

A biztosítási reformról a szakirodalom és a társadalom véleményének tükrében

Dr. Szokolczai György, Általános Vállalkozási Főiskola

A cikk először annak bizonyítását kísérel meg – az irodalom és a nemzetközi tapasztalatok alapján –, hogy nem hozható fel korrekt és racionális érv az egészségügy privatizálása, a több egészségbiztosítóra épülő rendszer bevezetése és különösképpen a külföldi üzleti biztosítók hazai szerepvállalása mellett. Ezt követően az egészségbiztosítási rendszer reformjára vonatkozó koalíciós megállapodást és az ezzel kapcsolatban fölmerülő problémákat ismerteti. Végül néhány ide tartozó kritikus fontosságú kérdéssel foglalkozik: a kihasználatlan kapacitások hasznosításának lehetőségével; a regionális egészségbiztosító társaságokkal és az egyes javaslatok szerint a verseny előmozdítása érdekében felállítandó további társaságokkal; a szolgáltatásoknak ebből adódó elkerülhetetlen differenciálásával; és végül a működési költségek várható növekedésével. A cikk foglalkozik még a „kockázatkiegyenlítő alap” valóságos szerepével; azzal a veszéllyel, hogy a külföldi biztosítók feltehetően tulajdonszerzésre fognak törekedni a magyar egészségügyi intézményekben, valamint azzal az általános közgazdasági összefüggéssel, hogy a külföldi biztosítók bekapcsolása elkerülhetetlenül tovább növeli az ország fizetési mérlegének hiányát, amelyet már most is csak nehezen lehet finanszírozni. A cikk a magyar egészségügy igazgatásában dolgozó szakértők számára megfogalmazott ajánlásokkal zárul.

The paper first attempts to prove, relying on the literature and on the international experiences, that no correct and rational reason can be advanced for the privatization of the health service, for the introduction of a system based on multiple health care insurance institutions, and particularly for the entering of foreign private insurance companies. In the following it presents the coalition agreement on the reform of the health insurance system, and the problems connected to this reform. Finally it deals with some relating problems of critical importance: with the possibility to utilise the unused capacities; with the regional health insurance companies and with the further companies to be set up, according to some proposals, in order to foster competition; with the unavoidable differentiation of the services resulting from this; and with the expected increase of the operating costs. The paper deals also with the veritable function of the „risk equalising fund“; with the danger, that the foreign insurance companies will attempt to obtain property rights in the Hungarian health institutions; and finally with the general economic interrelationships, with the fact that the entering of

foreign insurance companies will increase unavoidably the deficit balance of the country that is already difficult to finance. The paper ends with proposals to the professionals working in the management of the Hungarian health service.

BEVEZETÉS

Gilly Gyula és Szabó Alexandra e folyóirat júniusi és júliusi számában megjelent cikkét [2007], amelyhez írásom is kapcsolódik, tartalmi szempontból az alábbi következtetéssel zárják: „A megoldás egységes, egyszervezetű, szolidaritás-elven működő, az egységes nemzeti kockázatközösséget fenntartó társadalmi egészségbiztosítás” (II. rész, 11. o.). „Ez az egyetlen adekvát és működőképes válasz az egészségbiztosítási piac igen súlyos és a működőképességet ellehetetlenítő piaci hibáira. [...] Ez az oka, hogy az USA kivételével minden fejlett országban ilyen rendszer működik.” (uo.). Ezt az alábbi megállapítások követik: „Vannak sokan, akik nem tudják eldönteni, hogy tudatos politikai csalás vagy súlyos tévedés-e a több üzleti biztosító egészségbiztosítás megvalósításának egyre agresszívabb szándéka. De vannak olyanok is, akik [...] bizonyosra veszik, hogy aki az ilyen rendszert, minden szakmai érv és dokumentált nemzetközi tapasztalat ismeretében és ezek ellenére ilyen agresszíven erőlteti, csakis tudatos politikai csalás lehet. Egy bizonyos: [...] aki az idevonatkozó szakmai ismeretekkel rendelkezik, és ezeknek ellenére a társadalmat manipulálva erőlteti a több-biztosító rendszert, az nagy valószínűséggel anyagi nyereségvágyból elkövetett tudatos politikai csalást követ el.” (II. rész, 11-12. o.)

E sorok írója első osztályú tekintélyes szakfolyóiratban és első osztályú tekintélyes szerzők tollából ilyen kemény megfogalmazást még nem olvasott, és ezt a kemény ítéletet elgondolkoztatónak tartja. A továbbiakban azt kívánja bizonyítani, hogy „a több üzleti biztosító egészségbiztosítás megvalósításának egyre agresszívabb szándéka” – „a tudomány jelenlegi állása szerint” – nem támasztható alá racionális érvekkel, és ezért elutasítandó.

AZ ELMÉLET ÉS A TÉNYEK

A legelső, amit Gilly és Szabó cikkéből különösképpen ki kell emelnünk, annak bizonyítása, hogy az egészségbiztosítás üzleti, biztosításmatematikai alakra való helyezésének eszméje eleve tarthatatlan. Érdemes itt röviden összefoglalni és náluk is egyszerűbben kifejtetni e recenzius egy koráb-

bi cikkére is [Szokolczai 2007a] támaszkodva az elsősorban a cikkük II. rész 9. oldalán és egyebütt kifejtett érvelésüket.

Az alapelv matematika és képlet nélkül is tökéletesen érthető. A biztosítási díj a kár pénzben kifejezett nagyságának és a káreset bekövetkezési valószínűségének szorzata. A valószínűség csak zérus és egy közé eshet. A valószínűség, ha a kár biztosan nem következik be, zérus, és ha biztosan bekövetkezik, egy. Ha egy kocsi értéke tízmillió és a totálkár valószínűsége egy milliód, a biztosítás alapdíja e kettő szorzata, tehát tíz forint, ha a totálkár valószínűsége egy százezred, a biztosítás alapdíja száz forint, ha a valószínűség egy tízezred, a biztosítás alapdíja ezer forint és így tovább. Ezt még ki kell egészíteni a biztosító költségeivel és nyereségével, pl. 30%-kal, és így lesz a biztosítási díj 13, 130 vagy 1300 forint.

Nyilvánvaló, hogy a biztosításnak csak akkor van értelme, sőt csak akkor lehetséges, ha – többek között – (a) egymástól független egyéni kockázatokról van szó, ha (b) a kár bekövetkezésének valószínűsége 100%-nál kisebb, mégpedig lényegesen kisebb, és ha (c) a kár valószínűsége a múltbeli tapasztalatok alapján meghatározható. Ezért, amint ezt Gilly és Szabó [2007] írják, van biztosítás pl. az autóbalesetre, mert itt a káresetek egymástól függetlenek, a bekövetkezés valószínűsége egynél lényegesen kisebb, és a valószínűség a múltbeli tapasztalatok alapján eléggé nagy pontossággal kiszámítható. Ugyanakkor nincs biztosítás munkanélküliségre vagy inflációra, mert a káresetek nem függetlenek egymástól, és a bekövetkezés valószínűsége nem számítható ki a múltbeli tapasztalatok alapján.

Nyilvánvaló az is, hogy az egészségbiztosítás esetében egyik feltétel sem teljesül. A káresemények nem függetlenek egymástól: fertőző és járványos betegségek is vannak. A bekövetkezés valószínűsége számos esetben nem kisebb 100%-nál. A biztosítás azokra is kiterjed, sőt a biztosítók a jelenlegi koalíciós megállapodás szerint azok biztosítását sem utasíthatják vissza, akik már valamilyen krónikus nem fertőző népbetegségben szenvednek, mint a magas vérnyomás vagy a cukorbetegség, márpedig szinte minden 60-65 évesnél idősebbnek van ilyen betegsége, és emellett sokan szorulnak folyamatos kezelésre, gondozásra. Ez azt jelenti, hogy biztosítást kell kötniük már bekövetkezett káreseményre, ami pedig képtelenség, mert ez olyan, mint ha valaki biztosítást akarna kötni az után, amikor már leégett a háza vagy már totálkáros lett a kocsija, és a biztosító köteles lenne a biztosítás megkötésére a már leégett házra vagy a már javíthatatlanul összetört kocsira, noha tudja, hogy ez súlyos veszteséget okoz a számára. Végül számos esetben a jövőre vonatkozó információk teljes hiányáról van szó. Ide tartoznak az újonnan megjelenő betegségek, mint pl. az AIDS, vagy az új technológiák, amelyek lehetővé teszik eddig nem gyógyítható betegségek gyógyítását, alkalmasint különösképpen nagy költséggel. A leírtakból egyenesen következik, hogy a biztosításmatematikai alapokra felépített egészségbiztosítás egyszerűen lehetetlen.

A második, amit Gilly és Szabó [2007] cikkéből, elsősorban az I. rész 13. oldala, de más szövegrészek alapján is

különösképpen ki kell emelnünk, annak bizonyítása, hogy a verseny káros, sőt lehetetlen a finanszírozói, viszont lehetséges, sőt előnyös lehet a szolgáltatói oldalon. A mai magyar javaslatok viszont éppen a finanszírozói oldalon erőltetik a versenyt, noha ez itt lehetetlen, a már megtett intézkedések viszont gátolják, sőt lehetetlenné teszik a versenyt a felhasználói oldalon, noha ez itt előnyös lehet.

Az, hogy a finanszírozói oldalon a verseny nemcsak káros, hanem lehetetlen, egyenesen következik az egészségbiztosítás alapvető céljából. A cél az ország minden lakója lehető legjobb egészségügyi ellátásának elérése, ami a megelőzés fontosságát hangsúlyozza a gyógyítással szemben, és az esélyegyenlőséget a differenciálással szemben. A további nyilvánvaló cél az új betegségek kezelése és az új technikák alkalmazása. Az üzleti alapon működő biztosítók azonban eleve alkalmatlanok a megelőzésre, és szükségképpen differenciálásra, az esélyegyenlőség csökkentésére vezetnek. Alkalmatlanok az új betegségek kezelésére és az új technológiák bevezetésére is, ezekre vonatkozóan ugyanis nincsenek „múltbeli tapasztalatok”, és ezért biztosításról – ami a fentiek szerint megkívánja a „múltbeli tapasztaltok” elemzését – eleve nem lehet szó. A több-biztosítós rendszer hívei erre azt válaszolják, hogy a megelőzés legyen állami feladat, ezzel azonban saját maguk ismerik el, hogy ennek megoldására a biztosítás alkalmatlan, és így javaslatuk tarthatatlan, ugyanis az egészségügy egységes egész, a megelőzés és a gyógyítás aligha bízható egymástól független szervezetekre. Ugyanakkor az, hogy a szolgáltatói oldalon előnyös a verseny, minden eddigi reformjavaslat alapeleme. A verseny nem más, mint a szabad orvos- és kórházválasztás. A szabad választás extra díjakhoz való kötése és a kapacitások már megvalósított csökkentése viszont gátolja, sőt lehetetlenné teszi a versenyt. Ezért nem vitatható, hogy a reform versenyt prédikál és monopóliumokat teremt, tehát ellentmond önmagának.

Az egészségbiztosítás üzleti alapra helyezése azonban nem csupán a biztosítás alapelveivel, hanem a közgazdaságtudomány alapelveivel is ellenkezik. Ennek bemutatására célszerű – a már idézett cikk [Szokolczai 2007a] felhasználásával is – Kertész Krisztiánt [2006], az MSZP legnagyobb létszámú, Ésszerűség és Felelősség Országos Platformjának elnökét idézni. A könyvet Bokros Lajos lektorálta, és egyetemi tankönyvkénti felhasználását Bod Péter Ákos javasolta.

A könyv érvelése szerint az egészségbiztosítás üzleti alapra helyezésének szükségképpen az a feltevés a kiindulópontja, hogy a piacok tökéletesen működnek. A piacok azonban nem működnek tökéletesen. Tökéletes működésük feltételezése azon a két további feltételezésen alapul, hogy mindenkinek a magatartása racionális, és hogy mindenki mindenről tökéletesen informált, nincs információs aszimmetria. Az egyén magatartása azonban általában sem racionális, és az egészségügyi kérdésekben különösképpen nem az, az informáltság pedig általában sem szimmetrikus, és az egészségügyben ismét különösképpen nem az. Ennek megfelelően az az állítás, hogy az egészségügyi szol-

gáltatás piacosítható, tudományos tévedés vagy tudatos megtévesztés.

Foglalkozunk először a közgazdaságtudomány és a mikroökonómia alapelveivel. Ha arról van szó, hogy valaki éhen hal-e vagy sem, értelmetlen az a kérdés, hogy egy fél kiló epert tekint-e egy kiló banánnal egyenértékűnek, ahogy ezt az elemi tankönyvek tanítják. Hasonlóképpen, ha valaki hirtelen megtudja, hogy súlyos beteg, magatartása nem elemezhető abban a formában, hogy hogyan viszonyul egymáshoz gyógykezelésének és egy új hűtőszekrény beszerzésének határhaszna. Meg akar gyógyulni, és ez minden mást megelőz. Ezekre a kérdésekre tehát a hagyományos mikroökonómiai elemzés egyszerűen nem vonatkozatható. Továbbá a racionális magatartásra, amíg valaki egészséges, hajlandó azt hinni, hogy mindig is az lesz, ami irracionális, ha viszont beteg lesz, hajlamos a kétségbeesésre, ami ugyancsak irracionális. Emellett a beteg érzelmei miatt is, szakismereteinek hiánya miatt is egyoldalú függőségi viszonyba kerül orvosával szemben, ami ismét valami egészen más, mint az eper, a banán vagy a hűtőszekrény eladójával szembeni viszonya.

A beteg szakismereteinek hiánya a szakirodalmi terminológia szerint az információs aszimmetria, amely azonban nemcsak a beteg és az orvos, hanem a biztosító és az egészségügyi szolgáltató – az orvos – közti viszonyban is fennáll, sőt a biztosító és a beteg viszonyában is. Az orvos szakismerete nagyobb, mint a betegé és a biztosítóé, a beteg pedig jobban ismeri saját egészségi állapotát, mint a biztosító. Az információellátás aszimmetriájából adódó problémák elvben kezelhetők lennének nagy ellenőrzési apparátussal, ez azonban piaci kudarcnak minősül, erőforráspazarlásra vezet, és a piaci verseny torzulását eredményezi. Valójában ezek a problémák nem kezelhetők, tehát ez a rendszer elvben sem vezethet optimális megoldásra, sőt nem is működőképes, amint a nemzetközi tapasztalatok félreérthetetlenül bizonyítják. Tudományos igazság tehát, hogy az egészségügyi biztosítás több biztosítóra alapozott rendszere költséges is és rossz is. Ez közvetlen állami beavatkozás után kiált – azonban minden állami beavatkozás kormányzati kudarcot eredményez.

Ezek a megfontolások Kertészt az alábbi alapkövetkeztetésre vezetik: „Optimális egészségügyi rendszernek [...] kizárólag egy olyan rendszert nevezhetnénk, amelyben a piaci és kormányzati kudarcok hatásai nullára csökkenthetők. Ilyen rendszer azonban [...] még elméletileg sem létezik. A kudarcok és tovagyűrűző hatásaik mértékét csökkenteni lehet, de teljesen eliminálni nem. [Ezért csak] egy olyan egészségügyi rendszernek a keretei [vázolhatók fel,] melyben a kudarcok hatása a lehető legkisebb. Ezért hangsúlyozandó, hogy a közgazdasági elméletből kiindulva kizárólag a rendszer tág keretei határozhatók meg, mert az intézményes szabályozások konkrét részletei már nagymértékben függenek az adott ország specifikumaitól is. Részletes és konkrét egészségpolitikai programot tehát kizárólag az ország társadalmi, politikai, kulturális, fejlettségi stb. jellemzőinek ismeretében lehetne megalkotni.” [Kertész 2006,

179-180. o.] Az idézett szöveg az ideologikus töltetű reformdüh korszerű tudományos érvekkel a legtökéletesebben alátámasztott cáfolata.

Térjünk azonban vissza a közgazdaságtudományak erre az új irányzatára, az információs közgazdaságtanra, amely az információelmélet közgazdasági vonatkozásaival foglalkozik. Az irodalom ez irányzat első úttörő publikációjának Akerlof [1970], Spence [1973], illetve Rothschild és Stiglitz [1976] írásait tekinti. Ennek az irányzatnak a kialakításáért kezdeményezői, George Akerlof, Michael Spence és Joseph Stiglitz 2001-ben Nobel-díjat kaptak. Érdekes itt idézni Jörgen W. Weibull professzornak a Nobel-díj átadásakor elmondott beszédéből a következőket: „Az aszimmetrikus információ a piaci kapcsolatok általános eleme. Egy áru eladója gyakran többet tud az áru minőségéről, mint amennyit a jövődóbeli vevő. [...] Egy biztosítási kötvény vásárlója gyakran többet tud saját egyéni kockázatáról, mint amennyit a biztosítótársaság. [...] Miért olyan drága az üzleti egészségügyi biztosítás? [...] [Azért, mert]... a piac egyik oldala jobban informált, mint a másik.” Ezt a Nobel-díjat átadó Weibull professzornak az információs aszimmetriából adódó kontraszelekcióra (adverse selection) vonatkozó elemzése követi, vagyis annak bemutatása, hogy a piacon az aszimmetrikus információ nem a jobb, hanem a rosszabb megoldás választását eredményezheti. Ezt az a megállapítás zárja le, hogy „Adam Smith ‘láthatatlan keze’ nem mindig dolgozik olyan hatékonyan, mint ahogy a hagyományos közgazdaságtan elhítette velünk”.

Ez a Nobel-díjjal jutalmazott tudományos igazság nem jelent kevesebbet, mint hogy az üzleti alapra felépített egészségbiztosítás az információs aszimmetria miatt drága, továbbá hogy ennek a megoldásnak a terjesztői, sőt erőszakolói olyasmint akarnak eladni nekünk, aminek az abszurditása elismert tudományos igazság. Ez az ügy tartalmilag nem más, mint a dohányzás erőszakos terjesztése akkor, amikor tudományosan bizonyított tény, hogy „a dohányzás káros az egészségre”.

Tárgyaljuk végül a közgazdaságtudomány egy nem egészen új, de tartalmában sok új felismerést tartalmazó ágát, a jóléti közgazdaságtan korszerű iskoláját. Ennek könyvtáryi irodalmából talán elsősorban Nicholas Barr [2001, 2004] műveit érdemes kiemelni. Részletekbe menő ismertetés nélkül idézzük Barr könyvét [2001], ahol a következőképpen vezeti be az egészségügyi biztosítás tárgyalását. „Az érvelés egy egészen egyszerű tételből indul ki: az egészségpolitika elsődleges célja a jobb egészség. Ez más szavakkal hosszabb várható élettartamot (csökkent mortalitást) és jobb életminőséget (csökkent morbiditást) jelent, valamint ezeknek az előnyöknek a népességen belüli igazságos elosztását. Ennek folytán, szabatos analitikai értelemben, nem önmagáért fontos (más szavakkal, nem elsődleges cél), hanem a jobb egészségi állapot eszköze. A második tétel, hogy a jó egészségi állapotnak számos forrása van, és ezeknek csak egyike az egészséggondozás. Ennél vitatottabb, [...] hogy szoros a kapcsolat a nagyobb jövedelmi egyenlőtlenség és a rosszabb egészségügyi viszonyok kö-

zött. [...] Az egészségügyi helyzet második fontos meghatározó eleme az étkezést [...] és életstílust [...] illető egyéni döntés. A harmadik meghatározó elem az egyén személyes körülményeinek egésze. [...] Van bizonyíték arra (noha a kérdés vitatott), hogy a nagy munkanélküliség oksági kapcsolatban áll a rosszabb egészségügyi viszonyokkal, ideértve a korai halált is [...]. A negyedik meghatározó elem az egészségügyi ellátás minősége és elérhetősége.” (50-51. o.)

A leírtak értékelése ismét egészen egyszerű. Ez az idézet – sőt az egész könyv és a szerző teljes életműve – egyértelmű és a leghatározottabb cáfolata a piaci fundamentalizmusnak, a neoliborális gazdaságpolitikának, továbbá az egészségügyi ellátás üzleti alapokra való helyezését követelő egész koncepciónak. Az egészségügy a közpolitika integráns része, amely onnan ki nem emelhető. Nyilvánvaló igazság, hogy a piacok, önmagukra hagyva, nem vezetnek a társadalom egészének általános jólétére és kiegyensúlyozott fejlődésére, hanem szükség van közpolitikára. Még inkább nyilvánvaló ez az egészségügy esetében. Nyilvánvaló az is, hogy a közegészséget szolgáló közpolitika és az egyes eseti megbetegedéseket állítólag megoldani tudó üzleti biztosítás nem választható el egymástól, hanem szétválasztásuk működésképtelenségre vezet.

Az irodalmi – tudományos evidenciát, amint erre Gilly és Szabó [2007] is rámutat, a tapasztalati evidencia egészíti ki. Köztudott, hogy a világ fejlett államai közül egyedül az Egyesült Államokban van egyértelműen a magánbiztosítókra alapozott rendszer, ennek költségei azonban kétszeresen vagy még nagyobb mértékben haladják meg a többi vezető ipari államnak az egészségügyre fordított kiadásait, de az egészségbiztosításból mégis kimarad a társadalom nagy része, ezzel óriási létbizonytalanságot okozva. Pinochet adott lehetőséget arra, hogy ezt a rendszert bevezessék Chilében. Két évtized nem volt elég ahhoz, hogy az ez által okozott károkat felszámolják. A mi közvetlen környezetünkben eddig csupán Szlovákiát sikerült rávenni e rendszer bevezetésére, de ez a kísérlet mára már megbukottnak tekinthető. Amerikában a republikánus kormányzat idejében a rendszer érdemi reformjára nem kerülhet sor, de Massachusetts, állami szinten, már bevezette az európaihoz és kanadaihoz hasonló rendszert, és most ezzel foglakoznak Kaliforniában is.

Az irodalmi és tapasztalati evidencia hatására a következőket írja magyar nyelven most megjelent könyvében Soros György [2007]: „Úgy látom, hogy az Egyesült Államokban egy újabb tendencia is veszélyezteti a nyílt társadalmat. Bizonyos tevékenységek, amelyek eddig hivatásnak minősültek, üzleti vállalkozássá alakulnak. Ebbe a kategóriába tartozik a jogi, az orvosi és főként a politikai szakma. Amikor egy adott hivatás profitorientált üzleti vállalkozássá alakul, veszélybe kerül a szakmai színvonal, és tovább gyengülnek a nyílt társadalom értékei.” (118. o.). Emellett „a piacok [...] nem egyensúlyra törekednek, és céljuk sem a társadalmi igazságosság szolgálata. A [...] piacok igen hatékonyak az erőforrások magán-szükségletek szerinti elosztásában, [...] ámde léteznek kollektív, közös szükségletek is, [...] márpedig ezekről a piaci erők nem gondoskodnak.” (186-187. o.)

A KOALÍCIÓS MEGÁLLAPODÁS ÉS KRITIKÁJA

Az irodalom, a tapasztalatok és az olyan megnyilatkozások ellenére, mint Sorosé, nálunk, amint ezt köztudott, koalíciós megállapodás jött létre a több-biztosítós rendszer bevezetéséről. Ez a megállapodás Sinkó Eszter [2007] alapján a következőkben foglalható össze. Fennmarad ugyan a kötelező társadalombiztosítás, de az OEP megszűnik. Hét egészségbiztosító pénztár alakul, ezek gazdasági társaság formájában működnek, és a pénztárakhoz a magánbiztosítók és egyéb magánbefektetők kisebbségi tulajdonosként szállhatnak be. A kisebbik koalíciós partner azzal a követeléssel lépett fel, hogy a fenti hét pénztár mellett további magán egészségbiztosító pénztárak alakulhassanak azért, hogy ezek versenyt támaszthassanak annak a hét pénztárnak, amelynek létrehozásában a koalíció már megállapodott.

Az ezzel a koalíciós megállapodással kapcsolatos fenntartásait Sinkó [2007], aki már korábban is ismételtén írt erről a témáról, v.ö. pl. Sinkó [2006], az alábbiakban foglalja össze:

„A közpénzből finanszírozott alapvető biztosítási, szolgáltatási csomag az egészségügyben nincs pontosan meghatározva. [...] Amennyiben olyan szereplőt juttatunk pozícióba, amely profitorientáltsága következtében a csomag szűkítésében érdekelt, az a betegellátás szempontjából kedvezőtlen hatású elemként értékelhető.”

„A költségek csökkentésének egy másik lehetséges és a szakirodalom által leírt esete az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés szűkítése. A beteg várhatóan az eddiginél hosszabb sorbanállás után vehetik igénybe az ellátást. [...] Akik tehetősebbek, a megnövekedett sorokat – szerencsésebb esetben – a magánszolgáltatóknál vágják le, szerencsétlenebb esetben [...] paraszolvenciát adnak, amely ennek következtében [...] soha nem látott virágzásnak indul.”

„Fontos kérdéssé válhat, vajon etikai szempontból mennyire kezelhető az a helyzet, hogy az állampolgárok egészségügyi célú befizetései, az ezeken való spórolás a magánbiztosítók/magánbefektetők vagyonát gyarapítja.”

„Hollandia példája intő lehet minden politikus számára, [...] vajon [...] ez a 'kezelés' mennyibe kerül az államkincstárnak.”

„A javaslat alapján nem szól meggyőző érv amellett, miért fontos a magántőke bármilyen szintű bevonása az országos térségi pénztárakba, mivel bevonásukkal még plusz tőke sem érkezik a rendszerbe, illetve ami érkezik, az elsősorban a marketingköltségeket, a biztosító inforinatikát és az apparátusok kezdeti finanszírozását szolgálja.”

„A megvalósíthatóság szempontjából sem áll jól a modell, annyi tisztázásra váró kérdés hever a politikusok asztalán. Kodifikálni pedig csak azt lehet, ami vegyitizta. Ez nem az. Magas politikai kockázatot vállalnak mindazok a szereplők, akik támogatják e modell megvalósítását.”

A megállapodással szemben nemcsak a szakértőknek, hanem a politikának is komoly fenntartásai vannak. Az

MSZP Társadalompolitikai Tagozat kibővített ügyvezetői ülése 2007. június 27-i kelettel az alábbi nyilatkozatot tette közzé (rövidítve):

„Az egészségügy finanszírozási rendszerének átalakítása csak olyan módon történhet meg, amelyben megvannak azok az intézményi elemek, garanciák, amelytől megvalósul: a járulékot fizetők körének egyenlő esélye a kor színvonalának megfelelő ellátásokhoz, a szolgáltatói csomagok átláthatóan és ellenőrizhetően kerüljenek kialakításra. – A rendszer korszerűsítése nem járhat az egészségügy intézményrendszere működési költségeinek növekedésével, a betegellátásra fordítható pénzügyi források GDP-arányának növelése.”

„A jelenlévők az előzőekben megfogalmazott célok garanciáit az állami, egységes, egybiztosítós rendszer korszerűsítésében látják. A magántőke szerepét a biztosítási szolgáltatások kiegészítő strukturálásában látják helyénvalónak.”

„Az átalakítási programok társadalmi elfogadottságát nagymértékben növelné e folyamatok eredményeinek bemutatása, kedvezményezettjeinek bemutatása, megkérdése. Erre még akkor is szükség van, hogyha egyes reform-elképzelések megvalósítása domináns érdekcsoportok érdekeit sérti.”

E sorok írójának nem lehet feladata a nyilatkozat bírálata, hanem csak ismertetése. Annyi azonban kétségtelen, hogy a nyilatkozat az „egységes, egybiztosítós rendszer” fenntartását tartja szükségesnek, és elkerülhetetlennek tartja – még ha más kifejezést használ is – a reform társadalmi támogatottságának megszerzését.

Az MSZP Ésszerűség és Felelősség Országos Platformjának nyilatkozata ugyanakkor a következő (rövidítve):

„Az MSZP-SZDSZ koalíciós megállapodás lefektette az egészségbiztosítás reformjának fő alapelveit, azonban még messze nem dőlt el minden, hanem annak végső kimenetelére az őszi törvényalkotástól függ.”

„A koalíciós megállapodás lehetőséget teremt arra, hogy magánbefektetők jelennek meg az egészségpénztárakban, azonban ha ez nem lesz a törvényben megfelelően szabályozva, akkor ez nem hatékonyságnövekedést eredményezne, hanem csak a korrupciót kódolná bele a rendszerbe. A pénztáraknak ugyanis igen nagy költség lenne minden orvost, szakrendelőt, kórházat ellenőrizni. [...] A teljesítményellenőrzéshez szükséges információk beszerzését ráadásul az adatvédelmi törvény és az adatvédelmi biztos állásfoglalásai tovább nehezíthetik. A pénztárak [...] ezért szinte rákényszerülnek arra, hogy kártékony lobbitevékenységet folytassanak. Nem abba fektetnek majd több tízmilliárdot, hogy kiépítsék az országos információs és ellenőrző hálózataikat, hanem egyszerűbb számukra arra költeni pár tízmillió forintot, hogy kilobbizzák néhány befolyásos politikusnál, hogy úgy határozzák meg a járulékoknak és a szolgáltatási csomagoknak a szintjét, hogy garantált és kockázatmentes legyen számukra a profit. Olvasható a sajtóban, hogy már el is indultak ilyen irányú próbálkozások. [...] A

pénztárak között tehát nem egy költséghatékonysági és innovációs verseny jön létre, hanem egyfajta „korrupciós” verseny: annak lesz nagyobb profitja, amelyik jobban lobbizik.”

„Ráadásul, az állampolgár erősen ki lesz szolgáltatva a magánpénztáraknak. [...] A beteg képtelen ismerni minden jogszabályt, az összes magánpénztár üzletszabályzatát, működési szabályait, a szakmai protokollokat és a jövőben felállítandó teljesítménymutatókat. A magánpénztárak meg tudják tehát teremteni azt a környezetet, amelyben a beteget megtévesztik, alulkezelik. A pénztárak között tehát a korrupciós verseny mellett jelentkezik majd a ‘betegek megtévesztésének versenye’ is.”

„Bármilyen eddigi kormányzati intézkedés mellett lehet észérveket felsorakoztatni, [...] azonban a magánpénztárak beengedésére semmilyen ésszerű magyarázatot nem kapunk a liberális szakpolitikusoktól sem!”

„Ahhoz, hogy a leírt negatív folyamatok ne valósuljanak meg, feltétlenül szükséges, hogy a magánpénztárak profitkivételét erősen korlátozzák, vagy tiltsák. Elő kell írni, hogy a pénztárak nyereségét egészségügyi beruházásokba kell visszafektetni! [...] „A koalíciós megállapodás 26. oldalának 7. pontjában szerepel a pénztárak profitjának korlátozási lehetősége. Arra kérjük a Kormányt és a szocialista frakciót, hogy a koalíciós szerződésben foglalt jogosítványokkal a lehető leghatározottabban éljen, és olyan törvényt fogadtasson el az SZDSZ-frakcióval, ami az egészségügyi pénztárakból történő profitkivételt nemcsak átmenetileg, hanem hosszú távon is megtiltja.”

A külföldi működő tőke bevonásának alapelve a nyereségrepatriálás szabaddá tétele. Ez érhető is: ugyan miért jönne ide a tőke, ha nem vihetné haza a nyereséget? A tőke legnagyobb része nyugdíjpénztáraktól, biztosító intézetektől, befektetési alapoktól és hasonlóktól származik: még csak meg sem tehetik, hogy nem viszik haza nyereségüket, mert azt, rendszeres időközönként, ki kell fizetniük. A befektetők, jórészt nyugdíjasok, kérik a pénzüket. A magyar tapasztalatok szerint a külföldi működőtőke-beruházás profitjának általában mintegy 30%-a marad itt, a portfólió-beruházások utáni nyereségnek pedig ennél is kisebb hányada. A tények azt mutatják tehát, hogy – legyen bármennyire tiszteletreméltó és érthető e platform álláspontja – a külföldi tőkének az egészségbiztosító pénztárakba való belépését kell megakadályozni, mert ha már beléptek, a profit kivitele már nem lesz megakadályozható.

NÉHÁNY KRITIKUS FONTOSSÁGÚ KÉRDÉS

Amint ezt nagyon jól tudjuk, az irodalom, a tények és politikai testületek megnyilatkozásai ellenére, a több-biztosítós rendszer bevezetése folyamatban van. Befejezésésként e reform néhány kritikus fontosságúnak látszó csomópontjával foglalkozunk.

Az első kérdés a kapacitások csökkentése a szolgáltatói oldalon – egyszerű és becsületos magyar nyelven a kórházbezárás. Arról, hogy ez akadályozza, sőt számos esetben

teljességgel lehetetlenné teszi a versenyt a szolgáltatói oldalon, noha ott lenne ennek helye, részletesen ír Gilly és Szabó Alexandra [2007]. Van azonban ennek a kérdésnek egy másik oldala is, és ezzel Nagy Pongrác [2007] foglalkozik. A kórházak túlkapacitásáról a következőket írja:

„Kihasztnátlan kapacitás van? A fölösleges kapacitást nem megszüntetni kell, hanem igénybe venni. Igénybe venni előremeneküléssel, a kórházak felújításával, európai színvonalra emelésével, egészséguturizmus létesítésével. A fogorvosok a kormány támogatása nélkül megvalósították a fogászati turizmust. A kormány ugyanígy megteremthetné az egészséguturizmust. A magyar orvosok kitűnően képzettek, a legkorszerűbb gyógymódokat alkalmazzák. Az ápolószemélyzet szakszerű, kedves, odaadó, gyengéd. Csupán nyugat-európai színvonalú kórházak kellenének: egy- vagy kétágyas szobák, jó koszt, minden ágy mellett telefon, minden szobában televízió... Olyan árak kellenek, amelyek magyar viszonylatban magasak, de a nyugati magánrendelések árának csupán a töredékei. [...] Jönnének ide a tehetősebb betegek még Nyugat-Európából is, ahol van egészségbiztosítás, a várakozási idő elkerülésére és egyedi kezelésre – ugyanolyan szakszerűen, mint hazájukban. És jönnének tízezerrel az Egyesült Államokból, hisz a kezelés viszonylagos olcsósága miatt útiköltségük többszörösen megtérülne. Akár heti többszöri egészségügyi charterjáratokat is lehetne indítani. Ha a fogorvosoknak sikerült, miért ne sikerülne a kórházaknak?” (2. rész.) A leírtakhoz nem kell kommentár, a kapacitásos lerombolása mellett nem hozható fel korrekt és racionális érv.

A második kérdés a régiók szerinti egészségügyi pénztárak, sőt a régiókon belül további versengő egészségügyi pénztárak kialakítása. Nem lehet eléggé helyeselni, amit erről Gilly és Szabó [2007] ír. „Az egyetlen, az összes 10 millió embert magában foglaló kockázatközösség minden tekintetben homogénebb, kiegyenlítettebb és robusztusabb, kisebb kockázatú, mint például 5 darab 2 millió fős kockázatközösség” (1. rész 16. o.) – írták akkor –, és különösképpen jobb, mint 7 regionális pénztár és emellett még ismeretlen számú további – állítólag versengő, de valójában az álmilag garantált jövedelmet élvező – további pénztár.

Az itt leírtak további alátámasztására az ezzel a kérdéssel foglalkozó korábbi cikkemre [Szokolczi 2007] és az ezt ebből a szempontból megalapozó publikációra [Donkáné és Oberfrank 2006], valamint az ott megadott irodalomra kell utalnom. A nemzetközi tapasztalatok alapján az OECD Magyarországról szóló, 1999-ben kiadott országtanulmányában [OECD 1999] a következőket írja: „Úgy tűnik, nem szükséges a jelenleginél bonyolultabb finanszírozási rendszert bevezetni. A nemzetközi tapasztalatok arra utalnak, hogy egy Magyarországhoz hasonló ország számára az egyfinanszírozós rendszer előnyei nagyobbak, mint hátrányai.” Lényegében véve ugyanezt ismétli meg az OECD egy szakértője egy nemrég megjelent tanulmányában [Goglio 2005].

A harmadik kérdés a differenciálás. A reformot minden racionális megfontolás ellenére erőltetők úgy érvelnek,

hogy a több-biztosítós rendszer nem vezet majd differenciálásra, a hátrányosabb helyzetben lévők rosszabb egészségügyi ellátására. Ez az érvelés nem látszik őszintének, Mihályi [2007] ugyanis a következőket írja. „Látni kell azt is, hogy a biztosítási piac további liberalizációjáról önmagában nem is lehet dönteni. Leginkább azért nem, mert a kérdés önmagában nem is vehető fel. Csak akkor van értelme több biztosítót működtetni, ha ez – belátható időn belül, egy rövid átmeneti periódus után – együtt jár az egységes egészségbiztosítási csomag további differenciálásával, megbontásával is. Ha minden biztosító egy és ugyanazt a szolgáltatáscsomagot nyújtja, vagyis köteles válogatás nélkül, a minőségtől és az ártól függetlenül szerződést kötni, és semmilyen módon sem differenciálhat a biztosítottakat terhelő díjak tekintetében, akkor a további átalakításokat nem szabad megcsinálni, mert a működési költségek növekedéséből származó hátrányt önmagában a verseny aligha fogja ellensúlyozni. Kicsit módosítva a jól ismert szólást: Gúzsba kötött táncosokkal nem érdemes táncversenyt rendezni!” (54. o.)

Rendkívül sajnálatosnak, de más szempontból nagyon is örömdeten tartom, hogy e szerző tollából és az Egészségügyi Minisztériumnak az Államreform Bizottságra is hivatkozó kiadványában ez az itt idézett bekezdés megjelent. Rendkívül sajnálatosnak, de más szempontból nagyon is örömdeten tartom, hogy e szerző vagy nem emlékszik arra, amit fél évvel ezelőtt leírt, vagy feltételezi, hogy mások nem emlékeznek arra, ami fél évvel ezelőtt megjelent. Ez a bekezdés ugyanis erkölcsileg tarthatatlanná teszi mindazt, ami most végbemegy.

Ez a bekezdés (a) megállapítja, hogy „a működési költségek növekedéséből származó hátrányt önmagában a verseny léte aligha fogja ellensúlyozni”. A reform fő támogatója, sőt kezdeményezője ezzel elismeri, hogy megfelel a valóságnak a reform ellenzőinek állítása: a hatékonyság növekedéséből származó megtakarítás – ha egyáltalán lesz ilyen – kisebb lesz, mint a működési költségek növekedéséből – és természetesen emellett a biztosítók nyereségéből – származó hátrány. Ugyanez a bekezdés (b) megállapítja, hogy „ha minden biztosító egy és ugyanazt a szolgáltatáscsomagot nyújtja, vagyis köteles válogatás nélkül, a minőségtől és az ártól függetlenül szerződést kötni, és semmilyen módon sem differenciálhat a biztosítottakat terhelő díjak tekintetében, akkor a további átalakításokat nem szabad megcsinálni”. Ezzel e szerző elismeri, hogy a reform ellenzőinek állítása igaz, ezt a javaslatot nem szabad elfogadni, e javaslatban ugyanis valóban arról van szó, hogy minden biztosító ugyanazt nyújtja, hogy minden biztosító köteles válogatás nélkül szerződést kötni, és semmilyen módon sem differenciálhat. Ami azonban ennél is súlyosabb, ugyanez a bekezdés (c) megállapítja, hogy csak akkor van értelme több biztosítót működtetni, ha ez együtt jár az egységes egészségbiztosítási csomag további differenciálásával, megbontásával. Ezzel a most idézett szerző hármat ismer el. Egyrészt (ca) elismeri azt, hogy igazuk van a reform ellenzőinek abban, hogy ez a reform szükségképpen differenciálásra, a szegényebbek, az idősebbek, a többgyerme-

kesek, betegesebbek rosszabb helyzetére vezet. Másrészt (cb) elismeri azt, hogy a reform támogatói tudatosan valótlan állítanak, amikor ezt tagadják. Harmadrészt (cc) impliciten elismeri azt is, hogy megfelel a valóságnak Gilly és Szabó [2007] azon állítása, miszerint „aki az idevonatkozó szakmai ismeretekkel rendelkezik, és ezeknek ellenére a társadalmat manipulálva erőlteti a több-biztosítós rendszert, az nagy valószínűséggel anyagi nyereségvágyból elkövetett tudatos politikai csalást követ el.” (II. rész, 11-12. o.)

Ezzel ezt a cikket akár be is fejezhetnénk, de hátra van még három fontos kérdés.

A negyedik kérdés a „kockázatkiegyenlítő mechanizmus”. Ezt nagyon jól tárgyalja Gilly és Szabó [2007], és ez már meg is jelent a koalíciós megállapodásban. Amint ezt a sorok írója már másutt is bemutatta [Szokolczai 2007a], ez nem jelent mást, mint hogy „az állami kockázatkiegyenlítő alap [...] a valóságban 'állami profitgarantáló alapként' működve az adófizetők terhére biztosítja, hogy az üzleti biztosítók éves profitelvárása kockázatmentesen és garantáltan teljesüljön” (II. rész 6. o.). Mindez azért is elkerülhetetlen, mert „egy ilyen rendszerben a politika soha nem fogja azt megengedni” (I. rész. 17. o.), hogy „egy biztosító fogja magát és csődbe megy” (uo.). Ennek folytán „2005-ben, külön európai uniós engedéllyel 15 milliárd euró összeggel kellett a hollandiai kockázatkiegyenlítő alapot konszolidálni, nehogy összeomoljon a holland egészségügyi rendszer” (uo.). Tájékoztatásként: 15 milliárd euró 250 forint/euró árfolyamon számítva 3 750 milliárd forint, az ugyanezen évi 20 750 milliárdos magyar bruttó nemzeti jövedelem 18%-a.

Ehhez szorosan kapcsolódik az ötödik kérdés, a tulajdon kérdése. A kiinduló pontot itt Kertész [2007] érvelése adja. „A magánbiztosítók egyféle módon tudnak csak alkalmazkodni a helyzethez, azaz egyféle módon tudják csak ellenúlyozni [...] [az információk aszimmetriából adódó] hátrányos piaci pozíciójukat: ha közvetlen gazdasági érdekeltiséget, tulajdonrészesedést szereznek az egészségügyi szolgáltató cégekben. Így működtek például az USA-ban a HMO-k (Health Medical Organization), amelyek konstrukciója azonban a legújabb információk szerint megbukott. Ha egy biztosítótársaság felvásárolja a szolgáltatási vertikum egy szegmensét, azaz például saját háziorvosai, szakrendelői és kórháza van, akkor ezzel képes „megkerülni” a külsős egészségügyi szolgáltatók túlszámlázásából származó veszteségeket. Ezzel azonban már átesünk a ló másik oldalára, ugyanis ebben a szituációban már a beteg kerül kiszolgáltatott helyzetbe. Az egészségügyi szolgáltató és a biztosítótársaság egybeolvadása egyértelmű erőfölényt jelent, miközben a beteg jelentős információs hátrányba kerül.

A HMO-k könnyen a beteg kárára is takarékoskodnak, azaz előfordulhat, hogy a betegeket alulkezelik.” (185. o.)

A leírtak egyértelműek. A biztosítók akkor lesznek feltétlenül nyereségesek – a betegek kárára –, ha nem csupán a „kockázatkiegyenlítő mechanizmus” garantálja nyereségüket a költségvetés terhére, hanem megszerzik az egészségügy vagyont, mindenekelőtt a kórházakat. Ezért féltő, hogy itt a spontán privatizációhoz hasonló, sőt azzal azonos folyamat alakulhat ki. Ezért tervszerű intézkedéssel azonnal meg kell akadályozni, hogy külföldi magánbiztosítók a tulajdonjog vagy használati jog megszerzése érdekében széljegyeket helyeztessenek el a kórházak vagy más egészségügyi intézmények tulajdoni lapjain.

Végül a hatodik kérdés: az általános közgazdasági összefüggések kérdése. E sorok írója számos közgazdasági tárgyú munkájában, amelyekre ebben az egészségügyi témájú cikkben még utalni sem érdemes, mindig és folyamatosan azt hangsúlyozta, hogy a nemzetközi fizetési mérleg problémája sokkal súlyosabb és alapvetőbb, mint a költségvetésé, és hogy nemzetközi fizetési pozíciónk semmiképpen és semmiféle módon sem rontható tovább. Erre vonatkozó számok ebben a cikkben, nyilvánvaló területi okokból, nem közölhetők. Az egészségügy privatizációja és a külföldi biztosítók belépése azonban – különös tekintettel arra, amit az előbb az MSZP Észszerűség és Felelősség Országos Platform nyilatkozatának ismertetése során leírtunk – azt jelenti, hogy belépésüket követően gyakorlatilag minden háziorvosi vizsgálat és különösképpen minden kórházban töltött nap külföldi, mégpedig külföldre átutalandó külföldi követelést hoz létre. Nincs szükség tovább érvelésre annak bizonyításához, hogy ez teljességgel tarthatatlan közgazdasági következményekre vezet.

AJÁNLÁSOK

Az e cikkben leírtak szerint a több-biztosítós rendszer bevezetése és különösképpen a külföldi magánbiztosítók megjelenése mellett nem hozható fel korrekt és racionális érv. Mi több, tudományos értelemben bizonyított tény, hogy az ilyen rendszer nem vezethet optimális megoldásra, és mind egészségügyi, mind gazdasági szempontból ártalmas. Az egészségügyi szakma elemi kötelessége tehát az ezekre a törekvésekkel szembeni ellenállás. Különös kötelessége az azzal szembeni ellenállás, hogy a külföldi biztosítók tulajdoni vagy használati jogosultságot szerezzenek a magyar egészségügyi intézményekben, mindenekelőtt a kórházakban.

IRODALOMJEGYZÉK

[1] Akerlof, George A. [1970]: The Market for „Lemons”: Quality Uncertainty and the Market Mechanism. Quarterly Journal of Economics 84 (1970 August) 488-500. o.

[2] Barr, Nicholas [2001]: The Welfare State as Piggy Bank. Oxford University Press, Oxford, xvii + 295 o.

- [3] Barr, Nicholas [2004]: The Economics of the Welfare State. Fourth Edition. Oxford University Press, Oxford, xxii + 408 o.
- [4] Donkáné Verebes Éva és Oberfrank Ferenc [2006]: Vigyázó szemetek ... A magyar egészségbiztosítási változások. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 44/4-6., 22-29. o.
- [5] Gilly Gyula és Szabó Alexandra [2007]: Az egészségügy reformja – tévutak és kiutak, avagy: „Állítsátok meg Arturo Ui-t”, I. és II. rész, IME, VI/5.-6. (2007. június–július) 11-20. és 5.-12. o.
- [6] Goglio, A [2005]: In Search of Efficiency: Improving health care in Hungary. ECO/VKP 38, OECD, Paris, 16. o.
- [7] Kertész Krisztián [2006]: A piaci és kormányzati kudarcok rendszerezése és gazdaságpolitikai összefüggései. Budapest, 254 o.
- [8] Mihályi Péter [2007]: A biztosítási piac megnyitása. (Szakmai vitaanyag.) Egészségügyi Minisztérium, Budapest, 2007. január 15., 82 o.
- [9] Nagy Pongrác [2007]: Ötletek a B változathoz. 1. és 2. rész. Magyar Nemzet, 2007. június 29., 6. o. és június 30., 6. o.
- [10] Rothschild, Michael és Stiglitz, Joseph [1976]: Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information. Quarterly Journal of Economics, 90 (1976) 629-649 o.
- [11] Sinkó Eszter [2006]: Lassan a testtel! Élet és Irodalom, L/20. (2006. május 19.)
- [12] Sinkó Eszter [2007]: Új alapokon a társadalombiztosítás egészségbiztosítási rendszere. Népszabadság online.
- [13] Soros György [2007]: A gyarlóság kora. A terror elleni háború következményei. Scolar Kiadó, Budapest, 2007, 336. o.
- [14] Spence, Michael [1973]: Job Market Signaling. Quarterly Journal of Economics, 87/3 (1973) 355-374. o.
- [15] Szokolczai György [2007]: Az egészségügyi biztosítás javasolt reformja. Élet és Irodalom, LI/18. (2007. május 4.) 14-15. o.
- [16] Szokolczai György [2007a]: Még egyszer az egészségügyi biztosításról. Élet és Irodalom, LI (2007), előkészületben.
- [17] OECD [...]: OECD tanulmányok 1998-1999, Magyarország, OECD, Paris, 1999. Magyarul: Kódex Kiadvány-szervezési GMK, 1999, 152. o.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Szokolczai György, közgazdász, professor emeritus. Közgazdasági egyetemi tanulmányait 1946-1948-ban kezdi meg és 1958-60-ban fejezi be Budapesten, közben adminisztrátor, géplakatos és szakfordító. Az egyetemi doktorátust 1961-ben, a kandidátusi fokozatot 1974-ben, a habilitációt pedig 1994-ben szerzi meg. 1958-62-ben a

Magyar Kereskedelmi Kamarában nemzetközi gazdasági, 1963 és 1990 között matematikai közgazdasági kérdésekkel foglalkozik, mint a különböző szervezeti keretek között

működő Ökonometriai Laboratórium vezetője. 1979-ben vendégprofesszor a University of Texas at Austinban, 1984-ben pedig vendégkutató a Princeton Egyetemen. 1990 és 1994 között miniszteri tanácsadó a Népjelölti Minisztériumban, illetve a Nemzetközi Gazdasági Kapcsolatok Minisztériumában. 1994 és 1998 között egyetemi tanár a Budapesti Műszaki Egyetem Közgazdaságtudományi Tanszékén, 1998 óta mint professor emeritus az Általános Vállalkozási Főiskolán tanít. Mintegy kétszáz tudományos publikációja és számos publicisztikája jelent meg. Jelenleg elsősorban gazdaságpolitikai kérdésekkel foglalkozik.

IME.

VIII. Outsourcing Konferencia

2007. október 17.

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