiákat kell(ene) a sportolónak, a biztosításának fizetnie. A gyakorlatban ez ma úgy működik, hogy ha az adott sérülés jól ellátható egy közfinanszírozású kórházban, akkor a sportoló oda megy és az ellátást az OEP kifizeti, ha speciális technológiát akar igénybe venni, akkor a magánklinikán kifizeti saját maga. Most, amikor a közösségi felelősség határainak a feszegetése folyik, bizonyosan felmerül az a kérdés is, hogy a versenysport keretében szerzett sérülések ellátásnak költségét (az alkalmazott technológiától függetlenül) teljes egészében az egyesület – annak biztosítása – fizesse-e.

A külső érdekű kockázat másik nagy területe, amikor az adott ellátás hozzáféréseinek biztosítása nemzetbiztonsági vagy nemzetpolitikai érdek. Az alapelv itt is egyértelmű: az ellátás nem az egyén, hanem a közösség, a nemzet érdekében következik be, így ezek költségét a közösség képviselőjének, az államnak kell viselnie. A nemzetbiztonsági érdekkörbe sorolhatók a közegészségügyi, járványügyi ellátások, hiszen itt az ellátás elsődleges célja a közösség védelme, így az ellátás igénybevehetőségét nem szabad sem biztosítási jogviszonyhoz, sem az egyén fizetőképességéhez kötni (Egyes járványügyi feladatokat az egészségügyi ellátórendszer lát el, és formálisan a kötelező egészségbiztosítás finanszírozza, de itt csak technikai megoldásról van szó, mert a forrást a központi költségvetés címzetten átadja). Bár nem ilyen elismerten, de szintén a nemzetbiztonsági érdekkörbe sorolhatók azok a kockázatok, amelyet egyes hivatalosan is elismert szervezetek, csoportok közfeladat ellátása közben viselnek. Ide sorolhatók például a speciális mentőcsoportok, vagy a polgárőrök. Vannak olyan egészségügyi

ellátások, amelyek biztosítása nem nemzetbiztonsági, hanem nemzetpolitikai érdek. Ide két nagy elvi csoport sorolható: a reprodukcióval kapcsolatos egészségügyi ellátások, és a határon túl élő magyarok ellátása. A demográfiai krízis felerősíti azt az elvárást, hogy az egészséges és tudatos utódlás lehetőségét támogató új egészségügyi technológiák hozzáférhetősége ne legyenek költséghatékonysági alapon konkuráló viszonyban az egyéb ellátásokkal, hanem a minél több egészséges gyermek születése érdekében a reprodukcióval kapcsolatos ellátásokat (nem csak a terhes-gondozást és szülést) minél szélesebb körben a költségvetés finanszírozza. Arról nincs vita, hogy nemzetpolitikai megfontolásból bizonyos egészségügyi ellátások biztosíthatók egyes határon túli magyarok számára, de ennek forrása nem lehet a magyar biztosítottak járuléka, hanem alapítványi formák, vagy költségvetési források jöhetnek szóba.

### A külső károkozó felelősségének erősítése

Maga a gondolat, hogy a károkozó fizesse az általa okozott kárral kapcsolatos egészségügyi ellátás költségét nem új, hiszen a MABISZ törvényi kötelezettség alapján, megállapodás szerint régóta fizet egy átalánydíjas összeget a gépjárművek által okozott balesetek költségtérítésére. A külső károkozók kártérítése gyakorlatilag erre az egy területre korlátozódik, ráadásul ennek összege finoman szólva sem kötődik tényadatokhoz érdek, elszántság és technológia hiányában. Ezért nem véletlen, hogy a Stratégiai Szövetség a Magyar Kórházakért Egyesület ismét az asztalra tette ezt a kérdést. Ezen a területen is ki lehet mondani egy egyszerű és könnyen elfogadható alapelvet: ha az egészségkárosodás bizonyítottan harmadik félnek felróható okból következett be, akkor ennek az ellátási költségeit fizesse az, aki a kárt okozta. Az elv egyszerű, a megvalósítás már bonyolultabb. A kérdések: ki, milyen esetben, és mi után fizet. A legegyszerűbb a felróhatóság kérdése: ez közigazgatási eljárási végzéssel, vagy bírói ítélettel könnyen egyértelművé tehető. A „ki fizet”, csak látszólag egyszerű, mert az ellátás költségei drasztikusan nőnek, a károkozó sok esetben nincs abban a helyzetben, hogy az okozott kárt meg tudja téríteni. Teljesen logikus az a megközelítés, hogy a súlyos egészségkárosodást okozó rabló ne csak a feltört zárat, meg az ellopott ékszereket, hanem a kirabolt és bántalmazott áldozat gyógykezelési költségét is térítse meg. Az elvárás jogos, de a börtönkeresetből igen kis eséllyel lehet ezt az összeget visszanyerni. A relatíve rossz behajthatóság nem indok arra, hogy ezt az igényt ne jelentsük be: az egészség, az emberi élet felértékelését is jelenti az, hogy az ilyen károk legalább forintosítva vannak, nyilván vannak tartva, számon vannak kérve. Ami ennél fontosabb: ahol lehet, ennek a kárnak a kezelését közösségi kockázatkezelésbe kell vinni. A mai szabályok szerint, ha valaki részegen karambolozik, akkor a másik autóban és a benne ülőkben esett kárt a kötelező felelősségbiztosítás fedezi, a saját autójának kárát saját maga – vagy ha van: a CASCO biztosítása –, míg a saját autó utasainak ellátási költségét az OEP fedezi. Ha a társadalmi közhangulat megváltozik és nem lesz ilyen megenge-

dő a részességgel, akkor lehet, hogy egyszer realitássá válik a Stratégiai Szövetség a Magyar Kórházakért Egyesület javaslata, és az ellátás költségeit részben, vagy egészében a károkozónak kell fizetnie, beleértve a saját ellátását is. Az ellátás-biztoság, a társadalmi béke érdekében véleményem szerint csak az engedhető meg, hogy az ilyen esetre is ki kell terjeszteni a kötelező biztosítást, és ezt a problémát közösségi kockázatkezeléssel kell kezelni. Emlékeztetőként: az egészségi állapot és a jövedelemtermelő képességünk általában fordítottan arányos, tehát ha (bármilyen okból) súlyos egészségkárosodást szenvedünk, estélytelenek vagyunk a kár kifizetésre.

A károkozások megtérítésével kapcsolatban – ha a gondolkodás konzekvens – még egy kínos kérdés vetődik fel: a műhibák következtében bekövetkező egészségügyi ellátások költségének a kérdése. (Valóban az OEP fizesse-e annak a kismamának a nyelöcső-rekonstrukciós műtétjét, akivel tévedésből lúgot itattak, vagy ez a kórház amúgy sem működő felelősségbiztosításának a feladata.) A jogi, elméleti válasz egyértelmű, ugyanakkor az egészségügyi intézmények jelen helyzetében ezt a terhet is rájuk tenni: az már az ellátás biztonságát kockáztató lépés lenne.

A megvalósítás nehézkes pontja a „mit fizet” kérdésre adandó válasz bizonytalansága. A válasz látszólag evidens: a károkozásból fakadó egészségi állapotváltozás gyógyítási költségeit kell fizetni. A biológiai rendszerek (magyarul: az egészség) komplexitása miatt a helyzet nem ilyen egyszerű: a balesetek nem egészséges embereken következnek be, és a későbbi állapotváltozások is komplex hatásként jelentkeznek, amiből nehéz leválasztani a csak az egyik komponensre visszavezethető változást. Ezért elképzelhető, hogy célszerű a közvetlen ellátási igényre korlátozni a kártérítési kötelezettséget. Ismételten aláhúzom: az általam felrakott kérdőjelek nem a megvalósítás ellen érvelnek, csupán az esetlegesen „hirtelen felindulásból” végzett törvénykezés kapcsán felmerülő problémákat jelzik.

A károkozóra való ráterhelés tehát a kötelező egészségbiztosítás területén egy követhető és követendő, azaz konzekvensebben alkalmazandó elv. Mielőtt a politika ebbe nagyon beleszeret, rögzíteni kell egy igen fontos alapelvet. A biztosítottak jár az ellátás, függetlenül attól, hogy az ellátás bekövetkeztéért harmadik fél okolható-e. A kórházaknak a biztosítottakat el kell látni, a kórházaknak az ellátást az egészségbiztosítás kasszájából ki kell fizetni, és ha van végzés, ítélet, akkor az egészségbiztosítónak kell a károkozótól, vagy viszontbiztosítójáról az ellátása költségét behajtani. Tehát nem állhat elő az a helyzet, hogy a károkozás okának tisztázatlansága, vagy felmerülő saját felelősség miatt a beteg ellátatlan maradjon, vagy az ellátó ne jusson a pénzéhez a károkozó felelősség tisztázásáig.

#### **Az önként vállalt „extra” kockázatok kérdése**

Jogos, de a legvitatottabb, legtöbb helyen és néha abszurd módon felvetett kategória az önként vállalt kockázatok kérdése. Ma már nem eretnokség annak kimondása, hogy a társadalombiztosítás nem vállalhatja be minden különleges

és öncélú kívánság kockázatát, hanem a „normális” – azaz az általános és a társadalmi normák, a szokások által elfogadott – életvitel mellett jelentkező kockázatokat fedi le. Így ma már megkérdőjelezhető a mérges kígyót és tigrisot otthon tartók, különlegesen veszélyes sportokat űzők kockázatainak közösségi kezelése. A gondolat annyira nem abszurd, hogy ma már törvény rendelkezik erről, csak sajnos rosszul. Ugyanakkor az inga effektus túlmozgása és a szolidaritás napi gyakorlatának meggyengülése miatt ma szélsőségesen az egyéneket terhelő, a társadalmi gondoskodás lehetőségét széles csoportoktól megvonó ötletek is felmerülnek (megérdemli az a szemét...), ezért érdemes a teljes problémakört strukturáltan és higgadtan áttekinteni.

Az önként vállalt egészségügyi kockázatok – logikájában és a kezelés technikájában is igen különböző – két nagy csoportba bonthatók. Az egyikben valamilyen „különleges” tevékenységhez köthető kockázatok – sárkányrepülés, tigrisstartás, off-piste síelés stb. – kezeléséről van szó, a másik pedig az egészségkárosító életmódból fakadó többletkockázatok kezelése.

#### **A kiemelt kockázatu „különleges” tevékenységek kérdése**

A tevékenységhez kötött kockázatok köre is újabb három alcsoportba bontandó. Az első csoportban a rendszeres tevékenység valamilyen engedélyhez, szervezett kerethez köthető. Ilyen az, ha valaki pl. vadászik, szervezeten sport/sárkányrepül, versenyszerűen extrém sportokat űz, vagy mérges kígyókat, tigriseket tart. A halmaz közös tulajdonsága az, hogy a többlet kockázatot jelentő tevékenység valamilyen engedélyhez kötött: jogosítvány, tagsági igazolvány, vadászenedély, állat-tartási engedély stb. Ebben a csoportban az engedély kiadását lehet/kell kiegészítő biztosítás megkötéséhez kötni. Ez szükség esetén felelősségbiztosítás is: a sárkányrepülő harmadik személyben is kárt tehet, nem is beszélve a tigrisekről, amelyek a harmadik mellett negyedik, sőt ötödik személyben is képesek kárt tenni. Mindez persze kombinálható azzal, hogy egyes veszélyes tevékenységeket szervezeti formához, engedélyhez lehet kötni (pl. alpinizmus).

A másik esetben szervezett eseti igénybevételről van szó: valaki elmegy síelni, jegyet vásárolva alkalmilag sárkányrepül, tandem ejtőernyő-ugrik, air-bordol, bungee-jumping-ol stb. Itt irreális elvárás lenne az előzetes kiegészítő biztosítás megkötésének előírása, nem életszerű, hogy egy vásári attrakció igénybevétele előtt valaki elbandukol a közeli kisvárosba egyszeri kiegészítő biztosítást kötni. Ebben a csoportban a mű üzemeltetőjét kell felelősségbiztosításra kötelezni, és az ő biztosítása fedezi a mű üzemeltetése kapcsán bekövetkező károkat. A biztosítási díjat az üzemeltető bizonyosan beépíti az árba, tehát végső soron az igénybevevő fizeti meg biztosítást. Ugyanakkor ez a konstrukció alkalmas arra, hogy az üzemeltetőt a minél nagyobb biztonság irányába szorítsa, hiszen a biztosítási díjtétele kockázat-arányos, és bónusz – másulz rendszerrel kombinálható.

A harmadik kategória a legnehezebben definiálható mezsgye, amikor a kiemelten veszélyes tevékenységet nem

szervezetten végzi valaki: nem pályán, csak úgy a környező dombokon síel, kirándulás közben sziklát mászik stb. Vélhetően taxatív felsorolásokkal, egyes tevékenységek tiltásával itt is lehet a lyukat a hálón szűkíteni, de egyrészt az első két kategória bevezetése az ilyen esetek zömét kezelné, másrészt a kötelező társadalombiztosítás feladatait sem szabad nullára redukálni.

Az elvek mellett az alábbiak figyelembevételét javasolt:

- Tisztában kell lenni azzal, hogy ezek a rendelkezések első sorban üzenet értékűek, nem pedig bevételtermelők, mert az ilyen jellegű károk össz-volumene nem jelentős, az „extrém” sportok által okozta károk elenyészőek pl. a labdajátékok, vagy háztartási balesetek okozta károkhoz képest.
- Az egyes extra kockázatok kizárásának nem szabad büntető, megtorló jellegűnek lenni, nem okozhatja személyek, élethelyzetek ellehetetlenülését. A cél az ilyen tevékenységek esetében elsődlegesen a biztonság növelése a tisztázott felelősség mellett. Ezért ahol megoldható, szervezett kockázatkezelést (kiegészítő biztosítás vagy felelősségbiztosítás) kell előírni.
- Az egyes tevékenységek „veszélyes – nem veszélyes”, „extra kockázat – általános kockázat” jellegű besorolása helyett a tevékenység végzésének a szervezeti formája szerinti megközelítés az életszerűbb. Nem az a valós kérdés, hogy például a futball, mint olyan veszélyes (extra kockázatú) sport-e, hanem az, hogy ki milyen keretek között műveli. A versenysport keretében végzett futball kockázata teljes egészében – a gyógyítás költségeivel együtt – ráterhelhető az egyesületre, de a grundfoci sérüléseinek ellátása ettől még a kötelező egészségbiztosítás feladata marad, hiszen a szabadidősport, mint olyan semmiképpen sem tekinthető a normál életvitellel ellentétes magatartásnak.
- Az extra és az általános kockázat közötti határok kultúránként, az adott tevékenység megítélésének függvényében változnak, és a határok időnként egymásba nyúlnak. Jó példa az átmenetre az osztrák gyakorlat: a síelés egy általánosan elfogadott tevékenység (nem extrém sport), ezért a síbalesetek gyógykezelésének költségét a társadalombiztosítás állja, de a sípályán való ellátás, az onnan való lehozás (tepsiben vagy helikopterrel) költségét már a síelő, vagy kiegészítő biztosítása fizeti.

### Az életmódból fakadó kockázatok

Az önként vállalt extra kockázatok másik nagy csoportja az „önsorsrontás”, azaz az egészségtelen életmódból fakadó extra kockázatok kezelésének kérdése. A közgondolkodás határai itt is újrarajzolódnak, már csak azért is, mert nagyban változnak a társadalmi minták, mást értünk ma „normálisnak” tartott életvitel alatt, mint pár évtizeddel ezelőtt. A dohányzás évtizedeken át a társadalmilag teljesen elfogadott minták közé tartozott, a filmklasszikusokban is a dohányzás a férfiaság egyik elengedhetetlen kelléke volt. Ez a minta átalakulóban van, egyes országokban már szánnalommal vegyes megvetéssel néznek a dohányzásfüggőkre, akik a kevés kijelölt helyek egyikén zsúfolódva füstölnek fel

magukat. Ez a szemléletváltás alapvetően a dohányzással kapcsolatban történt meg, a túlsúllyal és az alkoholfogyasztással kapcsolatban ma még megengedőbbek vagyunk (A tradicionális minták szerint a túlsúly is inkább elvárás volt – „szép derék ember”, a tekintély kelléke –, mint stigma, és az alkoholizmus hagyományos társadalmi definíciója is megengedő – alkoholistá az, aki még nálunk is többet iszik), de valami ezen a területen is elkezdődött. Nem feltétlenül ítéljük el, aki egészségtelenül él – többnyire hozzánk hasonlóan –, de az már kérdés, hogy nekünk (a közösségnek) kell-e fizetnünk az ő szenvedélyüknek az árát. Így előkerülnek azok a felvetések is, hogy a szenvedélybetegségek okozta károkat ne – vagy ne kizárólag – a kötelező egészségbiztosítás finanszírozza.

E logika mentén könnyű eljutni oda, hogy ne csak a dohányzás, az alkohol és a drogok okozta egészségkárosodások kezelését zárjuk ki a társadalombiztosítási finanszírozásból – sőt: ha valaki részegen szenved balesetet, akkor az magára vessen és fizessen –, hanem az öngyilkosokat se lássuk el, mert az is önként vállalt többletkockázat volt... Ide semmiképpen nem szabad eljutni, ez a nekibuzdulás három sebből is vérzik.

Az elsőt már érintettük: átalakulóban vannak a társadalmi minták, de még nem kristályosodott ki az új minta. Amíg teljesen nem alakul át a közgondolkodás, addig csupán fiskális szempontok miatt nem lehet az egyénekre terhelni ezeket a károkat. Ha majd ezek a magatartásformák a közmegejtés szerint is egyértelműen az elítélendő – szankcionálandó körbe tartoznak, akkor lehet az egészségbiztosításon belül is ezeket a károkat áthárítani.

A második: ezeknél a magatartásoknál a tudományos evidenciák szerint is sokkal inkább szenvedélybetegségről, mentális-, személyiség-zavarról van szó, mint az egyén döntéséből fakadó, önként vállalt többletkockázatról. (Az egészségkárosító életmódot folytatók zöme szeretne megszabadulni a szenvedélytől, de nem tud.) Ha viszont betegségről van szó – ráadásul súlyos, károsító megbetegedésről –, akkor ennek gyógyításából a társadalombiztosítás nem vonulhat ki. E tekintetben a genomika fejlődése hozhat majd tisztázást: az egyéni géntérkép alapján megállapítható lesz, hogy az adott függőség mennyiben minta, szándék, és mennyiben genetikai predispozíció kérdése.

A harmadik: egy társadalom nem működhet alapelveként a büntetés/költségcsökkentés elvén, a mérőszám nem az év végi adózás előtti nyereség, hanem a közjó, ami leginkább az életminőség szintjével és homogenitásával, annak polarizációmentességével írható le. (Ennek szimbolikus mérésére ajánlottam 2009-ben a BFNET-t, a Bruttó Felszabadított Nemzeti Endorfin Tömeget). A modern európai társadalmak szolidarisztikus jellege tehát teljességgel kizárja azt, hogy egy hajléktalan ne kapjon ellátást azért, mert iszik vagy dohányzik, ha éppen van mit. Ez egyaránt méltánytalan és értelmetlen: a mélyszegénységben, vagy annak környékén élők nem motiválhatók bónusz-málusz rendszerekkel, költségáterheléssel, és a költségek rájuk terhelése nem csak perverz, de gazdaságilag is irracionális a behajthatatlanság

miatt. Az európai értékrenddel nem fér össze az esetek kitagadása az ellátásból, a társadalmi cél a mélyszegénység felszámolása, olyan helyzet teremtése, amikor a bónusz-málusz rendszerek (Az összefüggés a dohányzás és a tüdőrák között csak statisztikailag igazolható, egyénileg nem. A beteg önmagában dohányzás ténye miatt ezért sem zárható ki a terápiából, de a dohányzás elhagyása bonus rendszerrel (magasabb támogatási kulcs a gyógyszernél, eredményes leszoktatási terápia refinanszírozása stb.) jutalmazható) már valós motivációt jelentenek.

Ugyanakkor a társadalmi igazságosságot és a többletkockázatnak megfelelő többlet-hozzájárulást jelenti az, ha a legálisan megvásárolható egészségkárosító termékek (kiemelten az alkohol és dohányárú) tartalmaznak egy egészségügyi hozzájárulási részt, egészségbiztosítási termékdíjat. Így a többletkockázatot vállalók a többletkockázat díját a termék megvásárlásakor róják le. Itt említendő meg, hogy a népegészségügyi termékdíj elnevezés azért nem szerencsés, mert a népegészségügyi feladatok közé a megelőzés, életmódváltás támogatása stb. tartozik. Ez fontos, de ennek forrásszükséglete lényegesen alacsonyabb, mint az ezen szerek okozta károsodások gyógykezelésének költsége. A prevencióban egy-két milliárddal csodát lehet tenni, de a kárenyhítéshez több tízmilliárdra lenne szükség.

Ez a megoldás igazságos, mert:

- a többlet kockázatot vállalók többlet-terhet vállalnak, így (részben/összességében) megfizetik az egészségkárosító magatartásuk terheit,
- ugyanakkor ez a megoldás nem zárja el a gyógyulástól az arra rászorulókat, azaz a gyógyításban pl. az alkohol és a dohányzás esetében már nem tesz megkülönböztetést a kockázat oka szerint.

Problémát a nevesített jövedéki adó/termékdíj mértékének a megtalálása jelent, hiszen egy inflexiós pont felett a fekete piac felé tolja a fogyasztást, ami egyrészt csökkenti a közösségi bevételeket, másrészt egészségkárosító a kontrollálatlan, hamis termékek fogyasztása miatt.

A napi aktualitások miatt röviden foglalkozni kell a nemrég elfogadott népegészségügyi termékadóval. Az első kérdés, hogy ha ilyen adó bevezetésre került, akkor az miért nem terheli a definiáltan, és vita nélkül egészségkárosító termékeket, pl. a dohányt és az alkoholt? A másik probléma, hogy a termék itt kevésbé jól határolható le, nehéz megállapítani a határt, és külön döntést igényel, hogy az abszolút károsítást, vagy az értékválasztást preferáljuk-e. A termékdíj szabályozó hatásának értékes területe az is, amikor az adott kategórián belül preferáljuk az egészségesebb terméket (sima szalonna versus mangalica, teljes kiőrlés versus malátával színezett nullásliszt stb.). Az egészséges választás tehát nemcsak a termékcsoportok között, de azon belül is értelmezhető.

Vélhetően itt szerencsésebb lett volna egy társadalmi zsűri által évente felülvizsgált „Egészséges Választás” védjegy, és ehhez kapcsolt adókedvezmény + termékdíj rendszer bevezetése. Ennek a gondolatnak a közgondolkodást megelőző elődjének tekinthető a '90-es évek végén indult „szívbarát” program, amely emblémával jelölte a pozitív táplálkozási-életmódú termékeket. Ez a megoldás két szempontból is hasznos lenne. Egyrészt biztosítaná azt, hogy a preferált/diszpreferált termék kör legalább évente hozzá legyen igazítva a változó kínálatához és társadalmi mintákhoz, másrészt maga a társadalmisított döntési folyamat, az ezt övező vita is értékorientáló.

A cikk második részét lapunk következő számában olvashatják.

## Nemzeti Erőforrás Minisztérium – Egészségügyért Felelős Államtitkárság

### Közlemény

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkársága 2011. év második negyedévére vonatkozóan összesítette a fekvőbeteg-szakellátók, valamint a heti 200 szakorvosi és nem szakorvosi óraszámánál nagyobb kapacitással rendelkező járóbeteg-ellátók pénzügyi helyzetét felmérő adatlapokat.

Az Államtitkárság a 2011. II. negyedévi adatokat összevetette a 2011. I. negyedévi adatokkal, és megállapította, hogy a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatók kötelezettségállománya a március 31-i állapothoz képest (116,9 mrd Ft) 10,8 mrd Ft-tal, 9%-kal emelkedett, mely így összesen 127,7 mrd Ft.

A fekvőbeteg ellátást végző egészségügyi szolgáltatók határidőn túli kötelezettsége 2011. I. negyedév végén 41,8 mrd Ft volt, mely a II. negyedév végére 3,3 mrd Ft-tal 45,1 mrd Ft-ra emelkedett. Az összes szakellátót (járó-fekvő) – melyek adatot szolgáltatottak – figyelembe véve az összes kötelezettség 121,9 mrd Ft-ról 137,9 mrd Ft-ra emelkedett, ami 13%-os emelkedést jelent.

Az Egészségügyért Felelős Államtitkárság kiemelt célja a folyamatos monitorozás és fejlesztés. Az országos kataszterfelmérés mellett a fenti adatok átfogó feldolgozása és elemzése is segíti az egészségügyi intézmények gazdálkodásának megismerését, az egészségügy átláthatóságát.

2011. szeptember 1.