

Az egészségügy reformja – tévutak és kiutak, avagy: „Állítsátok meg Arturo Ui-t” I. rész

Dr. Gilly Gyula, Dr. Szabó Alexandra

A magyar egészségügy közel húsz éve szükséges, eldöntött, ám mégis félbemaradt reformja – sajnos immár sokadik alkalommal – teljesen téves pályára került, elsősorban a több, üzleti biztosítón alapuló finanszírozási megoldás erőltetése révén.

Az üzleti biztosítók versenyén alapuló egészségbiztosítási reformot az különbözteti meg minőségileg az elmúlt 20 év bármely más reformjától, hogy visszafordíthatatlan, súlyos és óriási anyagi erőfeszítések árán is csak alig orvosolható gazdasági és társadalmi károkat okoz. Elsősorban a jó minőségű egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés esélyegyenlőtlenségének növelése, az ellátási csomagok differenciálása, (ami az ellátás egységének az anyagi teherviselő képességtől függő feldarabolásához vezet), továbbá az egységes egészségpolitika és népegészségügyi intézkedések megvalósítási lehetőségeinek ellehetetlenítése révén – ráadásul úgy, hogy az egészségbiztosítási járulékok felhasználásának nyilvánossága, társadalmi ellenőrizhetősége és számonkérhetősége helyére az „üzleti titkok” világa lép. A szerzők véleménye szerint megfelelő egészségpolitika, technikai és politikai bevezetés nélkül a reform sikertelen marad. Agresszív kezelés előtt nem lehet nem felállítani egy megalapozott és valós diagnózist. Csak a koherens és kitisztult alapelvek mentén lehet elkezdeni a szervezeti reformokat, amelyek e nélkül csak „l'art pour l'art”, öncélú és veszélyes cselekvéssé törpülnek. A szerzők bemutatják a versengő több-biztosítós modell jól ismert problémáit. A közgazdasági alapelvek és más országok tapasztalatai alapján értékelik a több-biztosítós modellt tápláló mítoszokat.

A cikk végén a szerzők javaslatot tesznek egy alternatív megoldásra, amely az egységes nemzeti társadalombiztosító létrehozása.

A tanulmányt terjedelme miatt két részben közöljük.

The authors argue that the long-awaited, but still missing Hungarian health reform went on a wrong track, due to forcing the establishment of a financing scheme based on multiple, competing health insurance companies.

As the authors point it out, this „reform” may cause irreversible, incurable economic and social damage, mainly by causing inequity in accessing quality health-care and thus in inequities in health outcomes, differentiating amongst health insurance packages, which will lead to fragmentation of health care packages according to ability to pay.

Moreover, transparency and social accountability in spending the publicly financed health budget, will be replaced by „business secrecy”.

The authors argue, that without a proper policy, and adequate technical and political implementation the reform will fail.

Before applying aggressive therapy, it is wise to set up a solid and true diagnose.

Only after clearing and creating coherence between these principles, aims, function, conditions of function can organisational changes be started. Without this the reform will be a „l'art pour l'art” style, self-purpose, unclear and dangerous process.

Authors then go through the well known problems of the system of multiple, competing health insurance companies. On the basis of economic theories and experiences of some other countries they address the destroying basic myths which underpin the present Hungarian health care reform proposal.

At the end of the article they also describe an alternative solution, which is to build up a universal national health insurance scheme.

Due to its size, the article is published in two parts.

BEVEZETÉS

A megbukott szlovák egészségügyi reformot leszámítva a világban eddig egyetlen egy olyan ország létezik, ahol megvalósult a – kisebbik kormánypárt által – javasolt magyar egészségbiztosítási reform. Egyetlen olyan ország van, amely egyszer már elérte azt a társadalmi fejlettségi szintet, hogy volt egy egységes, egyszervezetű társadalmi egészségbiztosítási rendszere, de az ún. reform keretében ezt az egységes, egyszervezetű társadalmi egészségbiztosítást feldarabolták, hogy üzleti biztosítókat engedhessenek be a rendszerbe: Chile, ahol 1981-ben Pinochet tábornok, Világbanki tanácsra és amerikai szakértők közreműködésével bevezette a jelenlegi magyar reformhoz hasonló egészségfinanszírozási rendszert. Mint az előre jósolható volt, majd be is igazolódott, a chilei reform mérhetetlen társadalmi károkat, költségrobbanást, az ellátás szegény és gazdag ellátásra való szétszakadását okozta. Chile közel 20 évvel Pinochet és katonai diktatúrájának bukása óta sem képes e bajokból kilábalni. Ez intő példa kell legyen a magyar politika, egészségpolitika és az egész magyar társadalom számára. A megfelelő minőségű és szükséges orvosi és egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés esélyegyenlőtlensége és a pénzügyi lehetőségektől való függése egy ilyen rendszerben nemcsak egyszerűen romlik, hanem egyenesen intézményesül és legalizálódik. A jelenlegi egészségtelen magyar politikai „szekértábor világban”, mindjárt az írás elején le kell szögezni, hogy az „egybiztosítós – több-biztosítós” vi-

ta nem pártpolitikai szekértábor kérdés, még akkor sem, ha léteznek szekértáborok, és akkor sem, ha vannak, akiknek igen fontos érdekük fűződik a kérdés illetően beállításához. Azok a súlyos piaci hibák, amelyek a verseny szinte összes feltételét ellehetetlenítik, nem a magyar aktuális pártpolitikától függenek, hanem az egészségügy piacelemzéséből következnek. A súlyos és negatív hatások nem szavazótáborok között szelektálva fognak megjelenni, hanem minden magyar embert egyformán fognak érinteni éppúgy, mint ahogyan nincs például FIDESZ-es, MSZP-s, SZDSZ-es, MDF-es, KDNP-s stb. zivatar. Ha az eső esik, akkor az mindenkire esik.

Azért sem valós az „egybiztosítós – több-biztosítós” vita politikai szekértáborok hitvitájaként, ellenzék kontra kormány problémaként való beállítása, mert tudni kell, hogy a jelenlegi reformötlet egyáltalán nem új keletű. Ilyen és ehhez kísértetiesen hasonló „álreform-ötletek”-nek több mint 20 éves története van, e tévútra már minden eddigi kormány rátévedt, függetlenül attól, melyik pártok voltak éppen hatalmon.

A társadalombiztosítás önálló alapként való működtetésének tervezése 1985-ben elkezdődött. E munka megkezdése után már 1986-ban jelentkeztek azok a külföldi üzleti csoportok, amelyek a társadalmi egészségbiztosítás és az üzleti egészségbiztosítás összekeverésében rejlő folyamatok, kockázatmentes üzleti haszonszerzés lehetőségét felismerték, sőt azt már eredményesen ki is próbálták (pl.: 1981-től Chilében). 1988. III. 22-én a Minisztertanács 2005. (1988/III.22) számon határozatot hozott az önálló alapként gazdálkodó társadalombiztosítási intézményrendszer kialakításáról, ami ennek megfelelően 1990. január 1-jétől működését megkezdte. E döntést és a működtetést és a menetközben történő fejlesztést átalreform-ötletekkel folyamatosan gátolják, zavarják. A főbb kísérletek a következők voltak: a társadalmi egészségbiztosítást részben privatizáló Dunamenti Biztosító Rt. 1989. decemberi alapításának ötlete; 1992-ben a PM javaslata az Egészségbiztosítási Alap „hiányának” bankok és üzleti biztosítók számára történő állampapír kibocsátás útján való finanszírozása; 1992-ben a Világbank által javasolt chilei modell hazai bevezetése; a társadalombiztosítás privatizációja. 1998. január 18-án a Pénzügyminisztérium akkori helyettes államtitkárának előkészítése alapján a Pénzügyminiszter javaslata kormányhatározat elkészítésére a társadalmi egészségbiztosítás privatizációjára vonatkozóan. 1998 decemberében az irányított betegellátási modellkísérlet megjelentetése a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak költségvetésében (megjegyzendő, hogy a 2004-2005. évi OEP, Egészségügyi Minisztérium, Állami Számvevőszék, Közpénzügyi Államtitkárság részéről egyöntetűen elmarasztaló, törvényszegéseket, eredménytelenségeket feltáró vizsgálatok ellenére e program a mai napig folyik). Így 1999 márciusában a társadalombiztosítási alapokat felügyelő államtitkár asszony terjesztette elő a társadalmi egészségbiztosítás privatizálásáról szóló törvényjavaslatot (szó szerinti egyezésekkel az 1998 januári PM javaslat egyes szövegrészeivel). 2003 februárjában az egészségügyi reformtitkárság előterjesztésében jelent meg kormány határozattervezet a több-biztosítós rendszer

Vasutas Társadalombiztosítási Igazgatóság bevonásával történő modellezésére vonatkozóan. 2004. április 14-én elkészült az egészségügyi ellátásszervezőkről szóló törvényjavaslat (eszerint lényegében a bankok és a biztosítók valósítanák meg az irányított ellátási modellek szerinti ellátásszervezést). 2005 novemberében az SZDSZ közzétette az OEP privatizációját jelentő több-biztosítós rendszerre vonatkozó törvényi normaszöveggént megírt dolgozatát. 2006 folyamán elkészült a „zöld könyv”, ami látszólagos objektivitással mérlegelni kívánja az „egymással versengő egészségbiztosítók” bevezetésének a lehetőségét, de azt egyéb programjaiban előkészíti. 2006 folyamán az Országgyűléssel elfogadják az egészségbiztosítás felügyeletéről szóló törvényt.

A fenti felsorolás csak a főbb, viszonylag nagyobb nyilvánosságot kapott, nagyrészt sikertelen próbálkozásokat tartalmazza. Külön terjedelmes felsorolásban lehetne a 20 éve tartó, médián keresztül félrevezető manipulációs akciókat ismertetni. A lényeg: a fenti felsorolásból is jól látható, hogy egyáltalán nem egy eddig még soha nem ismert és nem halott, nagy ívű kreatív és az egészségügy problémáit megoldó reformjavaslattal állunk szemben. Az is látható a fenti felsorolásból, hogy a cél mindvégig a társadalmi egészségbiztosítás és az üzleti biztosítás – anyagi haszonszerzési céllal elkövetett – tudatos összeagyválása volt. Az ebben érdekelték számára „reménykeltőbb” fázisokban nyíltan a több, versengős magán üzleti biztosítós koncepció mentén, kevésbé „reménykeltő” fázisokban pedig az ún. irányított betegellátási modell/ellátásszervezői modell mentén. A lobbista szereplők nagyrészt ugyanazok mindkét próbálkozás kapcsán. Érdeemes megfigyelni a két koncepció „politikai váltógazdálkodását” az idők folyamán. Amint az egyik (pl.: több-biztosítós rendszer) megbukik, kvázi megoldású ötletként máris jön az irányított ellátás/ellátásszervező/kistérségi és/vagy regionális ellátásszervező stb. koncepció és fordítva. A lényeg mindig egy és ugyanaz, a fő szereplők nagyjából 20 éve nagyrészt ugyanazok.

A magyar egészségügy problémáira és a jelenleg teljesen tévúton járó egészségügyi reformra van megoldás, sőt valójában csak egyetlen megoldás van: a társadalmi egészségbiztosítás intézményrendszere – közel 20 éve eldöntött, de eddig soha meg nem valósított és befejezett – kiépítésének a befejezése, mégpedig a 21. század követelményeinek és technológiai színvonalának megfelelően. A jelen anyag célja nem egy részletes egészségügyi reformkoncepció felvázolása, ezért nem térek ki részletes technikai rendszerszervezési megoldások ismertetésére. Ehelyütt csak annyit szeretnék rögzíteni, hogy a társadalmi egészségbiztosítás intézményrendszerének, szervezési, ellátás-szervezési, finanszírozói, szolgáltatásvásárlói, ellenőrzési, egészségi szükségletelemzési, emberi és gazdasági erőrtalék-gyűjtési és gazdálkodási stb. funkcióinak évszázados hagyományai és teljesen kiforrott szakmai módszertani szabályai vannak, amely összességében egy speciális szakmát jelent. E szakma és mesterség szakmai szabályai alapján nem kell kreatívan kitalálni a rendszert, hanem e szakma alapján megvalósítani. Az USA kivételével az összes fejlett ország általában évszázados, eseten-

ként sok évtizedes tapasztalata igazolja, hogy e rendszer felépíthető, működőképes és a változásokhoz folyamatosan és rugalmasan adaptálódni képes. Semmilyen olyan speciális Kárpát-medencei és magyarországi sajátosság nem létezik, amely alapján azt kellene gondolni, hogy ami a világ bármely más részén jól működik, az pont minálunk ne működne.

Az összes fejlett és kultúrország (kivévelet USA – ahol viszont Massachusetts állam után, Arnold Schwarzenegger szenátor épp most látott neki Kaliforniában az államilag szervezett társadalmi egészségbiztosítás kiépítéséhez, amely még az illegális bevándorlók ellátását is lefedné) társadalmi egészségbiztosítási rendszer működik. Sokszorosan igazolt tény, evidencia, hogy az egészségügy alapvető célját (az emberek egészségi állapotának lehetőségek szerinti maximálása), továbbá az alapvető célkitűzéseket, azaz a megfelelő minőségű egészségügyi, orvosi ellátásokhoz való hozzáférés esélyegyenlőségének a javítását és az ellátórendszer működése hatékonyságának és minőségének növelését, továbbá az egészségügyi költségrobban(t)ás kordában tartását és egy egységes egészségpolitika és aktív népegészségügyi program végigvitelét a társadalmi egészségbiztosítás képes egyedül hatásosan megvalósítani. Ezzel ellentétben az üzleti biztosítás kizárólag csak arra képes, hogy e célok és egy egységes egészségpolitika és népegészségügyi program megvalósulását és e „rendszerparamétereket” ellehetetlenítse, súlyosan rontsa, sőt a nem kívánatos, anyagi helyzettől függő hozzáférési esélyegyenlőtlenségeket intézményesítse, legalizálja, és az elszámoltathatóság lehetőségét eleve kizáró „üzleti titok” homályába borítsa.

A társadalmi egészségbiztosítás intézményrendszere kiépítésének a befejezése, gyakorlatilag az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) és – fent röviden felsorolt – működési alrendszerének megerősítését, kiépítésének befejezését jelenti. A társadalmi egészségbiztosítás intézményrendszere nem „állami hivatal” – mint azt egyesek manipulávan sugalmazták –, hanem egy egyszerűzetű szolgáltatásvásárló (monopszónium), nemzeti szinten egységes szolidaritás alapú, egységes kockázatközösséget fenntartó, az egészségi kockázatokat folyamatosan értékelő és kezelő, továbbá ezek változásához folyamatosan és dinamikusan adaptálódó és ezen visszacsatolásos mechanizmusok révén nagymértékben önszabályozásra, önkorrekcióna képes társadalmi intézményrendszer. Erre természetesen – miután semmi sem tiltja – már akár most is számos, kiegészítő önkéntes magán egészségbiztosítási konstrukció épülhetne rá, ha az egészségbiztosítási piacnak nem lennének meg azok a súlyos piaci hibái, amelyek miatt a több-biztosítós rendszer működés-képtelen, és ha erre a „piacon” meglenne a megfelelő kereslet az emberek, mint szolgáltatást igénybevevők között. De miután a magán egészségbiztosítási piac számos mélyen fekvő közgazdasági ok miatt képtelen rendszeresen működni, nem meglepő, hogy csak olyan konstrukciókkal képes a piac magától előállni, amely enyhén szólva nem igazán vonzó az emberek számára. (Ezért is szükséges az, hogy a piaci fundamentalizmus teljes ideológiai eszköztárával, a piaci verseny előnyeit hangoztatva a legbrutálisabb állami beavatko-

zással piacot és üzleti lehetőséget próbáljanak meg egyesek teremteni az üzleti biztosítók számára.)

Bármilyen egészségügyi reformhoz hozzátartozik természetesen a szolgáltatói oldal (kórházak, egészségügyi ellátó intézmények stb.) reformja. Az egészségügy területén a finanszírozói oldal és a szolgáltatói oldal két elkülönülő és némileg más „piaci” tulajdonságokkal rendelkező szegmens. Általában és kissé leegyszerűsítve elmondható, hogy az összes közgazdasági törvényszerűség és nemzetközileg rendelkezésre álló jól dokumentált működési tapasztalat azt igazolja, hogy a több biztosító jelenléte (még akkor is, ha egy kötelező társadalombiztosítási rendszerről van szó, mint Hollandiában vagy Németországban) súlyos problémákat okoz: általában a kockázatkiegyenlítő alapok „dőlnek be” rendszeresen. Így Hollandiában 2005-ben 15 milliárd euróval kellett szanálni a bedőlt kockázatkiegyenlítő alapot. Ez a kb. 3750 milliárd Ft-nyi összeg a magyar egészségbiztosítási alap (E-alap) több, mint 2,5 éves költségvetésének felel meg.

Ezzel szemben, ha a társadalmisított, egyszerűzetű egészségfinanszírozás intézményrendszere megfelelően kiépült és megfelelően működik, a szolgáltatói oldalon pozitív hatása lehet az államilag szervezett társadalmi egészségbiztosítás keretei között létrejövő szabályozott szolgáltatói piaci versenymechanizmusoknak. Akkor is, ha szinte kizárólag közintézmények a szolgáltatók (lásd Nagy-Britannia), és akkor is, ha a szolgáltatói oldalon előfordulnak mind állami, mind magán intézmények (pl.: Németország). De akkor is, ha szinte kizárólag magán szolgáltatók vannak jelen a szolgáltatói piacon (pl.: Kanada).

Ebből eredően, ha van olyan része az egészségügynek, ahol egy jól megszervezett társadalmi egészségbiztosítási rendszer keretei között a szabályozott piac működhet, akkor az a szolgáltatói oldal, és ha van olyan része, ahol a piaci és versenymechanizmusok nem képesek működni, akkor az az egészségbiztosítási finanszírozói oldal. Különös, hogy a mostani kapacitátszabályozásokból, beutalási rendből, kiemelt súlyponti kórházak kijelöléséből, központi ágyszám leépítésekből stb. álló ún. egészségügyi reformok épp ott zajlanak a pártállami idők központi tervutasításos rendszerére emlékeztető ad hoc kézivezéreléses módszerrel, ahol éppen teret lehetne engedni a hazai liberális párt által oly lelkesen támogatott piaci mechanizmusoknak; miközben azon a területen (finanszírozói oldal) hallgatjuk meg nap mint nap a piaci fundamentalizmus összes ideológiai tételét és piaci mítoszát, ahol közismert módon nem működik a piac. Megjegyzendő, hogy a teljesítmény volumenkorlátok és kapacitások meghatározása, központi szétosztása, a központilag meghatározott beutalási rend, a kiemelt kórházak központi meghatározása lényegében felszámolta a szolgáltatói oldali piaci mechanizmusok lehetőségét, mert lényegében államilag alakított ki monopol és privilegizált helyzeteket szolgáltató és szolgáltató között. Már csak emiatt sincs esélye annak, hogy a piaci mechanizmusok révén javuljon a szolgáltatások minősége, u.i. épp most sikerült felszámolni a szolgáltatói oldali piaci működés és verseny lehetőségeit, feltételeit.

Az előzőek alapján az is érthető, belátható, hogy miért inadekvátak és félrevezetőek azok, a szolgáltatói oldallal kap-

csolatos javaslatok, ötletek stb. amelyek a kórházak, illetőleg egészségügyi intézmények tulajdonosi szerkezetének, állami, közhasznú, vagy magán működési formájának tulajdonítanak bármilyen jelentőséget. (lásd: a FIDESZ non-profit gazdasági társaságokkal kapcsolatos javaslata.)

Ha ugyanis a finanszírozási oldal rendbetétele, azaz a társadalmi egészségbiztosítás intézményrendszere kiépítésének befejezése megtörténik, akkor ez maga az, ami a szabályozott piaci működés feltételrendszerét jelenti, és amelyben bármilyen tulajdonú és/vagy üzemeltetésű, fenntartású egészségügyi szolgáltató megtalálhatja a tisztességes és minőségi működés lehetőségeit. Ha úgy tetszik, egy jól megszervezett és felépített társadalmi egészségbiztosítási rendszer saját maga az, amelyik működési alrendszerain keresztül, nemcsak az üzletileg nem biztosítható kockázatok társadalmi kezelését valósítja meg, de a szolgáltatások feletti „társadalmi kontrollt” is. Ha viszont a társadalmi egészségbiztosítás rendbetétele nem történik meg, akkor bármilyen is a szolgáltató státusza, a jelenlegi rendszer anomáliáihoz hasonló diszfunkciók jelen lesznek a szolgáltatói oldalon. Ennek megfelelően ha a társadalmi egészségbiztosítás kiépül, akkor azért teljesen mindegy, hogyan alakulnak a szolgáltatói oldalon a tulajdonviszonyok (mert megfelelő keretek között működnek a szolgáltatók), ha nem épül ki, akkor pedig azért teljesen mindegy, mert nem megfelelő keretek között működnek a szolgáltatók.

TECHNIKAI ÉS POLITIKAI MEGVALÓSÍTÁSI KÉPESSÉGEK NÉLKÜL EGY JÓ KONCEPCIÓ IS BUKÁSRA LENNE ÍTÉLVE

Az eddigi reformlépésekkel és a több, üzleti biztosítás javaslatával kapcsolatosan mind koncepcionális, mind technikai-adminisztratív megvalósítási és megvalósíthatósági, mind politikai megvalósítási és megvalósíthatósági, továbbá bizonyos eljárási, módszertani problémák fogalmazhatóak meg.

Megalapozott koncepció, a megfelelő technikai és politikai megvalósítási képesség bármelyikének hiányában a reform nem lehet sikeres. Ahhoz, hogy bármely reform sikeresen megvalósuljon, alapvetően két kulcsfontosságú és egyforma jelentőségű összetevőre van szükség: egy szakmailag megalapozott, koherens és adekvát reformkonceptióra, továbbá mindennek a hatékony technikai/adminisztratív és politikai megvalósítására. Ez utóbbi nem papírokat, miniszteri beszédek, esetlegesen áterőltetett jogszabályokat, hanem jól működő intézményeket, rendszereket, továbbá széleskörű, mély és tartós társadalmi (és így politikai) támogatottságot jelent. Rossz megvalósítás esetén a reform végeredményei nem érik el az eredetileg kitűzött célokat, és lejáratják a reformkonceptiót is. Pontosan ez történt idáig az ellentmondásos, szakmailag nem megalapozott, a társadalommal nem egyeztetett, sette-sután végrehajtott és agresszíven áterőltetett egészségügyi reformlépések során. Például: a kórházak hibás finanszírozási szerződéseket kaptak igen rövid aláírási határidővel. A vizit-

díj-mentesség egyre bővülő kiterjesztése mutatja, hogy egyáltalán nem volt végiggondolva a vizitdíj bevezetése. A kiemelt súlyponti kórházak kijelölése és a kapacitások szétosztása egy még meg sem született, de a beteg szabad orvos- és intézményválasztásának korlátozását feltételező beutalási rendet feltételezve történt, amely beutalási rend végül is – politikai okok miatt, egyébként helyesen – mégsem korlátozta a betegek szabad orvos- és intézményválasztását. De vegyük észre, ezzel viszont pusztán csak a kiemelt kórházak kijelölésének és a kapacitás-szétosztásnak a kiindulási előfeltételezését és így alapját nullázták le. Ilyen körülmények között nem csoda az, hogy még ha helyes is lett volna az eddigi reformlépések koncepciója, akkor is csak botrányosan félresiklani tudtak az eddigi reformok.

A „jó” reformhoz jó koncepció, jó technikai, adminisztratív és jó politikai megvalósítás kell egyszerre, egyidejűleg. Ha e 3 feltétel közül bármelyik hiányzik, a reform pontosan úgy borul fel, mintha egy háromlábú szék egyik vagy másik lábát kirúgnánk. Az egészségügyi reformmal kapcsolatos problémák lényege úgy foglalható össze, hogy sem a koncepció nem megalapozott és nem koherens szakmailag, sem a technikai, adminisztratív, sem pedig a politikai megvalósítás feltételei nincsenek jelen. Ezért nem csoda, ha megbukott, illetőleg nem csoda, ha meg fog bukni, és ha a rossz koncepció erőltetése ilyen ostoba és arrogáns agresszivitással folytatódik, magával rántja azokat is, akik erőltetik, és azokat is, akik politikai hatalmi érdekből támogatják, vagy támogatni kényyszerűnek.

AGRESSZÍV TERÁPIA MEGKEZDÉSE ELŐTT PONTOS, MEGALAPOZOTT ÉS VALÓS DIAGNÓZIST SZOKÁS FELÁLLÍTANI

Egy, az egészségügy méretű és komplexitású társadalmi alrendszer reformkonceptiójának kidolgozásakor fontos (lett volna) az ilyen típusú reformok kidolgozásával kapcsolatos alapvető szakmai és módszertani szabályok ismerete, betartása. Mindenekelőtt elengedhetetlen, hogy tisztában legyünk azzal, melyek is azok a problémák, amelyek a reformokat létjogosulttá, elodázhatatlanná teszik, és, hogy tulajdonképpen mit is akarunk elérni a reformokkal. Más szóval: a valóságos problémákhoz szokás adekvát megoldásokat keresni, és nem valamilyen változtatási ötlethez hozzágyömszőlni a vélt, valós és esetenként mondvacsinált problémákat, éppen úgy, mint ahogyan nem a gombhoz szokás a kabátot keresni, hanem a kabáthoz a gombot. Csak az alapelvek, a célok, a működés és működés feltételeinek tisztázása után, továbbá ezek koherenciájának megteremtése után lehet elkezdni a szervezeti átalakításokat – ellenkező esetben öncélú, homályos és veszélyes kimenetű a „reform”. Régi és jól ismert szabály, hogy egy ilyen rendszer kapcsán először tisztázni kell azokat az alapelveket, amelyek mentén a rendszernek, vagy a már megreformált rendszernek majd működnie kellene. Ezt követően be kell azonosítani azokat a célkitűzéseket, amelyek elérése révén biztosítható, hogy a rendszer a kívánatos alapelveknek megfelelően működjön. E célrendszerből következik

az elképzelt, kívánatos működés (és funkciók), továbbá e működés feltételeinek kialakítása, biztosítása. A szervezet hozzárendelése, illetőleg a szervezet (intézményrendszer) átalakítására vonatkozó koncepció csak ezután határozható meg.

Ha az alapelvek – célok – működés és működési feltételek tisztázása elmarad, és az ún. reform ezek tisztázása nélkül a szervezeti átalakításokra koncentrálnak, akkor az egész ún. reform céltalanná, pontosabban öncélúvá, megalapozatlaná, bizonytalan, homályos és veszélyes kimenetelűvé válik. Ez azért veszélyes, mert most éppen arról a legfontosabb társadalmi alrendszeréről beszélünk, amely a nap 24 órájában, az év 365 napjában az összes magyar ember ellátását végzi, biztonságát garantálja. Ezt nem lehet hályogkovács módjára, következmények nélkül rángatni, zavaros ötletelés mentén.

A jelenlegi magyar egészségügyi reform, mind az eddig megtett lépések, mind pedig a több-biztosítós ötlet legalapvetőbb hibája, hogy sem az alapelvek, sem az alapvető célok, sem pedig a működés és működési feltételek tisztázása nem történt meg. Így nemcsak egy inkoherens, szakmailag megalapozatlan és rossz reformkoncepció született, hanem már a reform megvalósításának kezdetén működési problémák léptek fel. Óriási a felháborodás és az ellenállás, és valójában kérdéses, hogy mit sikerül egyáltalán megvalósítani, ez mennyire lesz egy múlt momentum a magyar egészségügyben, továbbá, hogy egyáltalán mi lesz a hatása, és mik lesznek a káros, nem kívánatos mellékhatásai a nagy reformnak. Sajnos rombolni sokkal egyszerűbb, mint építkezni, így a rombolás eredményeit még egy rövid ideig lehet úgy interpretálni, mintha azok a reform tartós eredményei lennének – főként előre kitűzött célok hiányában.

Miután az ún. reformkoncepció megalkotásakor nem tartották be az erre vonatkozó módszertani jellegű szabályokat, és prekonceptiózus módon a „gombhoz varrták a kabátot”, ezért rossz és inkoherens, feltöredezett, mozaikos és egymással ellentétben álló elemeket tartalmazó ötletek születtek jó koncepció helyett (pl.: versenyfeltételek megszüntetése, és monopolhelyzetek kreálása a szolgáltatói oldalon, valamint verseny erőltetése a finanszírozói oldalon). Nem történt meg a koncepció megfelelő egyeztetése a társadalommal és az érintettekkel, ideértve a jogalkotásról szóló törvény rendelkezéseinek be nem tartását is, amely egyébként felveti a procedurális alkotmányvétség kérdését is, mivel nemcsak tartalmi, hanem eljárási szempontból is lehet egy rendelkezés alkotmányvétség. Végül is nem csoda, ha számos hiba maradt a nagy ötletek között, de az sem csoda, hogy lényegében igen csak vékonyka és szűk körű az egész társadalom jövőjét meghatározó reformötletek társadalmi támogatottsága, így politikai megvalósíthatósága, fenntarthatósága szinte zéró. Ezenfelül minden egyes reformlépés során kapitális technikai végrehajtási hibák történtek. Ez önmagában is elegendő lehet még egy jó koncepció kisiklásához és lejárátódásához is. Valójában a kisebbik kormánypart botránnyosan arrogáns agresszivitásáért és csetlés-botlásáért a nagyobbik kormánypart fogja megfizetni a politikai árat.

A jelenlegi, sokszor politikai felhangokat is magában foglaló felzúdulás az egészségügyi reformmal kapcsolatosan

elsősorban és alapvetően nem pártpolitikai természetű, ahogyan erről már korábban is szó volt. Sőt, nem is az ilyen nagyrendszerek átalakításakor „szokásos” „közegellenállásról” van szó elsősorban. A felzúdulás annak a következménye, hogy sem a koncepció (policy) kialakítására vonatkozó alapvető módszertani szabályokat nem tartották be, sem pedig a technikai adminisztratív és politikai megvalósítás feltételei nem állnak rendelkezésre. Emellett hiányoznak az ezek megteremtéséhez szükséges ismeretek, képességek és tapasztalatok. A már megtett lépésekkel kapcsolatos eddigi botránnyok igen erőteljesen igazolják, hogyan érvényesül az elmélet a gyakorlatban, és hogyan bosszulja meg magát e szabályok megszegése.

Megjegyzendő, hogy az eddigi reformlépések technikai értelemben nagyságrendileg kisebb kihívást és feladatot jelentettek, mint a több-biztosítós rendszer bevezetése (az egészségügyi ellátás folyamatosságának, folyamatos biztonságának fenntartása mellett). De ezt a nagyságrendileg kisebb „feladatot” is csak számtalan kapitális hibával tudták a „reformerek” végrehajtani. Ezért nem is egészen érthető, hogy hogyan akar valaki a Himalájára felmászni oxigénpalack nélkül, azt követően, hogy még egy könnyed Margit-szigeti séta közben kifulladás a vízszintes terepen is.

Már most akkora többlet probléma keletkezett az amúgy is sok-sok problémával és működési zavarral küzdő és valóban átalakításra szoruló egészségügyi rendszerrel, hogy a politikai pártoknak, különösképp a nagyobbik kormánypártnak és a legnagyobb ellenzéki pártnak össze kellene fognia abban, hogy az egészségügyet kivonják a pártpolitikai csataterőről. Azért, hogy ezzel megteremtse a békés és szakmailag megalapozott érdemi reformok politikai feltételeit. Ezután neki kellene látni az eddig okozott károk felszámolásának, a régóta létező problémák kijavításának, és összességében az egyszervezetű, egységes nemzeti szintű kockázatközösséget fenntartó szolidaritáselvű társadalmi egészségbiztosítási rendszer már régen eldöntött kiépítése befejezésével, és egy szabályozott egészségügyi szolgáltatói piac megteremtésével egyidejűleg.

MI IS A PROBLÉMA A TÖBB-BIZTOSÍTÓS RENDSZERREL?

Maga a több-biztosítós rendszer sokféle konstrukciót jelenthet. (Bár attól, hogy egy rendszerben több biztosító van, attól az még nem rendszer. Vagy ha mégis az, akkor Magyarországon már régóta több-biztosítós rendszer van, hiszen több mint egy évtizede léteznek egészségpénztárak, ugyanennyi idő óta jelen vannak kiegészítő üzleti egészségbiztosítások.)

A jelenlegi reformötlet szerint, az OEP mellett több, egymással versenyben lévő üzleti biztosító jelenne meg, amelyek versengenének a biztosítottakért (ügyfelekért), azzal, hogy bizonyos minimális ügyfélszámot el kell érjenek, de egy bizonyos maximált létszámnál nem lehet több biztosítottjuk. E biztosítói típusú versenyben az OEP egy lenne a több biztosító közül, illetőleg lennének olyan ellátások (pl. nagy értékű bea-

vatkozások stb.), amelyekre mindenki számára az OEP, illetőleg az OEP szervezeti kettéválasztásával létrejövő „központi OEP” nyújtana biztosítást, míg a „versengő OEP” versengene az üzleti biztosítókkal (a reform kiagyalói a központi jegybanki és kereskedelmi banki funkciók szétválasztásának analógiáját használták, tévesen). Az egységes kockázatközösség azáltal valósulna meg, hogy: (i) mindenki köteles valahol biztosítást kötni, (ii) a biztosító minden hozzáféréssel köteles biztosítást kötni (senkit nem utasíthat el), (iii) a biztosító nem alkalmazhat egyéni kockázatértékelés alapján eltérő díjcsabást, (iv) a járulékfizetési kötelezettség és a járulékbeszedés országosan egységesen határozódik meg. Hollandiában is ilyen jellegű állami szabályozással próbálják elérni, hogy az üzleti biztosítók által „adminisztrált” társadalombiztosítás egységes kockázatközösséggel, a szolidaritáselv alapján működjön.

Ha ez így van, akkor mi is a probléma, hiszen elvileg megmarad az egységes kockázatközösség és a szolidaritás elvű működés? A részletek ismertetése előtt, általánosságban az a probléma, hogy a hatékony, alacsony költségű, egységes szolidaritás elvű működésre a fenti állami szabályozási keretek csak „elméleti” és a gyakorlatban soha meg nem valósuló megoldást adnak, számos technikai és elvi ok miatt.

- A problémák egy része – amint az a későbbiekben kifejtésre kerül – nem is a magánbiztosítók üzleti és profit-orientált jellegével függ össze, hanem azzal a ténnyel, hogy egyetlen, egyszerűsített és egységes államilag szervezett társadalombiztosítási egészségbiztosítás helyett több (egynél több) szervezetre, biztosítóra szedik szét a rendszert.
- A problémák másik része viszont a biztosítás és az egészségbiztosítás közgazdasági törvényszerűségeiből következik, elsősorban az egészségbiztosítási oldalra (finanszírozói oldalra) jellemző sokszoros és alapvető piaci hibák miatt, amelyek abból erednek, hogy a súlyos információaszimmetriák miatt a verseny feltételei nem állnak fenn, azaz nem működik a piaci verseny, és így nem produkálja a tőle várt pozitív hatásokat. Ez utóbbi esetben ugyanis ha az állam minden (szabályozási és ellenőrzési) eszközzel megpróbálja a káros kockázati szelekciót („lefölözés”) tiltani, attól még a biztosítótársaságokra változatlanul hatnak a biztosítás közgazdaságtanának alapvető törvényszerűségei, valamint a tulajdonosi (profitmaximalizációs) érdekek érvényesítésével kapcsolatos alapvető üzleti érdekek és a menedzsment ezzel kapcsolatos kötelezettségei. Így az, hogy a társaság mindenkor piaci értékét hogyan értékeli pl. a profittermelő képessége alapján (pl. a tőzsdén). Ezért az üzleti biztosítónak mindenféleképpen kell tennie valamit azért, hogy csődbe ne menjen, piaci értékét folyamatosan növelje és a tulajdonosok profit elvárásainak megfelelően. E problémával kapcsolatosan keletkeznek azok a valóban kényszerhelyzetek, amelyek miatt – mint azt pontosan a holland egészségbiztosítókkal kapcsolatos számos gyakorlati példa is jól illusztrálja – a magán üzleti biztosító mindenképpen belekényszerül abba, hogy csináljon valamit, ami alkalmas a jogi garanciáknak szánt állami megkötések – számára káros – hatásainak a

kivédésére, azaz a garanciális törvényi rendelkezések nyílt törvénysértés nélküli kijátszására.

Az egy társadalmi egészségbiztosító több biztosítóra (akár több társadalombiztosítóra) való szétszedése miatt számos működési probléma, anomália lép fel. E problémakör nem azzal függ össze, hogy üzleti magánbiztosító jelenik meg a társadalombiztosításban, hanem azzal a ténnyel, hogy egyetlen társadalmi egészségbiztosító intézmény egyetlen nemzeti szinten egységes kockázatközösséget jelent, több szervezet pedig több, kisebb és egymáshoz képest eltérő kockázati összetételű kockázatközösséget jelent. Azaz a társadalmi egészségbiztosító szétszedése az egyetlen kockázatközösség szétszedését is jelenti egyben, ami még akkor is súlyos bajokat okoz, ha történetesen nem magán, hanem kis, helyi–regionális társadalmi egészségbiztosításokra lenne szétszedve a rendszer.

A KOCKÁZATKÖZÖSSÉG SZÉTDARABOLÁSA MIATTI PROBLÉMÁK

- Az egyetlen, az összes 10 millió embert magában foglaló kockázatközösség minden tekintetben homogénebb, kiegyenlítettebb és így robusztusabb, kisebb kockázatú, mint például 5 darab 2 millió fős kockázatközösség (méretgazdaságossági problémákat ehelyütt nem is említve).
- Ha minden magán üzleti biztosító a legtisztességesebben, a leginkább jóhiszeműen járna is el, és semmilyen módon nem kísérelné meg manipulálni azt, hogy a 10 millió fős populációból lehetőleg a legjobb kockázatúak (vagy legjobban „beárazottak”) kerüljenek őhozzá, akkor is, spontán módon, pusztán véletlenségből is előáll az a helyzet, hogy az egyik mondjuk 2 millió fős kockázatközösség összesített statisztikai kockázati szintje el fog térni a másiktól. Sőt, az lenne a véletlen, ha ez nem így lenne. Ezért eltérő kockázati összetételű kis kockázatközösségek jönnek létre (ráadásul épp a biztosítók versenye miatt feltehetően jelentősen eltérő méreteken, ami további kockázati eltérések forrása lesz).

Emiatt szükségszerű, hogy az állam egy olyan kockázatkiegyenlítő alapot (és/vagy kockázatkiegyenlítő mechanizmusokat) hozzon létre és működtessen, amely ezeket a spontán módon is bekövetkező kockázati közösségi eltéréseket kompenzálja. Például úgy, hogy a jobb kockázati közösséggel rendelkező biztosító a kockázatteltérésnek megfelelő összeget befizet, míg a rosszabb kockázati közösséggel rendelkező biztosító (illetőleg kockázati közösség) a kockázatteltérésnek megfelelő kiegyenlítő finanszírozást kap. Ez azért probléma, mert a kockázatkiegyenlítő alap és a kockázatkiegyenlítő mechanizmusok (többet adminisztrációs költséget, hatékonyságcsökkenést nem számítva) súlyos elvi és gyakorlati okok miatt nem képesek elegendő pontossággal és kielégítő módon működni. Ennek két fő oka van: a „mérési” probléma és az üzleti biztosító által (aktuáriusi módszerekkel), biztosítással le nem fedhető betegségek jelenléte a kötelező kockázati poolban.

Lehetetlen ugyanis elfogadható költségszinten és eljárásokkal minden egyes biztosított tényleges egyéni egészségi

kockázatát kellő pontossággal megállapítani. Ez az az információs aszimmetria, amely az üzleti biztosító információhiányából adódik (ti. az egyén lényegesen jobban informált saját valóságos állapotával, rejtett kockázataival kapcsolatosan, mint ahogy a biztosító azt fel tudja mérni). Ez okozza az üzleti biztosítók rendszerében a zavarokat, és ez az, ami miatt az államnak, állami feladatként és állami intézményként, logikai szükségyszerűségként létre kell hozni egy a jelenleg éppen aktuális magyar egészségügyi reformötletnek megfelelő rendszerben a kockázatkiegyenlítő alapot is. A mérési probléma miatt sem a jobb kockázatközösség „jobbságát”, sem a rosszabb kockázatközösség „rosszabbágát” nem lehet elfogadható pontossággal megállapítani, ezért nem is lehet e kockázati szint eltéréseket megfelelően kompenzálni. Más szóval a kockázatkiegyenlítő alap pontosan amiatt a biztosító oldalán fennálló súlyos információs hiány miatt létrejövő információs aszimmetria miatt nem működik, amely okozza azt a problémát, ami miatt a kockázatkezelő alapot és mechanizmusokat létre kell hozni!

Így a legkifinomultabb kockázati kiegyenlítő mechanizmusok mellett is az a helyzet áll elő a valóságban, hogy mindenkoron lesznek túlkompensált és alulkompensált kockázati közösségek (biztosítók). Így lesz, aki e túlkompensáció miatt „érdemtelenül” nyereségesebb lesz, mint az a kockázatkezelési tevékenységéből következne, és lesz, aki a de facto alulkompensáció miatt akár csődbe, csődközeli helyzetbe is juthat (ha nem tesz valamit ez ellen).

Így fordul az elő olyan országban, ahol ilyen rendszer van (Németország, Hollandia), hogy az átlagosnál jobb kockázatközösségűnek értékelt biztosító vonakodik teljesíteni a kockázati alapba történő befizetést, sokallja annak mértékét, vagy egyenesen megtagadja a befizetést, míg más biztosító kevesli a kockázatkiegyenlítésre kapott összeget. De ezeket a kérdéseket épp a „mérés” probléma miatt (elégletes pontosságú mérés lehetetlen) sem kockázatkiegyenlítő alap, sem egyik biztosító sem tudja megnyugtatóan lezárni. Végül vagy valamelyik biztosító megy csődbe (mérési hiba miatt, „érdemtelenül”, lásd a németországi biztosító-összeolvadásokat is), vagy előbb utóbb „bedől” a kockázatkiegyenlítő alap, hisz egyik biztosítótól nem jön be az, amire számított, míg a másik felé többet kényszerül (előbb-utóbb fizetni), mint azt eredetileg gondolta. Ez utóbbira azért kényszerül rá a rendszer, mert ennél már csak egy nagyobb probléma fordulhat elő: az, ha egy ilyen rendszerben egy biztosító fogja magát, és csődbe megy. Ez esetben ui. nincs válasz arra a kérdésre, hogy mi lesz mindazzal a sok százezer, vagy 1-2 millió emberrel, aki egészen odáig a csődbe ment biztosítóval volt (lényegében magánjogi típusú) jogviszonyban, hiszen feljűk az éppen csődbe ment privát biztosítójuknak kellett volna helytállni. Emiatt egy ilyen rendszerben a politika soha nem fogja azt megengedni (magának), hogy egy ilyen csődhelyzet előforduljon. 2005-ben, külön európai uniós engedéllyel 15 milliárd euro összeggel kellett a hollandiai kockázatkiegyenlítő alapot pénzügyileg konszolidálni, nehogy összeomljon a Holland egészségbiztosítási rendszer.

Miután az üzleti biztosító aktuáriusi (biztosításmatematikai) módszerekkel korábbi statisztikai adatok alapján a jövő-

ben bekövetkező, az egyén által nem manipulálható és egy mástól független káresemények bekövetkezési valószínűségét (kockázat) kalkulálja, képtelen biztosítási szempontból kezelni azokat a betegségeket, ahol nincs szó jövőbeli bekövetkezési valószínűségről, hanem ahol de facto egy adott biztosított fennálló betegségével áll szemben. Ide tartozik az összes krónikus nem fertőző (nép)betegség (úgy mint cukorbetegség, magas vérnyomás, szívbetegségek, asztma és más krónikus légzőszervi, mozgásszervi betegségek, allergiás megbetegedések stb.), illetőleg az összes onkológiai eset. E betegek mint biztosítottjai esetében ui. nem jövőbeli káresemény bekövetkezési kockázatáról, hanem 100%-os bizonyossággal fennálló megbetegedésről van szó, amelyet a megfelelő szakmai protokollok szerint el kell látni, azaz fix és nagy költségeket jelentő esetekről van szó, míg az e betegek-től várható járulékbéveétel ennek egy részét sem fedezi. Mint-hogy itt nem kockázatokról, hanem 100%-os bizonyosságról van szó, érthető módon a kockázatkiegyenlítő alap és kockázatkezelő mechanizmusai sem tudják ezt a valójában nem kockázatot, hanem bizonyosságot kezelni. Így a kockázatkiegyenlítő alap, amelynek bevételei kockázati közösségek kockázati különbségei alapján keletkeznek, e betegségek finanszírozásának a teljes fedezetét kénytelen átadni a biztosítónak, erre viszont nincs meg a kockázat alapú bevételi fedezete az alapnak. Ez egy másik ok, ami miatt a kockázatkiegyenlítő alapokat időről időre jelentős összeggel szanálni kell. Ez teszi tehát egyszerűbbé és sokkal olcsóbbá azt, ha egy egy-séges, egyszerűsített társadalmi egészségbiztosítás maga oldja meg egy rendszeren belül ezeket az egyébként az egészségügyi kiadások jelentős részéért felelős és népbetegségszámba menő (nagy tömegben előforduló) betegségek gondozásának, kezelésének a finanszírozását.

A fentieket összegezve, az állami feladatként megvalósítandó kockázatkiegyenlítő alap (és/vagy a kockázatkiegyenlítő mechanizmusok) valóságos funkciója nem a kockázatkiegyenlítést, hanem erre hivatkozva lényegében a magán egészségbiztosítók profijtának állami garantálását jelenti.

AZ ÜZLETI BIZTOSÍTÓK MEGJELENÉSÉVEL KAPCSOLATOS PROBLÉMÁK

A társadalmi egészségbiztosítás nem a hagyományos biztosítással egyenértékű, annál sokkal magasabb rendű, mert a hagyományos üzleti biztosítás által pénzügyileg le nem fedhető kockázatokat, betegségeket stb. is képes lefedni, fedezni.

Legelőször is látni kell, hogy ugyanaz a „biztosítás” szó, megjelölés használatos, két teljes mértékben eltérő tartalmú és sajátosságú mechanizmusra.

- A „biztosítás”-ra mint egy aktuáriusi (biztosításmatematikai és statisztikai) kockázattértékelési mechanizmusra, amely az összes üzleti biztosítás alapját és lényegét jelenti. Ezek az üzleti biztosítások kiválóan alkalmasak számos kockázat kezelésére, de tökéletesen alkalmatlanok az egészségügyi kockázatok kezelésére.
- A „biztosítás”-ra mint egy olyan eszközre, illetőleg intézményrendszerre, amely a különböző kockázatok és bajok

ellen védelmet nyújt az egyénnek. E tágabb értelmű megfogalmazásban már egyáltalán nincs arról szó, hogy ez kizárólag aktuáriusi módszerekkel (és kockázati alapú differenciált díjszabással és/vagy költségkalkulációval) történhet. Ez utóbbiba tartozik a társadalmi egészségbiztosítás is, amelyet éppen az üzleti biztosítások lényegét jelentő aktuáriusi módszereivel pénzügyileg le nem fedhető egészségügyi kockázatok kezelésére, továbbá a magán üzleti egészségbiztosítók által nemigen finanszírozható, de igen fontos egészségügyi feladatok, mint egészségmegőrzés, betegségmegelőzés finanszírozására hoztak létre. (Lényegében az üzleti biztosítók módszereivel nem kezelhető, de mégis biztosítható és biztosítandó problémákra a kockázatok kezelésének társadalmisítását találták megoldásként a XIX. közepe – XX. század első fele között az európai országok. Megjegyzendő, hogy az üzleti biztosító számára azért „sem éri meg” az egészségmegőrzést és a betegségmegelőzést finanszírozni, mert e feladatok eredménye csak hosszabb távon érvényesül, miközben a biztosított bármikor biztosítót válthat).

A fentiekben ismertetett, szükségképpen állami feladatként megjelenő kockázatkiegyenlítő mechanizmusok, illetőleg a jelenlegi magyar reformötletben szereplő egyes államilag megoldandó problémákra eltervezett „pillérek” is pontosan arról szólnak, hogy mindazt, amit az üzleti biztosítók nem tudnak maguk megoldani, oldja meg az állam. Az üzleti egészségbiztosítással éppen az a baj – amint azt majd később látni fogjuk –, hogy szinte nincs olyan, a jelenlegi magyar egészségi és népegészségi szempontból fontos probléma, amit képesek lennének lefedni. Így ezek mind az államra hullnak vissza. Azaz miközben az üzleti biztosítók a nem jelentős egészségi és ellátási problémákat majd valahogy lekezelik, mindazok a problémák, amelyek népegészségügyi és ellátás-szervezési szempontból épp a magyar egészségügy legjelentősebb finanszírozási és szervezési problémáit jelentik (az összes krónikus, onkológiai betegség, az egészségmegőrzés, a betegségmegelőzés stb.), mind ott maradnak az állam nyakán. Nemzetközi tapasztalatok alapján ezek számszerűsítve az egészségügyi kiadások mintegy 80%-áért felelősek. Azaz elsősorban e problémák miatt elindul egy reform, megvalósul valami, majd az eredeti probléma érintetlenül hagyva ott marad az „udvar közepén” – de immár elegendő finanszírozási forrás nélkül (mert annak jelentős része már átkerült a jelentéktelen problémákat remekül biztosítani képes üzleti biztosítókhöz.). Megfordítva: érdekes lenne látni, hogy a magán üzleti biztosítók milyen betegségek, egészségkárosodások finanszírozását vállalnák fel, ha ezt egy tételes listán fel kellene sorolniuk.

Attól, hogy az üzleti biztosítás is „biztosítás” és a társadalmi egészségbiztosítás is tartalmazza a biztosítás szót, még nem következik, hogy a két biztosítás ugyanazt jelentené, illetőleg, hogy alapvető jelentőségű különbségek ne lennének közöttük. A repülőgépen is meg a porszívóban is van motor, a kettő mégsem ugyanaz.

„SZERENCSETLENSÉG-JÁTÉK”, AVAGY AZ AKTUÁRIUSI MECHANIZMUS

Az aktuáriusi mechanizmus lényege, hogy múltbeli tapasztalati és statisztikai adatok alapján, jövőbeli káresemények bekövetkezési gyakoriságát kalkulálja, ismert adatok alapján meghatározza a biztosítandó kár mértékét és ezt a kárösszeget szétosztja („szétporlasztja”) az azonos kockázatúnak ítélt egyének mint kockázati csoport között.

Tegyük fel, hogy repülő poggyászbiztosításról van szó, és azt lehet tudni múltbeli tapasztalatok alapján, hogy minden 100 utasból 1 valaki el fogja veszíteni a poggyászát, amelynek (mint kárnak) a mértéke, mondjuk 1000 pénz. Tehát tudjuk, hogy 100 utasból egy valaki bizonyosan el fog veszíteni egy 1000 pénz értékű poggyászt, de senki sem tudja ki lesz az illető. Aki elveszti a poggyászát azt 1000 pénz mértékű kár fogja érni. Ezt a kárt oly módon lehet elfogadhatóan picire csökkenteni, ha mindaz a 100 utas, aki nem akarja, hogy esetleg személyesen őt érje az 1000 pénznyi kár, befizeti egy közös „kasszába” a kármérték reá eső részét. Ez a jelen példa esetében azt jelenti, hogy 1000 pénznyi kárt a 100 utas egyenlő mértékben szétosztja egymás közt, azaz mindenki befizet 10 pénzt, amellyel biztosíthatja magát az esetleg őt érő 1000 pénznyi kár ellen, mert ha a végén kiderül, hogy ő volt az a szerencsétlen, akinek elveszett a poggyásza, ő kapja meg mind az 1000 pénzt, mert ő nyerte meg a szerencsétlenségi játékot (fogadást).

Az üzleti biztosítók ezeket a kalkulálható jövőbeli káreseményeket és károkat tudják biztosítással lefedni, de értelemszerűen az ilyen egyszerűen kalkulálható díjhoz még hozzá kell, hogy tegyenek egy díjelemet, amely saját adminisztratív költségeik fedezetére (működési költségek, jogi költségek, szerzési jutalékok stb.) szolgál, továbbá valamilyen (tegyük fel) tisztos profitjukat is fedezi. (Jó tudni, hogy ez az adminisztratív költségelem a PSZÁF adatai szerint a Magyarországon létező biztosítási konstrukciónál átlagosan 31,6%).

AZ AKTUÁRIUSI MECHANIZMUS KORLÁTAI ÉS ENNEK KÖVETKEZMÉNYEI AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSRA

Az aktuáriusi mechanizmussal kalkulálható biztosítási díj tehát a következő képlettel írható fel:

$$\text{Biztosítási díj} = (1+\alpha) \cdot p \cdot L$$

A képletben az „ α ” a biztosító adminisztratív költségeinek és profitjának fedezete, „ p ” az adott biztosítandó káresemény statisztikai bekövetkezési valószínűsége, (értéke 0-nál nagyobb, 1-nél kisebb kell, hogy legyen), „ L ” pedig a bekövetkező kár pénzben kifejezhető (átlagos) mértéke.

Ezen egyszerű képlet alapján jól érthető, milyen logika alapján is működik az aktuáriusi mechanizmusú üzleti biztosító, továbbá érthetővé tehetőek az aktuáriusi, üzleti biztosítók működőképességének feltételei, amelyek röviden a következők:

- csak az egymástól független egyéni kockázatok biztosíthatóak ily módon (ezért nincs üzleti biztosítás munkanélküliség, infláció, gazdasági válság ellen, ezért nem kötnek ezért nem biztosíthatóak üzleti, aktuáriusi mechanizmussal a fertőző, járványt okozó megbetegedések. U. i. vagy minden biztosítottat egyszerre kár ér, vagy senkit, tehát nem lehet a szerencsétlenség-játékban fogadást kötni).
 - a kár bekövetkezésének a valószínűsége 100%-nál kisebb, mégpedig jelentősen kisebb kell legyen, azaz „p” legyen kisebb mint 1 (azért, hogy az adminisztratív költség-hányad (?) is beleférjen a képletbe), azaz jövőbeli kár-bekövetkezési kockázat biztosítható, de jelenleg fennálló kár nem biztosítható. Ezért nem lehetséges létrehozni üzleti, aktuáriusi mechanizmusú biztosítást fennálló krónikus nem fertőző megbetegedésekre és azok fenyegető kései szövődményeire. Azaz az üzleti biztosítók emiatt képtelenek (tilos is nekik) biztosítást kötni az összes onkológiai (rákos) betegre, a gyermek- és felnőtt kori cukorbetegségekre, a magas vérnyomás betegségekre, a szív- és érrendszeri betegségekre, az asztmás és krónikus allergiás betegségekre, a krónikus légzőszervi megbetegedésekre. Márpedig ezek a mai Magyarországon élő emberek legnagyobb tömegét érintő, a legnagyobb népegészségügyi és ellátás-szervezési problémákat, továbbá a rendszer igénybevételének legnagyobb hányadát kitevő, a fenyegető késői szövődmények kialakulásának elkerülése, vagy a kialakulás súlyosságának, sebességének csökkentése érdekében folyamatos gondozásra, kezelésre szoruló – ámde az aktuáriusi mechanizmussal működő üzleti biztosítók által semmilyen módon nem lefedhető – betegségek.
- Emellett természetesen a fogyatékkal élők, illetőleg valamilyen veleszületett rendellenességgel születettek sem biztosíthatóak, valamint ugyanezen nem biztosítható körbe tartoznak az idősebb korú emberek, mert 60-65 éves kor felett szinte mindenkinél előbb vagy utóbb, 1-2, a fenti körbe tartozó krónikus nem fertőző betegség igen nagy valószínűséggel megkezdődhet (vagy már fennáll). (Tehát „p”=1, vagy majdnem 1 (pl.: 0,85-0,9). Ebben az esetben, még ha nincs is 100%-os bizonyosság, akkor sem működik a képlet, mert az „?” elem (adminisztratív költség és a profit) nem fér bele.
- a „káresemény”, vagy annak mérete az egyéntől független legyen, azaz ne legyen manipulálható az egyén által. Az üzleti biztosítók és biztosítások, melyek lényege az aktuáriusi mechanizmus (a fenti képlet alkalmazása) szempontjából e tekintetben ilyen „káresemény”: a terhesség, terhesgondozás, a szülés, a gyermekágy, az újszülött-ellátás, továbbá a háziorvoshoz járás, a prevenció és az egészségmegőrzési tevékenységek.
 - valódi kockázatról, azaz múltbéli tapasztalatok alapján kalkulálható káresemény-bekövetkezési valószínűségről kell, hogy szó legyen. Tehát például olyan, a jövőben bekövetkező, de eddig példa nélküli esemény, amelyre nincs múltbéli tapasztalat (itt a jövőre vonatkozó információ teljes hiányáról van szó, hisz még kockázatot sem tudunk kalkulál-

ni) az üzleti biztosítók által nem biztosíthatóak, nem tudják biztosítani. A „p” helyére ugyanis nem tudnak mit felírni, így a képlet eredménye (a díj) nem számolható ki.

E körbe tartoznak pl. az újonnan megjelenő megbetegedések (ilyen újonnan megjelenő betegségekre példa az 1980-as évek közepén megjelent és felfedezett AIDS, vagy a kormány által nemrégiben deklarált madárinfluenza-járvány, (amely ellen a politikusi nyilatkozatok szerint mindenki kap majd védőoltást). De biztosítási szempontból ugyanezen kategóriába tartoznak az új technológiák, kezelési eljárások (amikor pl. egy eddig nem gyógyítható betegség gyógyíthatóvá válik).

MIT NEM LEHETSÉGES AZ AKTUÁRIUSI MECHANIZMUSSEL – ANNAK KORLÁTAI MIATT – BIZTOSÍTANI

Érdeemes e ponton összegezni tehát, hogy a fenti kimondottan az aktuáriusi logika, illetőleg működésének technikai előfeltételei miatt milyen típusú egészségi problémákat nem képesek az üzleti egészségbiztosítások biztosítani:

- a nem független kockázatok miatt a fertőző és járványos betegségeket;
- a 100%-os bizonyosság miatt (azaz a kockázat hiánya miatt):
 - a fennálló betegségek, az onkológiai betegségek,
 - az összes krónikus nem fertőző betegség pl.: a gyermek- és felnőttkori cukorbetegségek, a magas vérnyomás betegségek, a szív- és érrendszeri betegségek, az asztmás és krónikus allergiás betegségek, a krónikus légzőszervi megbetegedések,
 - veleszületett rendellenességek ellátása, gondozása,
 - az összes 65 év feletti idős ember (mert igen nagy valószínűsége van, vagy hamarosan lesz valamilyen krónikus, gondozásra szoruló betegsége),
 - egyes krónikus fertőző betegségek, pl.: AIDS, tbc stb.
- az egyéntől nem független (egyén által manipulálható) kockázatok/káresemények:
 - terhesség, szülés, gyermekágy,
 - újszülött- és csecsemőellátás
 - háziorvoshoz járás (háziorvosi ellátás),
 - egészségmegőrző és prevenciók ellátások
- a jövőre vonatkozó információ (és a múltbéli tapasztalatok, precedensek) teljes hiánya miatt,
 - újonnan megjelenő, eddig nem ismert betegségek (ilyen volt pl. az AIDS, vagy a madárinfluenza),
 - új technológiák

A fenti lista megdöbbentő! A több, üzleti biztosítós reformötletelés ugyanis egy olyan „nagy tutiról” szól, amely pusztán „csak” a fenti egészségügyi problémákat nem képes kezelni. Még pontosabban e problémákra a jelenlegi reform megoldási ötlete az, hogy ezt majd az I. és a valahányadik „pillér” keretében, a rendelkezésre álló források kb. 20-20%-ából megoldja az államilag szervezett biztosítás (tehát a fennmaradó, megcsonkított reziduális társadalmi egészségbiztosítás, vagy

az állam). Márpedig ha az üzleti biztosítók alapvető elvi és technikai okokból nem képesek adekvát választ adni Magyarországon valóságos népegészségügyi, egészségfinanszírozási és ellátás-szervezési problémáira, amelyek megoldása a reformok állítólagos célja, akkor vajon ki, mikor, hol, hogyan, mi-ből és mikorra fogja megoldani ezeket,

Ezen felül kétséges, hogy ki, hogyan, milyen módszerrel számolta ki azt, hogy az ún. 3 pilléres új egészségbiztosításból a magán üzleti egészségbiztosítók tesznek valamit a források 60%-ából, míg a fentiekben említett fennmaradó problémákat, amelyek az egészségi kiadások 80%-áért felelősek, a másik két, ún. állami pillér majd valahogy megoldja a források maradékából.

Azaz a fenti listában felsorolt, üzleti biztosítók által nem elérhető nyugdíjasok, krónikus, rákos betegek, terhes és szülő nők, akiket a privát biztosító nem fog tudni biztosítani, akkor sem fognak hozzájutni az ellátáshoz, ha történetesen pártpo-

litikai székértábor okokból, netán elvakultságból a „reformok” lelkes hívei, és történetesen arra a politikai erőre szavaztak, akik ezt a reformot erőltetik.

Tehát a társadalom minden egyes tagjának tudatosítani kell magában azt, hogy például a rákos beteg, a szív- és érrendszeri beteg, a légzőszervi, mozgásszervi az asztmás beteg, a cukorbeteg stb. akkor sem fog kelleni az üzleti biztosítónak, amely működésének lényege a fenti aktuáriusi mechanizmus, ha az illető bármely párt a reformot támogató lelkes szavazója. Ő ugyanis lelkes és rákos, ez az üzleti biztosító pedig, mint neve is mutatja, üzlet- és profitorientált, ahol ő csak egy extrém nagy költségterhelés lesz, ezért a biztosító meg kell, hogy szabaduljon tőle, mint minden hozzá hasonló, nem kívánatos ügyfelétől!

A mai magyar egészségügyi, népegészségügyi problémákra az egyetlen és valódi megoldás a társadalmi egészségbiztosítás végre-valahára történő felépítése.

Tisztelt Olvasóink! A cikk folytatását lapunk következő számában olvashatják.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Szabó Alexandra, gyermekorvos szakorvosjelölt, egészségügyi szakmenedzser. 1997-ben végzett a SOTE ÁOK-n, egyéves londoni tanulmányút (National Heart and Lung Institute, Royal Brompton Hospital, Department of Paediatric Respiriology, és Imperial College, Chelsea & Westminster Hospital) után a MRE Bethesda Gyermekkorházban helyezkedett el gyermekorvos gyakornokként. 2000 óta a SE Doktori Iskola PhD hallgatója. 2003-ban

végzett a SE Egészségügyi Menedzserképző Központ Egészségügyi szakmenedzser posztgraduális szakán, idén végez az ELTE Jogi Továbbképző Intézet jogi szakokleveles orvosképzésén. 2002-ben részt vett az Egyesült Államokban rendezett egészségügyi menedzsment MBA iskolák nemzetközi versenyén, ahol az SE EMK csapatával az előkelő „Silver Round” fokozatig jutottak. Egészségpolitika, egészségbiztosítás, gyermekkori asztma témakörökben számos publikációja jelent meg. 2005-ben több társával létrehozta a református cursillo mozgalomát. Érdeklődési területe: gyermekpulmonológia, egészségpolitika.



Dr. Gilly Gyula, MSc 1992-ben végzett a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán. 1996-ban háziorvosi licence vizsgát tett. 1997-98 között a Londoni Egyetemhez tartozó London School of Hygiene and Tropical Medicine és a London School of Economics egyetemen MSc in Health Services Management mesterkurzust

végezte el. 1988-89-ben barátaival megszervezte a Semmelweis Egyetem Hallgatói Önkormányzatát, amelynek 1989-1992 között (első) elnöke volt. Az országos felsőoktatási érdekképviseleti szövetség (OFÉSZ, ma HÖÖK) alapító tagja, 1990-92 között alelnöke, 1992-93-ban elnöke. 1989-90-ben kezdeményezte a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Intézetének létrehozását, amely 1992-ben az Egészségügyi Világbanki Reformprogram egyik alprogramjává vált. 1993-ig részt vett az intézmény megszervezésében. 1993 őszén egy 3 hónapos szakmai tanulmányutat és képzési programot folytatott a Londoni „King's Fund College” szer-

vezésében egészségügyi rendszerszervezés témakörben. A SOTE menedzserképzőn a „Szervezeti Döntéshoztali Módszerek” tárgyat oktatta 1998-2001 között. 1998-2001 között az Oktatási Minisztérium Felsőoktatási Világbanki Programját irányította, mint Felsőoktatás Fejlesztési, majd később Felsőoktatás Finanszírozási főosztályvezető. 1999-ben kezdte meg a Diákhitel-rendszer kidolgozását, amelynek bevezetésére a 2001/2002-es akadémiai év elején került sor. 2001-ben a Diákhitel Központ Rt. első vezérigazgatója és egyidejűleg miniszteri biztosként, mint világbanki programigazgató tovább irányította a Felsőoktatási Világbanki Programot. 2001-2003 között az OTP Egészségmegőrző Kft. ügyvezetője. 2004-től 2007-ig az OITI PET-CT Központ ügyvezető igazgatója volt. 1990-es évek elejétől aktívan részt vesz egészségpolitikai és felsőoktatás-politikai szakmai műhelymunkákban, illetőleg szakmapolitikai folyamatokban. Emellett 2004-ben a Világbank szakértőjeként részt vett a szlovák felsőoktatás finanszírozási reformmal és a tandíj és szlovák diákhitel-rendszer bevezetésének szakmai és technikai megvalósításával kapcsolatos szakértői, tanácsadói munkában.