

A társadalombiztosítás, az egészségpénztárak és a pénzintézetek Skrabski Árpád

Az üzleti biztosítók vagyon, illetve szállítmány biztosítás céljából jöttek létre. A szállítmány kockázata arányos az értékével, ugyanakkor a kockázat szerinti díj arányos a tulajdonos vagyonával, tehát a tulajdonos ki tudja fizetni a díjat. Az egészségbiztosításhoz legközelebb az életbiztosítás áll, ahol a biztosított adott életkor elérésekor kaphatja meg a biztosítás tárgyát képező összeget. A biztosító intézetek igen nagy apparátust fejlesztettek ki arra, hogy a biztosított biztosításkori egészségi állapotából a várható élettartamát becsüljék. A biztosítási díj arányban áll a biztosított várható élettartamával és a biztosítás tárgyát képező összeggel.

Az egészségbiztosítás esetén az egészségügyi szolgáltatások fedezetére kell a pénz. A tehetős, egészséges fiatalok ki tudják fizetni az egészségi kockázatuknak megfelelő biztosítási díjat, ugyanakkor a szolgáltatást ritkán veszik igénybe. Az egészségügyi szolgáltatásokra elsősorban az öreg, és szegény embereknek van szükségük, ők veszik leginkább igénybe az egészségügyet, viszont ők azok akik a személyes kockázatuknak megfelelő biztosítási díjat nem tudják megfizetni.

Ha az üzleti biztosítók bekapcsolódnak a társadalombiztosítási tevékenységbe, legnagyobb problémájuk a kockázatok meghatározása. Ilyen technikák nem szerepelnek a klasszikus biztosításmatematikában. Hirtelen kialakuló járványok esetén olyan összegeket kell az üzleti biztosítóknak kifizetni, amelyek előre nem kalkulálhatóak. Az US-ban vannak a várható megbetegedések előrejelzésére matematikai modellek, viszont ezek működtetéséhez szükséges adatok Magyarországon nem léteznek és csak nagy költséggel állíthatók elő. Ezeknek a modellek az alkalmazhatósága korlátozott.

Ami a biztosítási díj meghatározásához rendelkezésre áll, ezek az életbiztosítás kalkulációjánál alkalmazott technikák. Kalkulálható a várható élettartam, viszont azok a költségek nem, amelyeket az utolsó évben vagy években ki kell fizetni. Ha a biztosító intézet a csődöt nagy valószínűséggel el akarja kerülni, megfizethetetlen biztosítási díjakat kell megállapítson a beteg és öreg emberek részére. A megoldás, hogy az életbiztosításnál használt eljárások segítségével, a biztosított egészségi állapota alapján meghatározzák, milyen betegségek kialakulására lehet számítani és ezeket a betegségeket a biztosított által már ismert betegségekkel együtt kizárja a biztosítási szerződésből. Tehát vagy kockázat szerinti díjat számol, vagy a kockázatot felderíti és erre nem biztosít.

A fenti problémára a holland megoldás, hogy törvényben tiltják meg a biztosító intézeteknek a kockázat szerinti díjmeghatározást és azt, hogy az egészségbiztosítást más biztosítási termékekkel együtt értékesítse, hiszen ez a módszer is alkalmas a szegény és beteg emberek kiszűrésére. Ezt követően megindul a verseny az üzleti biztosítók között a gazdagabb fizetőképes biztosítottakért. Ugyanakkor számtalan trükkel próbálnak megszabadulni a nagy kockázatú szegényektől. Latin-amerikában kizárják a lakosság 30-40 %-át, akik nem biztosítják magukat. Európában kiegyenlítő alapokat hoznak létre, amelyeket elvben a biztosító intézetek, valójában – a holland példa alapján - az állam tölt fel.

Az igen nagy kockázat miatt az egészség vagy nyugdíj biztosításra a biztosító intézetek csak állami garanciák mellett vállalkoznak. A szolidáris elven működő társadalombiztosítás üzleti alapra helyezése egyszerre jelenti tömegek kizárását a biztosítási piacról és az állami költségek drasztikus növekedését az állami garanciák következtében.

Magyarországon a társadalombiztosítás (OEP) egészségügyi költségvetése 1500 milliárd forint, a működési költsége 1,4 % alatt van. Ha a finanszírozást üzleti biztosító társaságok

végzik, ezek átlagos működési költsége 31,6 %. Magyar viszonyok között a tét mintegy 500 milliárd forint. Ezt vagy járulékemeléssel, vagy állami hozzájárulással lehet biztosítani, vagy ennyi pénzzel kevesebb jut a gyógyítás finanszírozására, ami jelenleg is alulfinanszírozott. Tehát vagy a gyógyítás minősége csökken, amit senki nem akar, vagy a szegények és öregek tömegeit kizárják a biztosítási rendszerből, miközben az állami garanciák miatt felbecsülhetetlen állani költségek jelentkeznek.

Az OEP tevékenységét nem lehet egymással versengő üzleti szervezetekkel pótolni. 1995-ben és 2002-ben 12600 személy megkérdezésével felmértük a lakosság véleményét amelynek alapján 1995-ben 17 % utasította el az OEP tevékenységét, ez 2002-ben 4 %-ra csökkent. 1995-ben 55 % maximálisan bízott az OEP-ben, ez 2002-ig 68 %-ra nőtt. A lakosság jól értékeli, hogy számára a jó megoldás az egészségügy OEP által történő finanszírozása, fokozódó mértékben felismeri, hogy az egészségügy finanszírozása csak az OEP-en keresztül működőképes.

Az OEP-nél viszont gondot jelent a lakosság elöregedése, az egyre fejlődő gyógyító technikák árának növekedése és a járulékcsökkenés követelménye a magyarországi vállalatok működőképessége érdekében. Ezeket a problémákat csak az egészségvédelem és a betegség megelőzés segítségével lehet megoldani. Ennek finanszírozása a lakosság aktivizálásával a költségek OEP költségvetéstől független, a jelenlegi rendszertől különböző rendszerben történő kezelésével oldható meg.

1993-ban az Önkéntes Kölcsönös Biztosító Pénztárakról szóló törvényt elfogadták, ez által lehetőség nyílt arra, hogy a lakosság öntevékenyen bővítse az egészségügyre szánt kereteket és ezzel biztosítsa saját egészségének megőrzését, a betegségek megelőzését. Itt a költségeket a befizetések korlátozzák. A pénz felhasználásnál az egyének egészségi állapota, speciális szükségleteik jobban figyelembe vehetőek. Az egészségpénztár az egyesülethez hasonló civil szervezet, amelynek nem lehetnek jogi személyiségű tagjai. A közösség mint gyógyító erő jelenhet meg, másrészt az önkéntesség fokozza a tagok felelősség érzetét saját egészségük megőrzése érdekében.

Az állam jelentős adókedvezménnyel támogatja az egészség és nyugdíjpénztárakat tekintet nélkül arra, hogy betöltik-e a törvényalkotók szándékait az egészségvédelem vagy a nyugdíjszolgáltatás tekintetében. Vannak igen jól működő egészségpénztárak, mint a DIMENZIÓ, ahol dokumentálják a tagok egészségi állapotának szinten tartását vagy javulását. De olyan pénztárak is vannak amelyek tevékenysége kimerül az adókedvezmények elosztásában a tagok, a pénztári apparátus és a pénzkezeléssel megbízott pénzügyintézetek között. Az egészségpénztárak úgy tölthetik be eredeti rendeltetésüket, ha az adókedvezményt a tagok egészségének javulásához vagy szinten tartásához, továbbá a civil szervezeti működéshez kötik.

A magánnyugdíj pénztárak szintén egyesületekhez hasonló módon jöttek létre, de a belépés adott társadalmi csoportok számára kötelező volt. Ez a rendszer a társadalombiztosítás része. A költségek fedezetére a társadalombiztosításból csoportosítottak át pénzt, ami jelenleg súlyos gondokat okoz a szolidaritás elvén működő nyugellátásban. A többértéki állami garanciák előre becsülhetetlen terheket rónak a költségvetésre. A problémák a törvény előkészítésénél már előre láthatók voltak. Az alkalmazott lineáris modellek olyan hipotéziseket tartalmaztak amelyek a valóságban nem valósulhattak meg. Ennek a mintájára azért sem hozható törvény a „magán egészség pénztárakról”, mert az egészségbiztosításról mondtak alapján ez a biztosítási forma jóval nagyobb kockázatokat tartalmaz mint a nyugdíjbiztosítás, ami a szegényebb és idős korosztály esetén kezelhetetlenné teszi a rendszert.

