

Egy vagy több egészségbiztosító?

I. rész

Németh György közgazdász

Gyurcsány Ferenc miniszterelnök a következőképpen fejtette ki véleményét az egy- vagy több-biztosítós rendszerről elindított vitában az „Egészségbiztosítási reform 2007-2009” konferencián, 2007. január 26-án: [1] „A következő lépés, hogy a minisztériumnak egy kupacba kell gyűjteni ezeket az érveket, meg azokat az érveket, és azt kell mondania a vitatkozó feleknek, hogy akkor most tessék kommentálni, a riválisok, szakmai riválisok álláspontját tessék cáfolni. Nem publicisztikai verbalizmussal, mert akkor az hitvita. Tényszerű példákkal, modellekkel, bizonyítással. Ezen a ponton nincs igaza a kollégámnak azért, mert... Ajánlom figyelmébe ezt meg azt a tapasztalatot, ezt és ezt a számítást. És arra válasz kell. Ezt a vitát nem lehet megspórolni.”

Az alábbi tanulmányban, eleget téve a miniszterelnök felszólításának, a szerző cáfolja és kommentálja a szakmai riválisok álláspontját, teszi ezt tényszerű példákkal, modellekkel, bizonyítással. A szerző reménykedik, hogy a riválisok a maguk részéről sem spórolják meg majd a vitát ...

VITAINDÍTÓ

A vitaindító tehát „A biztosítási piac megnyitása” című, 2007. januárra dátumozott szakmai vitaanyag (továbbiakban vitaanyag) melynek megvitatására a kormány 2007. január 25-26-án, az »Egészségbiztosítási reform 2007-2009« címmel konferenciát rendezett. A vitaanyagot – a címlapon szereplő közlés szerint – összeállította (és valószínűleg döntő hányadának megfogalmazója) Mihályi Péter, akit a végső formába öntésben az egészségügyi miniszteren kívül Antal László, Bauer Tamás, Bokros Lajos, Csillag István és Surányi György segített. E segítők az 1980-as évek legismertebb ún. reformközgazdászai. Közös jellemzőjük, hogy munkásságuk során sohasem foglalkoztak az egészségügyi rendszer közgazdasági problémáival. Ez részben hátrány, de tekintsük előnyös oldalát: gondolkodásukat nem béklyózzák rég tanult és mára már elavult tanok, amivel a jelenlegi rendszer több-biztosítósá alakításának szükségességét el nem fogadók legnagyobb része bizonyítással vádolható. Így a tárgyról való gondolkodásuk előítélet-mentes lehet. E vitaanyagnak nem egészével és nem a teljesség igényével, hanem csupán azon részeivel foglalkozom, melyben a szerzők azt igyekeznek bizonyítani, hogy egészségügyi rendszerünk bajaira az jelentenék a gyógyírt – vagy legalábbis döntő módon enyhítenék a bajokat –, ha a jelenlegi egyetlen biztosító, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) feladatait több magántulajdonban lévő és egymással versengő biztosító venné át.

A szóban forgó vitaanyag nem teljes újdonság, nagyrészt a szélesebb területet felölelő előzményének („A magyar egészségügy reformja” [3]) tárgyra vonatkozó megállapításait ismétli meg.

BIZTOSÍTÁS ÉS TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁS

Módszertani problémát jelent, hogy nem csupán a vitaanyag egyes állításai hibásak, hanem a diskurzus kereteinek egésze is. Ezért elkerülhetetlen biztosításszakmai bevezetőt előrebocsátanom, a kulcsfogalmakat meghatároznom. A biztosítás és a társadalombiztosítás közötti különbséget, valamint a szolidaritás közgazdasági fogalmát kell tisztáznunk.

A biztosító az a biztosítási tevékenység végzésére szakosodott szervezet (biztosító intézet), mely előre meghatározott, jövőben esetlegesen bekövetkező, kárt okozó esemény (a biztosítási esemény) ellen bizonyos összeg megfizetésével vagy más szolgáltatás teljesítésével védelmet nyújt biztosítási díj fizetése ellenében – meghatározott időtartamra. A biztosító a biztosítási díj mértékét a biztosítási esemény bekövetkezése valószínűsége alapján, annak matematikai és statisztikai eszközökkel történt felmérése után állapítja meg. Vagyis a biztosítási díj megállapítására a kárvalószínűség alapján kerül sor, a biztosítási díj az egyéni kockázat mértékének függvénye. Persze annak is, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén mit vállal a biztosító biztosítási szolgáltatásként.

A biztosításnak az a szakmai lényege, és a biztosítást az teszi biztosítássá, hogy a biztosító biztosítási tevékenysége során alkalmazza az individuális ekvivalencia (egyéni egyenértékűség) elvét, ami a kárvalószínűségtől függő díjképzésben (kockázatok és díjak összehangolása) valósul meg.

Lássuk ezt egy példán. Az individuális ekvivalencia elve a biztosítási díj képzésében akként érvényesül, hogy ha a biztosítási esemény bekövetkezése valószínűsége A és B biztosított esetén 1:2 arányban viszonyul egymáshoz, akkor azonos értékű – a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító által nyújtandó – biztosítási szolgáltatásért B biztosított kétszer akkora biztosítási díjat fizet, mint A biztosított. Ha viszont mindketten azonos összegű biztosítási díjat fizetnek, akkor a kétszeres kárvalószínűségű B biztosított feleakkora értékű biztosítási szolgáltatásra lesz jogosult a biztosítási esemény bekövetkeztekor, mint A biztosított.

Az individuális ekvivalencia teszi lehetővé, hogy a biztosítottak között, ideáltipikus esetben – bármelyik biztosítottal következzenek is be a biztosítási esemény – ne történjenk

redisztribúció (jövedelem-átcsoportosítás). Az individuális ekvivalencia ideáltipikus érvényesülése esetén a biztosítottak között – a kárvalószínűség-biztosítási díj relációban – kizárólag a véletlen tesz különbséget. Ideáltipikus biztosítás esetén nincs redisztribúció, vagyis nem beszélhetünk szolidaritásról. Az ideáltípus azonban csak közelíthető, de el nem érhető. Ezért a biztosítás mindig tartalmaz redisztributív (szolidaritási) elemet, de ez a biztosító számára kényszerű és elkerülendő rossz. (Mint termelővállalat esetén a selejt: az visszaszorítható, de meg nem szüntethető, s ha fellazul a technológiai fegyelem, aránya újból megemelkedik.) Olyan tehát, hogy biztosítási újraelosztás – nincs (ui. azoktól, akikkel nem történik meg, azok felé, akikkel megtörténik a biztosítási esemény). A biztosító nem a „biztosítottak közötti szolidaritást szervező üzem”, a kockázatközösséget alkotó biztosítottak nem szolidárisak egymással. (A kockázatközösség a biztosító üzemgazdasági terminus technicusa, mely azt a megalapozott reményt fejezi ki, hogy a biztosítottakat nem szignifikánsabban nagyobb valószínűséggel sújtják a káresemények, ahogy az kellően nagy népesség esetén is történik.)

A biztosító biztosítási terméket (biztosítási szerződést) árul, mely abban különbözik más termékektől, hogy ára a vásárló (a biztosított) személyétől is függ (pontosabban az általa hordozott kockázatoktól). A biztosítási termék vásárlója a biztosítási szaknyelvben a szerződő, aki nem okvetlenül azonos a biztosítottal, de az esetek többségében – ahogy esetünkben is – a biztosított maga a szerződő. A biztosítási termék egy opció, a biztosított lehetősége, hogy a káresemény bekövetkeztekor a biztosítótól kérje a biztosítási szerződésben foglalt kárenyhítést. A biztosítás egyfajta védelem vásárlása. A védelem független attól, hogy a káresemény bekövetkezik-e vagy sem. Erre jó analógia kínálkozik katonai téren. A hadsereg nem csak akkor védelmezi országát, ha harcol. Békeidőben is ezt teszi. Mert – ahogy azt a 17. században Cromwell fogalmazta – ha békét akarsz, készülsz a háborúra és tartsd szárazon a puskaport. A biztosítás felkészülés a nem kívánt, de esetleg éppen minket elérő, nekünk kárt okozó eseményre. A vitaanyag sem mond mást. A biztosító „akkor is teljesíti fő szolgáltatását, ígéretét, ha valaki soha nem lesz beteg, soha nem kell „utána” fizetni.” (31.o.)

Ha a biztosító rosszul kalkulálja terméke árát (a ténylegesnél kisebb kárvalószínűsége határozza meg a biztosítási díjat), akkor ráfizet, mivel a kárigények kielégítésére rámehetnek tartalékai, végül alaptőkéje, s tönkremegy. Ha „túl jól” kalkulál (a ténylegesnél nagyobb kárvalószínűsége), akkor terméke túl drága lesz, ezért – tökéletes piaci versenyt feltételezve (melyre persze biztosítás esetén különösen nincs ok) – eladhatatlan.

A társadalombiztosítás biztosításszakmailag abban különbözik a biztosítástól, hogy esetében nem alkalmazza az egyéni egyenértékűség elvét, nem kalkulálja a kárvalószínűséget, nem állapítanak meg biztosítási díjat, hanem jövedelemarányos járulékot szednek. (Téves értelmezés, hogy a társadalom előtag a szóban forgó biztosítás széles,

a társadalom egészét vagy majdnem egészét lefedő, netán kötelező jellegére utal.) A vitaanyag szerzői sajnálatosan nincsenek tisztában a járulék és a biztosítási díj közötti különbséggel. „Még az egészségügy irányításában évtizedek óta dolgozó szakemberek jelentős része is kevés jelentőséget tulajdonít annak, hogy adónak vagy járuléknak hívják hivatalosan azt a biztosítási díjat, amit fizetni kell.” (13.o.) A szerzők megállapítása bizonnyal igaz, de hivatkozott szakemberekkel együtt ők sincsenek tisztában azzal, hogy miben különbözteti meg a járulékot a biztosítási díjtól.

A biztosítás és a társadalombiztosítás között kizárólag az a különbség, hogy miként kerül a pénz „kapu belülré”: az összes tag egyéni egyenértékűsége alapján megállapított biztosítási díjak együtteseként, vagy az összes tag (munka)jövedelmének arányában megállapított járulékként. Ugyanakkora összeg e két különböző módon történő beszedése főképpen abban különbözik, hogy azt járulékként beszedni lényegesen olcsóbb.

A jövedelemarányos járulék mellett azonban nem csupán a beszedés olcsósága szól, még csak nem is ez a legfontosabb. Ha a társadalom elfogadja, hogy meghatározott szintű egészségügyi ellátás minden tagjának jár, akkor elvileg választhatja azt a megoldást is, hogy mindenki az individuális ekvivalencia alapján megállapított biztosítási díjat fizet, de akik szegénységük miatt képtelenek erre, azok helyett ezt a központi költségvetés teszi meg. Ez a megoldás azonban számos problémát vet fel. Az első, melyről már volt szó, hogy a társadalom minden tagja esetén időről-időre újból meg kellene határozni a biztosítási díjat, ami időrabló és költséges. A biztosítást – ez nem csupán a biztosított kívánása lehet, hanem a biztosító jól felfogott érdeke – mindig határozott időtartamra kötik. A biztosító nem tekinthet el a biztosított személyét érintő változásoktól (például krónikus betegség).

A második az ún. határeset-problematika. A nagyobb kockázat (magasabb életkor, krónikus betegség stb.) nagyobb biztosítási díjat jelent, s ha azt az egyébként nem is alacsony jövedelmű biztosított meg tudná fizetni, az élet-színvonal a mélybe süllyedne. (Betegsége szegénységet jelent, ha nem is ún. jövedelmi szegény.) Ha a társadalom úgy gondolja, hogy ez elkerülendő, akkor felállíthat ugyan szabályokat (például: ha a biztosítási díj a jövedelem meghatározott százalékát meghaladja, az állam a többletet átvállalja). Ezek azonban nagyon bonyolultak, mégis kijátszhatók lesznek (például a biztosított érdekelt lesz valós jövedelme eltitkolásában, a biztosító pedig magasabban megállapított díjban, mivel úgyszólván az állam fizet). Elkerülhetetlenek lesznek a sok időt és energiát felemésztő viták, a hatóságok újabb és újabb szabálmódosításokkal és -pontosításokkal igyekeznek zárni a kiskapukat, ami még inkább bonyolultabbá teszi a rendszert, miközben új kiskapuk nyílnak stb.

Ha feltételezzük is, hogy e rendszer működőképes az aktív korosztályok esetén, semmiképp nem az, ha gyermek- és nyugdíjaskorúakról van szó. Ahány gyermekük van, anynyi biztosítási díjat fizetnek a szülők (s a gyermekágyas kismama biztosítási díjáról se feledkezzünk meg), ami tovább

csökkentené a gyermekvállalási kedvet, miközben ennek negatív társadalmi és gazdasági hatása nyilvánvaló. A nyugdíjas-korúak nagyon nagy hányada, a krónikus betegségekben szenvedők végképp ellehetetlenülnének, mert a nyugdíjas kor betegségeire egyszerűen nem lehet pénzügyileg felkészülni. Nem véletlen, hogy az Egyesült Államok az 1960-as évek legvégétől legalább a 65 éven felüli polgárainak védelmét tulajdonképpen európai stílusú társadalombiztosítási rendszerrel oldja meg (Medicare). Csak látszólag nyernének azok, akiknek biztosítási díja jóval alacsonyabb lenne jövedelemarányos járulékuknál. Adók formájában ugyanis nekik kellene összeadniuk – ki másnak? – azt a pénzt, melyből a költségvetés a rászorulókat helyett a biztosítási díjat fizetné, vagy azt kiegészíthetné.

A jövedelemarányos járulék konstrukciójával egy lépésben és számos problémát eleve megelőzve lehet eljutni oda, ahová a másik módon két lépésben és csak számos problémát leküzdve, megoldva lehetne eljutni. A társadalombiztosítás – mély meggyőződéselem – szellemes és elegáns konstrukció.

TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁS ÉS SZOLIDARITÁS

A társadalombiztosítás kapcsán gyakran esik szó szolidaritásról, ezért nem elkerülhető e fogalom közgazdasági jelentésének meghatározása. Ideáltipikus biztosítás esetén, mint szó volt róla, nem beszélhetünk szolidaritásról. Társadalombiztosítás esetén viszont igen, de a szolidaritás részleges. A társadalombiztosítás az öngondoskodás (azaz biztosítási díj fizetése) és szolidaritás sajátos keveréke; minden társadalombiztosítási rendszer elvileg meghatározható arányban tartalmaz öngondoskodást és szolidaritást. Tehát egyik konkrét rendszer mondjuk 60%-ban öngondoskodás és 40%-ban szolidaritás, míg másik esetén a helyzet fordított. Tehát amikor az hangzik el, hogy „szolidáris társadalombiztosítás”, az legalábbis pontatlan, szakszerűtlen.

A társadalombiztosítás szolidaritás-tartalma a következőképpen számítható. Tegyük fel, hogy ismerjük a társadalom minden tagjának az individuális ekvivalencia maradéktalan érvényesítésével megállapított biztosítási díját, melyet megfizetve maradéktalanul gondoskodna önmagáról és nincs szó szolidaritásról. De nem ezt fizetik, hanem jövedelemarányos járulékot. A vitaanyag szerint annak eldöntéséhez, hogy a „mai rendszer milyen mértékben felel meg a szolidaritás elvének, igencsak sokat kellene számolnunk. Tudni kellene, hogy az egyének vagy jól definiált csoportok szintjén (persze ez is helytelen, mert a szolidaritás csak az egyén szintjén vizsgálható) egy életpálya során mennyi járulék-befizetés történik, valamint azt, hogy ezek az egyének és/vagy csoportok az életpálya során mennyi természetbeni szolgáltatást vesznek igénybe.” (22-23.o.) Tévedés: a szolidaritás-tartam az elméleti biztosítási díj és a gyakorlati járulékbefizetésből adódik. Ehhez a felismeréshez a vitairat szerzői eljuthattak volna, ha átgondolják annak mélyebb értelmét, hogy a biztosító „akkor is teljesíti fő szolgáltatását,

ígéretét, ha valaki soha nem lesz beteg, soha nem kell „utána” fizetni.” (31.o.)

Két eset lehetséges. Az egyik, hogy a fizetett jövedelemarányos járulék meghaladja a biztosítási díjat. Ekkor a biztosítási díj és a járulékösszeg közötti részt a rendszer olyan taghoz csoportosítja át, ahol a helyzet fordított: több biztosítási díjat kellene fizetnie, mint amekkora járulékösszeget fizet (beleértve a 0 Ft összegű járulékot is). Az első tag megfizeti a biztosítási díjat (azaz öngondoskodik), a második tag csak részben (vagy egyáltalán nem) fizeti meg, így az első tag szolidaritásának haszonélvezője. Ha minden egyes tag esetén tudjuk, hogy biztosítási díja és járuléka miképp aránylik egymáshoz, meg tudjuk mondani, hogy a rendszer milyen arányban szolidáris. (A biztosítási díjak feletti járulékösszegeket összeadjuk és elosztjuk a rendszer teljes bevételével). Ugyanezt kapjuk, ha a biztosítási díjak és az azokat el nem érő járulékösszegek különbségeit adjuk össze és osztjuk el a rendszer bevételeivel (összes járulékbevétele = összes biztosítási díjbevétele). Hangsúlyozom azonban, hogy ez egy elméleti konstrukció: a tagok által fizetett járulékokat ismerhetnék, de a biztosítási díjakat semmiképp. A gondolattal azért el lehet játszani. A lényeg mindenképpen az, hogy a társadalombiztosítás – az ideáltipikus biztosítás-szal szemben – tartalmaz szolidaritási elemet, de csak részlegesen.

Fontos még, hogy miképp vegyük számba az öngondoskodás és szolidaritás keverékét. Ezt lehet vertikális módon (adott időtartamban), fentebb ezt éppen így tettük. Az egészség(társadalom)biztosítás szolidaritás tartalmát azonban igazán korrekten csak longitudinálisan, az életpálya mentén lehet. A gyerekek és a nyugdíjasok nem fizetnek járulékot (biztosítási díjat), ezt csak az aktív korú keresők teszik. Az aktív korúak előbb kifizetik gyermekkoruk biztosítási díját, majd aktív korukét, végül előre fizetik nyugdíjas korukét. Valójában persze járulékot fizetnek, ami legfeljebb véletlenül egyezhet meg a biztosítási díjjal.

Ideáltipikus esetben az adott generációhoz tartozók által fizetett járulékok (biztosítási díjak) és a kapott egészségügyi ellátások jelenértéke (hozzávetőlegesen) azonos, csak generáción belül van szolidaritás. Azonban a múltban (és talán a jövőben sem) nem lehetett felkészülni a várható élettartam meghosszabbodására és a gyógyítás megnövekedett és tovább növekvő költségeire, tehát az utolsó és a következő generációk szolidaritást vállaltak az előtűk járókkal.

A vitaanyag kívánatosnak mondja, hogy az „újraelosztás nyomán a rászorultabbak rászorultságuk arányában nagyobb, a tehetősebbek kisebb vagy semmilyen támogatásban ne részesüljenek” (31.o.). Éppen ezt teszi a társadalombiztosítás, csak éppen azzal a nem lényegtelen különbséggel – ami a vitaanyag szerzőinek tudásbeli korlátait is jelzi –, hogy a tehetősebbek (értsd: magas járulékot fizetők) nem hogy kis vagy semmilyen támogatásban nem részesülnek, hanem ők támogatják a rászorultakat! Gondoljuk át: a vitaanyagban az erre utaló értetlenség onnan származik, hogy a vitaanyag szerzői nem tudnak elméletileg különbséget tenni járulék és biztosítási díj között, meggyőződésük, hogy

előbbi az utóbbi hivatalos neve. Majd a folytatásban, miután hitet tettek a rászorultak támogatása mellett, minden átmenet nélkül kijelentik – a szavakból süt a sajnálkozás -, hogy „Itt és most nem lehetséges és nem is kívánatos, hogy a magyar egészségügy finanszírozásából számúzzuk a társadalombiztosítási elemeket, és áttérjünk egy biztosítás-matematikailag korrekt, üzleti modellre” (31.o.). Vagyis felveti, de el is veti a társadalombiztosítás belső járulék-átcsoportosító mechanizmusának felszámolását (vagyis a „társadalombiztosítási elemeket”). Tekintsünk el attól, hogy biztosítás-matematikailag korrekt modellre se a gyerekeknél, se a nyugdíjaskorúaknál áttérni nem lehet, az aktív korú szegényeket pedig támogatni kell. Ahol ezt elvileg meg lehet tenni, az a nem szegény aktív keresők. Ez az Egyesült Államok modellje, a maga jól ismert problémáival. A vitaanyag a biztosítás-matematikai korrektséget „hatékonytárat garantáló”-nak nevezi (22.o.), ami az újraelosztást/szolidaritást megvalósító társadalombiztosítást eleve hatékonytalanak minősíti.

A rendszer szolidaritás-tartalmáról elmélkedve a vitaanyag feltételezi, hogy „a mai rendszer aktuáriusi értelemben (vagyis nettó pénznyereségben számolva) inkább a magas jövedelmű, iskolázottabb és befolyásosabb csoportok számára előnyös” (23.o.), de hogy a lóláb ne nagyon lógjon ki, azt is feltételezi, hogy a „legszegényebbek egy kisebb csoportja ... számottevő nettó nyereségre tesz szert” (uo.). (A „nettó pénznyereség” csak abban az értelemben helyes megállapítás, ha az egyén biztosítási díjának és a járulékának különbségét értik alatta, de a szövegkörnyezet alapján nem azt értik). Vagyis a jelenlegi rendszer szerintük perverz újraelosztást hajt végre, a nyertesek a magas jövedelműek (és a legszegényebbek egy kisebb csoportja). Ez csak olyan feltételezés mellett állhatna meg, hogy a magas jövedelműek a hálapénz és a befolyásuk segítségével gigantikus, irgalmatlan összegeket költhetnek magukra (ha kell, ha nem CT és MRI vizsgálatokat nagy gyakorisággal, dialízist, szerveik transzplantációját stb.), s az üzleti biztosítók megjelenése épp a tabuzódásra mére csapást, nem engedve az értelmetlen tobzódást. Mindez persze nevetséges, komolytalan és igazolhatatlan feltételezés, de érthetővé teszi, hogy a kormányzati PR-ben miért kap olyan nagy hangsúlyt és hiszterizált formát a csak hálapénzért kapható ellátás, és az azt nyújtó, velejéig korrump orvos. Az üzleti biztosítók rendszerbe állítását a szegények érdekében tett lépéseként kell bemutatni.

Miután a vitaanyag megállapítja, hogy a jelenlegi rendszer lineáris járulékfizetése is perverz újraelosztást eredményez, nem annak progresszívvé tételét javasolja, ami csökkenetén a szegényektől a gazdagok felé irányuló újraelosztást, hanem – ellenkezőleg – fix díjassá alakítását, ami biztosan csökkenti a (pozitív) szolidaritást (lásd 51.o.), sőt a biztosítási elem felszámolását is meglebegteti a reformált rendszer II. pillérének egészségügyi takarékpénztárrá alakításával (69.o.).

A vitaanyag szerzőinek nem okvetlenül könnyen észrevehető egyik fő célja, hogy a magas jövedelműeket a rászorultakkal való szolidaritás kötelezettsége alól az elérhető

legnagyobb mértékben tehermentesítse. A javasolt modell, mondják, „Fenntartja, sőt a ma állapothoz képest még erősíti is az európai liberális és baloldali tradíció szerint értelmezett szolidaritást, tehát azt, hogy a kötelezően biztosítottak személyes járulékok mértékétől függetlenül, azonos szolgáltatásokat kapnak az egészségügyi ellátásban.” (48.o.) Csak éppen a járulékokat tennék fixszé, esetleg felszámolnák, növelnék a vizitdíjat, és százalékos co-paymentet vezetnének be (62.o.).

A HÁROM SÚLYOS RENDSZERHIBA

Az elméleti alapvetés után tekintsünk a vitaanyag biztosítással kapcsolatos megállapításaira. A vitaanyag szerint az 1990-1993 között kialakított betegbiztosítási rendszerünk három súlyos rendszerhibától szenved (lásd vitaanyag 10. oldaltól). (1) a mintaként szolgáló bismarcki és beveridge-i modell „eredeti formájában” elavult. Konstruktív hibát elkövetve még ezt az elavult modellt is (2) rosszul másoltuk, mivel az „egybiztosítós rendszer képtelen valódi biztosítóként működni. Végeredményben az OEP alakjában a bismarcki és a beveridge-i rendszer életképtelen keverékét állítottuk elő”. Végül pedig (3) a bérjárulékokra épített finanszírozási rendszer potyautas viselkedésre ösztönöz, s emiatt növekvő lyuk tátong az államháztartás egészében”. A vitaanyag megfogalmazásából arra következtethetünk, hogy e modelleknek létezhet „korszerű” formája, de ennek normatív leírását a szövegben hiába keressük, s a potyautas viselkedés csak a „poszt-szocialista átmenet körülményei között” ad okot aggodalomra, szerencsésebb korban nem.

Tisztáznunk kell, hogy mit értünk bismarcki és beveridge-i modell alatt. A bismarcki modell ismer nevesített járulékot, míg a beveridge-i nem ismer. A bismarcki modell járuléka (munka)jövedelem arányos, az első fillértől fizetik és létezik felső határa (cenzus). Ez más filozófia, mint a jövedelemadóké, ahol az alacsony(abb) jövedelmeket (általában, de ez nem kizárólagos) mentesítik az adófizetés alól, felső határ nincs, s az adó inkább progresszív (az adókulcs meghatározott jövedelemszintet elérve nő), mintsem lineáris (arányos). A bismarcki modellben a járulékfizető a biztosított, és mindazok, akiket a jogszabály annak nyilvánít. A beveridge-i modellben minden állampolgár – az állampolgár jogán – biztosított. A beveridge-i modellben értelmezhetetlen a potyautasság.

E két modell általában rivalizáló megoldásokként szokás bemutatni, de szerencsésebb lenne történetiségükben tenni ezt. Amikor Bismarck kancellár, illetve a német törvényhozás bevezette a kötelező betegbiztosítást, akkor a következőket tette. A gyáripari munkásoknak a Krankenkasse tagjává kellett válniuk – annak a betegpénztárnak a tagjává, mely munkahelyüké, foglalkozási csoportjuké stb. volt, vagyis választási lehetőségük gyakorlatilag nem volt és ezt nem is hiányolták, betegpénztár-váltásra munkahely-, lakóhely-, foglalkozásváltáskor került sor – és meghatározott mértékű járulékot kellett fizetniük. A tagság önmagában

nem volt újdonság, ahogy a járulékfizetés sem, döntő hányaduk azelőtt is tag volt, csak éppen önkéntesen. Újdonság volt viszont, hogy a munkaadóknak is fizetniük kellett, ugyanannyit, amennyit munkásaik fizetnek. Azonban számos gyárosnak ez nem volt újdonság, mert eddig is támogatta a (gyári) betegpénztárat, illetve ezzel munkásait. Egyértelmű újdonság volt viszont a betegpénztárak döntéshozó szerveinek összetétele, ahol egyenlő arányban foglaltak helyet a munkások választott és a gyárosok delegált képviselői. Végül az intézmény felügyeletét elválasztották az egyesületekétől, az immár nem csak jogi, hanem szakmai is lett. Az állam ezzel (és mással) is jelezte, nem közömbös számára, hogy miként működik a betegpénztári szféra.

A rendszer az idők során fokozatosan mind több rétegére, szakmai-foglalkozási csoportra stb. terjedt ki, s megjelent a jövedelemhatár (cenzus), mely felett a tagság választható volt (önkéntes; esetleg egy újabb jövedelemhatárig), vagy tiltott. A cenzust nem annyira a magas jövedelműek, mint a magánygyógyászok megcsappanásától okkal tartó orvosok követelték ki, akik számára hosszú évtizedeken keresztül a betegbiztosítás kiterjesztésének megakadályozása és a cenzus léte, illetve leszállítása a legfőbb egzisztenciális kérdések egyike. Ma a német társadalom 90-92%-a (társadalombiztosított).

A Beveridge-i modell a második világháború alatt a bismarcki modellre válaszul született. A Churchill-kormánytól a kor ismert és elismert társadalomtörténésze és szociálpolitikusa, a németül tudó, a német társadalombiztosítást jól ismerő és tisztelő, azt a helyszínen tanulmányozó és tapasztalatairól könyvet író William H. Beveridge (a háború után Sir Beveridge) azt a megbízást kapta, hogy készítsen tervet a háború utáni Anglia szociális rendszerére. (Ez lett az 1942-ben megszületett, Magyarországon – a világháborús frontvonal másik oldalán! – már 1943-ban lefordított és kiadott Beveridge-terv.) Beveridge nem azt a kézenfekvő megoldást választotta, hogy a németnél korszerűtlenebb, nehezkesebb brit szociális intézményrendszer gyorsabb fejlődésének útját keresse, hanem tabula rasat csinált, az alapoktól gondolta végig a problémát. Az évtizedes német fejlődés a társadalom mind teljesebb lefedettsége és az ezt biztosító betegpénztárak koncentrációjának növekedése (egyre kevesebb pénztár egyre több taggal) irányába haladt. Beveridge ebből azt a következtetést vonta le, hogy a folyamatnak van végállomása: az egész társadalmat lefedi a társadalombiztosítás, és egyetlen biztosító marad. Ha tudjuk, hogy van végállomás és ez az, akkor lerövidíthető az odavezető út. Egyetlen nagy lépéssel megtehető. Ebből született a National Health Service (NHS). Ez lett a követendő minta az egész (Egyesült Államokon kívüli) angolszász világban, s számos más helyen (elsősorban a skandinávoknál). A Beveridge-i modell a bismarcki „szélsőséges” változata, de nem gyökeresen más.

A vitaanyagnak azon megállapítása, hogy az 1990-es évek elején létrehozott magyar rendszer a bismarcki és a Beveridge-i keveréke volt, helytálló. A magyar rendszer 1972-ig „valódi” társadalombiztosítás volt, a lefedettség

csak akkor lett 100%-os, tehát meglehetősen lassan, nem az 1940-1950-es évek fordulóján, mint sokan tudni vélik. Az 1972-1992 között működött állami egészségügy bismarcki frazeológiával „elmesélt” Beveridge-i modell volt, de ez különösebb gondot nem jelentett, lényegében mindenki dolgozott, s aki dolgozott, az adózott.

A kérdés az, hogy mit ért a vitaanyag a bismarcki és Beveridge-i modell „eredeti formájában” való elavultságán. Amit ennek kapcsán elmond, az egyáltalán nem meggyőző. A „belső inkonzisztencia” gyengülése csak úgy értelmezhető, hogy az azonos munkahelyen dolgozók, azonos szakmát folytatók, azonos foglalkozást űzők stb. között inkább feltételezhető az egymás iránti szolidaritás, ami abban nyilvánul meg, hogy nem fessegetik, ki nyer és ki veszít a konstrukción. (Aminek nem is lenne túl sok értelme, amikor az ember előtt ott áll még az időskor. Az is elmondható, hogy társadalmilag nem tolerált mondjuk a nőtlen-gyermekteleneknek hangot adniuk a házastárs-gyermekelleni indultaknak, akik miatt magasabb járulékot kell fizetniük.) Kétségtelen, hogy napjainkban a társadalombiztosítás kényszerjellege erősebben jelentkezik, de az emberi élet kényszerek sorozata onnan kezdve, hogy adózni kötelező, egészen addig, hogy közparkban nem szabad letépni a virágot. A társadalom öregedése, az emberi élettartam meghosszabbodása, a változó családszerkezet nem olyasmi, ami kétségessé tenné a bismarcki és Beveridge-i modell „eredeti” lényegét, azt, hogy az individuális ekvivalencia érvényesítése helyett a jövedelemarányos járulékként történik a kiadások fedezetének összegyűjtése.

Nincs ok azt gondolni, hogy rosszul másoltunk. 1992 óta lehetséges Magyarországon nem biztosítottak lenni, s aki nem biztosított, az maga köteles fizetni egészségügyi ellátásának költségeit. Ez azonban olyannyira nem ment át a gyakorlatba, hogy a legtöbb kórházban, rendelőintézetben nem is lennének képesek számlát kiállítani az elvégzett beavatkozásokról, már csak azért sem, mert nincsenek áraik. A vitaanyag állításával ellentétben azonban az egyetlen biztosító is képes valódi biztosítóként működni.

A POTYAUTASOK

A továbbiakban előbb a potyautasokról lesz szó, majd arról, hogy mi az a biztosítás. A potyautas az, aki úgy vesz igénybe bizonyos szolgáltatásokat, hogy nem fizet érte. Mivel esetünkben a fizetés ténye, nem pedig az összege bír jelentőséggel, potyautas az, aki nem fizet járulékot (ide értve, hogy helyette más sem fizet). Tágabb értelemben az is potyautas, aki fizet ugyan, de nem tényleges jövedelme után.

A vitaanyag szerint a „bérjárulékokra épített finanszírozási rendszer potyautas viselkedésre ösztönöz” (10.o.). Mivel a jövedelmek 75-90%-a munkából származik, a népesség egészére kiterjedő bármely rendszer csak erre építhető. Kétségtelen, hogy az „atipikus foglalkoztatási formák világszerte gyorsan terjednek, és egészen bizonyosra vehető,

hogyan ez a tendencia a következő évtizedekben is folytatódni fog” (11.o.), de ebből csak az következik, hogy erőfeszítéseket kell tenni a nem munkából származó, de a személyes fogyasztást szolgáló jövedelmek „járulékszerű” megadóztatására.

Többek között ez volt az a gordiuszi csomó, amit hat év-tizeddel ezelőtt Beveridge egyetlen kardcsapással kettévágott. Ha nincs járulék, nem okoz gondot az atipikus jövedelmek járulékkoltatása. Sőt, potyautasok sincsenek, hacsak nem azok, akik a királynő alattvalójának hazudják magukat, miközben másik állam polgárai.

Mindez rávilágít arra, hogy a potyautas-probléma nagyrészt mondvascinált, politikai okból kreált mellékvágány. Nem megkérdőjelezhető, hogy csupán annak legyen joga az OEP által finanszírozott egészségügyi ellátásra, aki tényleges jövedelme után fizet járulékot, vagy helyette fizetnek, vagy erre régebbi járulékfizetésével jogot szerzett. Tudnunk kell azonban, hogy aki nem fizet járulékot, az nem fizet személyi jövedelemadót sem, aki eltitkolja jövedelme egy részét, s ezért kevesebb járulékot fizet, az ennél lényegesen nagyobb személyi jövedelemadót nem fizet meg. Tehát nem arról van szó csupán, hogy a bérjárulékok potyautas viselkedésre ösztönöznek, hanem arról is, hogy a személyi jövedelemadó léte a személyi jövedelemadó eltitkolására ösztönöz, a forgalmi és fogyasztási adók pedig a feketepiacon való vásárlásra, a váмок csempészésre, és az ösztönzőket még hosszasan lehetne sorolni. Minden adóról elmondható, hogy „potyautas viselkedésre ösztönöz”. Potyautasként várjuk el a rendőrségtől, hogy szükség esetén szolgálja és védje biztonságunkat, a hadseregtől, hogy megvédje javainkat az országra támadó ellenségétől, az oktatási rendszertől, hogy megtanítsa írni, olvasni és számolni gyermekeinket, a konzuli szolgálattól, hogy külföldön bajba kerülve segítségét kérhessünk stb.

Adót fizetni senki sem szeret. Ha mégis úgy tűnik, hogy önként és dalolva tesszük, annak legfőbb oka nem az erre való hajlandóságunk és az a meggyőződés, hogy a kormány helyesen költi el befizetéseinket, hanem az a tapasztalat, hogy az adófizetést az illetékes hatóság mindenképpen és számunkra kellemetlenül kikényszeríti. A potyautas-probléma felett található a tényleges probléma, az adóbehajtás hatékonyságáé. Az adóbehajtás viszont a kormány hatáskörébe tartozik. Annak alacsony hatékonysága a kormány erélytelenségének, gyengeségének a jele. A potyautas-probléma exponálása végül is erről van hivatva elterelni a figyelmet.

Bár a potyautas-probléma egy nagyobb probléma, az adóbehajtás része, adózási szempontból is van létjogosultsága a (társadalom)biztosítási jogviszony pontos nyilvántartásának. Ez az a terület ugyanis, ahol van ok rákérdezni arra, hogy fizet-e egyáltalán járulékot. (Aligha lenne szerencsés például a gyermekét iskolába beírató szülő adófizetésére rákérdezni.) Tehát a biztosítási jogviszony az adózási rendszer védelmi vonalaként fogható fel. Az, hogy az állam a gyermekek és a nyugdíjasok után járulékot fizet, végül is egy fikció, de e fikció okot szolgáltat a nevezett központi nyilvántartására.

A vitaanyag manipulatíván túlhangsúlyozza, hogy a „máltb-rendszer a fekete gazdaság bölcsője” (14.o.). Ahol van adó – és ez elkerülhetetlen –, ott van kísértés is elkerülésére. Valójában tehát az adó a „fekete gazdaság bölcsője”, s az adó az, „ami rombolja a demokratikus állam-berendezkedés politikai legitimitációját” (15.o.), amit a vitaanyag különös módon csak a járulékokra korlátoz. Viszont nincs modern állam adózás nélkül, amiből a vitaanyag szerzőinek logikája szerint az következik – a gondolatmenetet rövidre zárva –, hogy a modern állam a demokrácia ellensége.

Nagyon erős túlzás az adóelkerülésnek betudni a társadalombiztosítási alapok hiányát, megfelelkezve a járulékok csökkentéséről (ide értve az egészségügyi hozzájárulás lefagyasztását) és az olyan kiadásnövelő lépésekről, mint például az 50%-os, fedezet nélküli béremelés, vagy a 13. havi nyugdíj bevezetése, melyek döntő módon befolyásolják a hiányt.

A potyautas-ellenesség hiszterizálása a legmagasabb jövedelműek – mint a vitaanyag számos utalásából kiderül (erről később még lesz szó) – közteher-viselésének könnyítése érdekében alkalmazott lobbizás. Meggyőző érv, hogy a jelenlegi helyzet a demokráciát ássa alá, fő oka az államháztartás hiányának, ráadásul még igazságtalan is, mert túl kevesen fizetnek túl sok adót. A vitaanyag szerint igazságtalan („aránytalan”) az, hogy az adófizetők felső 5%-a, 111 ezer adózó fizeti a személyi jövedelemadó-bevételek 50%-át (15.o.). (E számok egyébként tévesek, eredetük rejtély. 2004-ben 3.080,8 ezer fő fizetett adót, összesen 1.232,2 Mrd Ft-ot. Ennek mintegy felét (621,4 Mrd Ft-ot) az évi 3,1 millió Ft-nál magasabb jövedelműek, összesen 323,4 ezren. Ez a ténylegesen szja-t fizetők 10,4%-a. Ha az adóbevallást készítőkhöz (4,196,0 ezer fő) viszonyítjuk, akkor 7,7%). Nos, a fejlett országokban az adózóknak nem lényegesen nagyobb aránya fizeti az szja felét, s az arány a jövedelem-egyenlőtlenségek általános növekedése miatt inkább csökken. A vitaanyag szerzői azt is kétségbe vonják, hogy a személyi jövedelemadót fizetők felső öt százaléka akárcsak részben is azonos lenne a magyar társadalom felső jövedelmi huszadával (2004-ben 150-200 ezer szja fizető, akik évi 3,8-4,4 millió Ft-nál magasabb jövedelem után fizettek adót), szerintük csupán olyanokról van szó, „akik nem akarták és/vagy tudták kivonni jövedelmüket az szja-rendszerből.” (15.o.). Biztosak lehetünk benne, hogy néhány ezer, legfeljebb néhány tízezer fő kivételével ez a helyzet.

A BIZTOSÍTÓ

Fentebb szó volt róla, hogy a biztosítás és a társadalombiztosítás között kizárólag az a különbség, hogy miként kerül a pénz „kapun belülré”. Miután az belülré került, tevékenységükben már nincs, nem lehet különbség. Az angol NHS épp úgy egy biztosító, mint a magyar OEP, csak ott nincs járulék. Csak éppen úgy értelmezendő, hogy az angol költségvetés az összes állampolgár helyett – az egyébként tőlük beszedett adókból – kifizeti az NHS-biztosítónak a biztosítási díjat.

A vitaanyag szerint az „OEP-et senki sem tekinti biztosítónak” (12.o.), csak névleg az, „valójában a kormánynak alárendelt kifizető intézmény csupán”, ami a „rosszul végrehajtott modell-import” következménye (uo.). Panasz hangzik el amiatt, hogy „fogalmi káosz teremtődött”, mivel nem lehet „biztosítási rendszer”-nek tekinteni egy olyan jogi konstrukciót, amelyben a járulékfizető, valódi biztosítottak száma 4,2 millió, miközben ennél sokkal többen, 5,8 millióan vannak – a hatályos törvény cirkalmas megfogalmazását idézve – az egészségügyi szolgáltatás igénybevételére, valamint bal-eseti ellátásra, és szerződés alapján egyes egészségbiztosítási ellátásokra jogosult személyek” (uo.). Nos, ez a fogalmi káosz. A gyerekek majdan járulékfizetők lesznek, a nyugdíjas-korúak pedig járulékfizetők voltak; a gyerekek kereső felnőttként fognak utólag fizetni, a nyugdíjasok pedig előre fizettek. A vitaanyag szerzőinek fejében lévő fogalmi káoszra utal, hogy „biztosítási elv”-nek szerintük kizárólag akkor minősül, ha a fizetés jelenidejű. Ha nem, akkor az csak „méltányosságból, a szolidaritás nevében” történik, mert a „szolidaritás a fő szabály, a biztosítási elv csak az esetek kisebb hányadában érvényesül” (uo.). A vitaanyag szerzői oly mértékben hozzákötik magukat fogalmi káoszukhoz, hogy maguk is tiltakoznak ellene. Azt, hogy a nyugdíjasok nem fizetnek járulékot, szerintük az „egyik legdurvább és legigazságtalanabb vonás”, s „azt a látszatot kelti, mintha a nyugdíjasok, közel 4 millió ember potyautas lenne” (18.o.), majd megvédik a nyugdíjasokat azzal, hogy ők már előre fizettek. Ha ez a helyzet, akkor viszont miért mondják, hogy ez durva és igazságtalan? Egyébként erős érveket lehet felhozni annak érdekében, hogy a nyugdíj járulék- és személyi jöve-

delemadó-köteles jövedelem legyen (természetesen a jelenlegi nyugdíjak felbruttósításával, hogy azok jelenlegi szintje ne csökkenjen, 49.o.), de nem a „potyautasnak látszó” nyugdíjasok becsületének megmentése, hanem az adózás konzisztenciájának megteremtése érdekében. A nyugdíjjárulék és egészségbiztosítási járulék legyen személyi jövedelemadó-mentes, a nyugdíj viszont legyen személyi jövedelemadó-köteles és terhelje egészségbiztosítási járulék. Ez tulajdonképpen halasztott adófizetést jelent, ami jól védhető adóelv. Ezért, és ne a nyugdíjasokat vélt sérelmének orvoslása miatt történjen ilyen irányú adóreform.

A „biztosítási elv” – ha e kifejezés egyáltalán bír szakmailag értelmezhető jelentéssel [3] az individuális ekvivalencia elvének érvényesítését jelenti, amit azonban társadalombiztosítás esetén tudatosan nem érvényesítenek. Ha ettől az értelmezéstől eltekintünk, akkor jelentése pusztán annyi lenne, hogy „valamit fizetni kell”. Azt senki nem gondolhatja komolyan, hogy az Egészségbiztosítási Alap hiányfinanszírozásának, illetve a központi költségvetés támogatásának járulékfizetés címén való folyósítása a „biztosítási elv” érvényre juttatását jelenti. Másrészt a szolidaritás versus biztosítási elv fogalomhasználat a társadalombiztosítás közgazdasági lényegének teljes félreértéséről tanúskodik. (Az ok fentebb olvasható.)

A biztosító, függetlenül attól, hogy üzleti biztosítóról vagy társadalombiztosítóról van-e szó, a biztosítási esemény bekövetkeztekor biztosítási szolgáltatást teljesít. A különbség annyi, hogy előbbi esetben mindezt biztosítási szerződésbe foglalják, míg utóbbi esetben azt jogszabályok tartalmazzák.

IRODALOMJEGYZÉK

[1] www.eum.hu, www.meh.hu

[2] www.eum.hu

[3] www.allamreform.hu. „Finanszírozás – állami vagy biztosítási alapon?” fejezet (51-71.o.).

Tisztelt Olvasóink a cikk folytatását és a szerző bemutatását lapunk következő számában találhatják meg.



V. Infokommunikációs Konferencia

2007. április 18-19.

Új helyszín!

Best Western Hotel Hungaria – 1074 Budapest, Rákóczi út 90.

LARIX Kiadó Kft.

1089 Budapest, Kálvária tér 3. II. 29. • Telefon/fax: 333 2434, 210 2682
www.imeonline.hu • ime@imeonline.hu • www.larix.hu • larix@larix.hu