
Az egészségügy reformja – tévutak és kiutak

Avagy: „Állítsátok meg Arthuro Ui-t”

Dr. Gilly Gyula
MSc In Health Services Management
University of London; LSHTM&LSE

Budapest, 2007. április 14.

Tartalomjegyzék

I.) BEVEZETÉS.....	3
II.) ROSSZ KONCEPCIÓRA, TECHNIKAI ÉS POLITIKAI MEGVALÓSÍTÁS BÉNASÁGÁRA TÁMASZKODVA CSAK HASALNI LEHET!.....	5
1.) MEGALAPOZOTT KONCEPCIÓ, A MEGFELELŐ TECHNIKAI ÉS POLITIKAI MEGVALÓSÍTÁSI KÉPESSÉG BÁRMELYIKÉNEK HIÁNYÁBAN CSAK BUKNI LEHET	6
2.) AGRRESSZIV TERÁPIA MEGKEZDÉSE ELŐTT PONTOS, MEGALAPOZOTT ÉS VALÓS DIAGNÓZIST SZOKÁS FELÁLLÍTANI.....	6
3.) CSAK AZ ALAPELVEK, A CÉLOK, A MŰKÖDÉS ÉS MŰKÖDÉS FELTÉTELEINEK TISZTÁZÁSA UTÁN, TOVÁBBÁ EZEK KOHERENCIÁJÁNAK MEGTEREMTÉSE UTÁN LEHET ELKEZDENI A SZERVEZETI ÁTALAKÍTÁSOKAT – ELLENKEZŐ ESETBEN ÖNCÉLÚ, HOMÁLYOS ÉS VESZÉLYES KIMENETŰ A „REFORM”.....	6
III.) MI IS A PROBLÉMA A TÖBB-BIZTOSÍTÓS RENDSZERREL?	7
1.) AZ EGY TÁRSADALMI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÓ TÖBB BIZTOSÍTÓRA (AKÁR TÖBB TÁRSADALOMBIZTOSÍTÓRA) VALÓ SZÉTSZEDÉSE MIATT FELLÉPŐ MŰKÖDÉSI PROBLÉMÁK, ANOMÁLIÁK	8
1.1.) Miért probléma, ha szétszedik az egyetlen szervezetet jelentő társadalmi egészségbiztosítót több féle? (vagy beengednek mellé más biztosítókat is?).....	8
1.2.) Miért probléma az, ha szétdarabolják a kockázatközösséget?.....	8
1.3.) Ha van kockázatkiegyenlítő alap és kockázatkiegyenlítő mechanizmusok, akkor miért jelent az problémát, ha a kockázatközösség szétbontásával, több eltérő kockázatú kisebb kockázatközösség jön létre?	9
2.) AZ ÜZLETI BIZTOSÍTÓK MEGJELENÉSÉVEL KAPCSOLATOS PROBLÉMÁK	10
2.1.) „Szerencsétlenség játék”, avagy mi is az aktuáriusi mechanizmus és így minden üzleti biztosítás lényege?	10
2.2.) Az aktuáriusi mechnizmus korlátai és ennek következményei az egészségbiztosításra.....	11
2.3.) Kiket nem lehetséges az aktuáriusi mechanizmussal –annak korlátai miatt–biztosítani.....	12
2.4.) Tanulságok az aktuáriusi mechanizmus korlátai és a nem biztosítható egészségi problémák alapján	12
3.) KÁROS KIVÁLASZTÓDÁS ÉS A „LEFÖLÖZÉS” TISZTÁN ÜZLETI ÉS ÖNKÉNTES EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS ESETÉN	14
4.) KÁROS KIVÁLASZTÓDÁS ÉS A LEFÖLÖZÉSSEL MEGVALÓSULÁSA A KÖTELEZŐ RÉSZVÉTELŰ, KÖTELEZŐEN EGYSÉGES DÍJSZABÁSÚ ÉS MINDENKIT KÖTELEZŐEN BEFOGADÓ VERSENGŐ ÜZLETI BIZTOSÍTÓK ÁLTAL MEGVALÓSÍTANDÓ TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁS ESETÉN (MAGYAR REFORM ÖTLET, HOLLANDIA STB.).....	14
4.1.) Ha ilyen garanciák vannak, akkor mi a probléma ebben a „szép új világban”?	14
4.2.) Miért nem működnek a gyakorlatban ezek a „jól hangzó” garanciálisnak szánt szabályozási elemek?.....	15
4.3.) Mit tud tenni az üzleti biztosító a garanciális törvényi rendelkezések kijátszására anélkül, hogy nyíltan törvényt sértene?	15
5.) ERKÖLCSI KOCKÁZAT (MORAL HAZARD) – HARMADIK FÉL FIZET PROBLÉMA	16
6.) MIÉRT NEM IGAZ, HOGY A BIZTOSÍTÓK VERSENYE KIKÉNYSZERÍTI A SZOLGÁLTATÁSOK MINŐSÉGÉNEK EMELKEDÉSÉT?.....	17
7.) MIÉRT NEM IGAZ AZ, HOGY A KÖTELEZŐ GÉPJÁRMŰ FELELŐSSÉGBIZTOSÍTÁS JÓ PÉLDA ÉS ANALÓGIA A KÖTELEZŐ ÜZLETI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSRA?.....	18
8.) AZ ÜZLETI BIZTOSÍTÓK ADMINISZTRÁCIÓS KÖLTSÉGEINEK SZINTJE 25-30% KÖRÜLI, SZEMBEN AZ OEP E- ALAPHOZ VISZONYÍTOTT 1,5% KÖRÜLI ADMINISZTRATÍV KÖLTSÉGSZINTJÉVEL (EZ ÉVI RENDSZERES 4-500 MILLIÁRD FT FORRÁS KIVONÁST JELENT AZ 1500 MILLIÁRDOS E-ALAPBÓL!).....	19
9.) AZ ELMÉLET ÉRVÉNYESÜLÉSE A GYAKORLATBAN: AZ USA EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI RENDSZERE	20
IV.) A MEGOLDÁS: EGYSÉGES, EGYSZERVEZETŰ, SZOLIDARITÁS ELVEN MŰKÖDŐ, AZ EGYSÉGES NEMZETI KOCKÁZATKÖZÖSSÉGET FENNTARTÓ TÁRSADALMI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS	20
A TÁRSADALMI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS ÉRTELME, LÉNYEGE.....	20
V.) ZÁRSZÓ.....	21

Az egészségügy reformja – tévutak és kiutak

I.) Bevezetés

A magyar egészségügy közel húsz éve szükséges, eldöntött, ám mégis elmaradt, félbemaradt reformja –sajnos immár sokadik alkalommal—teljesen téves pályára került, elsősorban a több, üzleti biztosítón alapuló finanszírozási megoldás erőltetése révén. A megbukott Szlovák egészségügyi reformot leszámítva a világban eddig egyetlen egy olyan ország létezik, ahol megvalósult a –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 ú.n. 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 okozott. 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. **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 teherviselőképességtől 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 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 „egy-biztosítós --- több-biztosítós” vita nem pártpolitikai szekértábor kérdés, még akkor sem ha léteznek szekértáborok és akkor sem, ha vannak, akiknek igen fontos érdekük fűződik a kérdés illetően beállításához. Vannak ugyanis, akik az ú.n. reform áterőltetése érdekében úgy próbálják beállítani az „egy biztosítós – több-biztosítós” vitát, mint a politikai szekértáborok közötti harcot, annak érdekében, hogy a kormánypárti oldal e szakmához értő szakembereit és/vagy ingadozóit maguk mellé állítsák, vagy megfélemlítsék azzal az e beállításból következő implicit állítással, hogy „aki nem támogatja a több-biztosítós rendszert, az a FIDESZ betámasztottja”. (Ez emlékeztet az 1950-es évekből származó „aki nincs velünk az ellenünk van” mondásra). De ez nem igaz. A jelen anyagban megfogalmazottak és következtetések a klasszikus liberális közgazdaságtan egészségügyi- és egészségbiztosítási piacelemzését ismertetik és a következtetések ebből származnak. 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 reform ötlet 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 rejülő folyamatos, 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 menetközbeni fejlesztést álreform 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 állampapirkibocsátás 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); 1999. márciusában a társadalombiztosítási alapokat felügyelő államtitkár asszony előterjesztése a társadalmi egészségbiztosítás privatizálásáról (szó szerinti egyezésekkel az 1998. januári PM javaslat egyes szövegrészeivel), 2003. februárjában az egészségügyi reformtitkárság előterjesztésében kormány határozat tervezet 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 normaszövegeként 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 hallott, nagyívű kreatív és az egészségügy problémáit megoldó reform javaslattal állunk szemben. Az is látható a fenti felsorolásból, hogy a cél mindvégig a társadalmi egészségbiztosítás és az üzleti biztosítás – anyagi haszonszerzési céllal elkövetett – tudatos összezagyválása volt. Az ebben érdekelték számára „reménykeltőbb” fázisokban nyíltan a több, versengős magán üzleti biztosítós koncepció mentén, kevésbé „reménykeltő” fázisokban pedig az ú.n. irányított betegellátási modell/ellátásszervezői modell mentén. A lobbista szereplők nagyrészt ugyanazok mindkét próbálkozásban. Érdemes megfigyelni a két koncepció „politikai váltógazdálkodását” az idők folyamán. Amint az egyik (pl.: több-biztosítós rendszer) megbukik, kvázi megoldási 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 befejezése, mégpedig a 21. század követelményeinek és technológiai színvonalának megfelelően. A jelen anyag célja nem egy részletes egészségügyi reformkonceptió felvázolása, ezért nem térek ki részletes technikai rendszerszervezési megoldások ismertetésére. Ehelyett csak annyit szeretnék rögzíteni, hogy a társadalmi egészségbiztosítás intézményrendszerének, szervezési, ellátásszervezési, finanszírozói, szolgáltatásvásárlói, ellenőrzési, egészségi szükségletelemzési, emberi és gazdasági erőforrás 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 kreatívan kitalálni kell a rendszert, hanem e szakma alapján megvalósítani. Az USA kivételével az összes fejlett ország általában évszázados, esetenként 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. A probléma jellegét tekintve olyan, mintha azon gondolkodnánk, hogyha kilukadt cipőnk szeretnénk megtalálni, akkor a suszterhez menjünk-e vagy a szabóhoz, mert még nem vagyunk meggyőződve arról, hogy a cipőtalpalás technológiai folyamatának a mély technikai részletei alapján tényleg a suszter-e az, akivel a cipőt talpaltatni kell, hisz a szabó is szokott varró tűt és cernát tartani a kezében.

Az összes fejlett és kultúr ország (kivételek USA (bár Massachusetts állam után, Arnold Schwarzenegger szenátor épp most látott neki Kaliforniában az államilag szervezett társadalmi egészségbiztosítás kiépítésének, 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 „rendszer paramétereit” 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 alrendszereinek megerősítését, kiépítésének befejezését jelenti. A társadalmi egészségbiztosítás intézményrendszere nem „állami hivatal”, -- mint azt egyesek manipulatíván sugalmazzák --, hanem egy egyszervezetű (monopszónium), nemzeti szinten egységes szolidaritás alapú, egységes kockázatközösséget fenntartó, az egészségi kockázatok 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 működésképtelen és ha erre a „piacon” meglenne a megfelelő kereslet az emberek, mint szolgáltatást igénybevevők között. De miután a magán egészségbiztosítási piac számos mélyenfekvő közgazdasági ok miatt képtelen rendesen 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 beavatkozással piacot és üzleti lehetőséget próbáljanak meg egyezes teremteni a „szegény 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 „dőlnék be” rendszeresen. (Mélyenfekvő okait l. később.) Így Hollandiában 2005-ben 15 milliárd EURO-val kellett szanálni a bedőlt kockázatkiegyenlítő alapot. Ez a kb. 3750 milliárd Ft-nyi összeg kb. 750 milliárd Ft-al több, mint a magyar egészségbiztosítási alap (E-alap) 2 éves költségvetése.

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 kapacitás szabályozásokból, beutalási rendből, kiemelt súlyponti kórházak kijelöléséből, központi ágyszámleépítések stb. álló ú.n. egészségügyi reformok épp ott zajlanak a pártállami idők központi tervutasításos rendszerére emlékeztető ad hoc kézivezérléses 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. Márcsak 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 típusú, szolgáltatói oldallal kapcsolatos javaslatok, ötletek stb. amelyek a kórházak, illetőleg egészségügyi intézmények tulajdonosi szerkezetének, állami, közhasznú, vagy magán működési formájának tulajdonitanak 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 hasonlatos diszfunkciók jelen lesznek a szolgáltatói oldalon. Tehát, 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).

II.) Rossz koncepcióra, technikai és politikai megvalósítás bénaságára támaszkodva csak hasalni lehet!

Általános, módszertani és megvalósítási problémák a jelenlegi egészségügyi reformmal kapcsolatosan: Az eddigi reformlépésekkel és a több, üzleti biztosítós javaslattal kapcsolatosan mind koncepcionális, mind technikai ---

adminisztratív megvalósítási és megvalósíthatósági, mind politikai megvalósítási és megvalósíthatósági, továbbá bizonyos eljárási, módszertani problémák fogalmazhatóak meg.

1.) Megalapozott koncepció, a megfelelő technikai és politikai megvalósítási képesség bármelyikének hiányában csak bukni lehet

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 beszédeket, esetlegesen áteröltetett 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 eddigi ellentmondásos, szakmailag nem megalapozott, a társadalommal nem egyeztetett, sete-sután végrehajtott és agresszíven áteröltetett egészségügyi reformlépések során. Például: a kórházak hibás finanszírozási szerződéseket kaptak igen rövid aláírási határidővel, az OEP-től kapott TAJ szám ellenőrzési listák „segédeszközök” hemzsegnek a hibáktól, a vizitdíjmentesség egyre bővülő kiterjesztése, mutatja, hogy egyáltalán nem volt végiggondolva a vizitdíj bevezetése stb. A kiemelt súlyponti kórházak kijelölése és a kapacitások szétoasztása egy még meg nem született, de a beteg szabad orvos és intézményválasztásának korlátozását feltételező beutalási rendet feltételezve történt, amely beutalási rend végülis (politikai okok miatt mégsem korlátozta) – egyébként helyesen – a betegek szabad orvos- és intézményválasztását. De vegyük észre, ezzel viszont pusztán csak a kiemelt kórházak kijelölésének és a kapacitás szétoasztásnak a kiindulási előfeltételezését és így alapját nullázták le. Ilyen körülmények között nem csoda az, hogy mégha helyes is lett volna az eddigi reform lépések koncepciója, akkor is csak botrányosan félresiklani tudtak az eddigi reformok.

Ha a **konceptió** szakmailag hibás, inkohereus és rosszul kidolgozott, vagy ha hiányoznak a professzionális **technikai és adminisztratív megvalósítás** feltételei és az ehhez szükséges képességek, vagy ha nem sikerül a reformok **politikai támogatottságát** megszerezni, amelynek kellően tartósnak, széleskörűnek és mélynek kell lennie a társadalom és a politika körében, akkor csakis rossz reformot lehet csinálni. 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 kényszerülnek.

2.) Agresszív terápia megkezdése előtt pontos, megalapozott és valós diagnózist szokás felállítani

Egy, az egészségügy méretű és komplexitású társadalmi alrendszer reform koncepciójának 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 hozzágyömöszölni a vélt, valós és esetenként mondvacsinált problémákat**, éppen úgy, mint ahogyan nem a gombhoz szokás a kabátot keresni, hanem a kabáthoz a gombot.

3.) Csak az alapelvek, a célok, a működés és működés feltételeinek tisztázása után, továbbá ezek koherenciájának megteremtése után lehet elkezdeni 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 koncentrál, akkor az egész ún. reform céltalanná, pontosabban öncélúvá, megalapozatlanná, 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 ötletelések mentén.

A jelenlegi magyar egészségügyi reform, mind az eddig megtett lépések, mind pedig a több-biztosítás ötlet legalapvetőbb hibája, hogy pontosan az történt, 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 reform koncepció** 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 múltó 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 ú.n. reform koncepció 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.: verseny feltételek megszüntetése, és monopol helyzetek kreálása a szolgáltatói oldalon, valamint verseny erőltetése a finanszírozói oldalon). Nem történt meg a koncepció megfelelő egyeztetése a társadalommal és az érintettekkel, ide értve a jogalkotásról szóló törvény rendelkezéseinek be nem tartását is, amely egyébként felveti a procedurális alkotmányvétség kérdését is (t.i. nemcsak tartalmi, hanem eljárási szempontból is lehet egy rendelkezés alkotmányvétség). Végülis nem csoda, ha számos hiba maradt a nagy ötletek között, de az sem csoda, hogy lényegében igencsak vékonyka és szűkkörű az egész társadalom jövőjét meghatározó reform ötletek 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 lejáratozásához 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 reformokkal kapcsolatosan elsősorban és alapvetően nem párt-politikai 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 szabályok nem lettek betartva, sem pedig a technikai adminisztratív és politikai megvalósítás feltételei nem lettek megteremtve, illetőleg hiányoztak 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 reform lépések technikai értelemben nagyságrendileg kisebb kihívást és feladatot jelentettek, mint a több-biztosítás 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 oxigén palack nélkül, azt követően, hogy még egy könnyed Margit szigeti séta közben is kifulladás a vízszintes terepen is.

Már most akkora többlet probléma keletkezett, az amúgy is sok-sok problémával és működési zavarral (egészségi állapot elkerülhető egyenlőtlenségei, rossz népegészségügyi mutatók, hozzáférés súlyos esélyegyenlőtlenségei, szolgáltató intézmények hatékonytalan, egyszerre pazarló és „szegény” működése, súlyos minőségi egyenlőtlenségek, stb.) 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 csatától, 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 befejezésének egy szabályozott egészségügyi szolgáltatói piac megteremtésével egyidejűleg.

III.) Mi is a probléma a több-biztosítás rendszerrel?

Maga a több-biztosítás 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-biztosítás rendszer van, hiszen több mint egy évtizede léteznek egészségpénztárok, ugyanennyi idő óta jelen vannak kiegészítő üzleti egészségbiztosítások.)

A jelenlegi reform ötlet szerint, az OEP mellett több, egymással versenyben lévő üzleti biztosító jelenne meg, amelyek versengenek a biztosítottakért (ügyfelekért), azzal, hogy bizonyos minimális ügyfélszámot el kell érjenek, de egy bizonyos maximált létszámmal nem lehet több biztosítottjuk. E biztosítói típusú versenyben az OEP egy lenne a több biztosító közül, illetőleg lennének olyan ellátások (pl. nagyértékű beavatkozások 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 hozzáfutatóval köteles biztosítást kötni (senkit nem utasíthat el), (iii) a biztosító nem alkalmazhat egyéni kockázat értékelés alapján eltérő díjszabást, (iv) a járulékfizetési kötelezettség és a járulékbeszédés 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 oka miatt.

(i) a problémák egy része – amint az a későbbiekben kifejtésre kerül – nem is a magán biztosítók üzleti és profit orientált jellegével függ össze, hanem azzal a ténnyel, hogy egyetlen, egyszerűzetű és egységes államilag szervezett társadalombiztosítási egészségbiztosítás helyett több (egynél több) szervezetre, biztosítóra szedik szét a rendszert.

(ii) 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 információs asszimetriák 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 arról van szó, hogy *még akkor is, ha az állam minden (szabályozási és ellenőrzési) eszközzel megpróbálja a káros kockázati szelektációt („lefölözés”) tiltani, attól még a biztosító társaságokra változatlanul hatnak a biztosítási közgazdaságtanának alapvető törvényszerűségei, valamint a tulajdonosi (profitmaximalizálási) érdekek érvényesítésével kapcsolatos alapvető üzleti érdekek és a menedzsment ezzel kapcsolatos kötelezettségei* (és az, hogy az ő mindenkor piaci értékét, hogyan értékelik 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.*

1.) Az egy társadalmi egészségbiztosító több biztosítóra (akár több társadalombiztosítóra) való szétszedése miatt fellépő működési problémák, anomáliák

1.1.) Miért probléma, ha szétszedik az egyetlen szervezetet jelentő társadalmi egészségbiztosítót több felé? (vagy beengednek mellé más biztosítókat is?)

E problémakör nem azzal függ össze, hogy üzleti magán biztosító 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.

De ez miért probléma (főként ha megvannak a fentiekben ismertetett kvázi „garanciák” az egységes kockázatközösség fenntartására)? A válasz röviden: azért, mert azok a garanciák (jogi, szervezési stb.), amiket egyáltalán ki lehet találni és alkalmazni lehet számos ok miatt csak részleges és így eleve tökéletlen, inkomplett megoldást jelentenek egy effektive szétdarabolt kockázatközösség egyben tartására (szemben azzal a megoldással ha a kockázatközösség valóságosan egyben van tartva egy monopól helyzetű társadalmi egészségbiztosító szervezetén belül).

1.2.) Miért probléma az, ha szétdarabolják a kockázatközösséget?

Ez azért probléma, mert

- (i) Az egyetlen, az összes 10 millió embert magában foglaló kockázatközösség minden tekintetben homogénebb, kiegyenlítettebb és így robosztusabb, kisebb kockázatú, mint például 5 darab 2 millió fős kockázatközösség (méretgazdaságossági problémákat ehelyütt nem is említve);
- (ii) ha minden magán üzleti biztosító a legtisztességesebben, a legjóhiszeműbben 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 ő hozzá, akkor is, spontán módon, pusztán véletlenségből is előáll az a helyzet, hogy az egyik mondjuk 2 millió fős kockázatközösség össz statisztikai kockázati szintje el fog térni a

másiktól, stb. 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.

1.3.) Ha van kockázatkiegyenlítő alap és kockázatkiegyenlítő mechanizmusok, akkor miért jelent az problémát, ha a kockázatközösség szétbontásával, több eltérő kockázatú kisebb kockázatközösség jön létre?

Ez azért probléma, mert a kockázatkiegyenlítő alap és a kockázatkiegyenlítő mechanizmusok (többlet adminisztrációs költséget, hatékonyság csökkenést nem számítva) súlyos elvi és gyakorlati okok miatt nem képesek elegendő pontossággal és kielégítő módon működni. Ennek számos oka van:

(i) **„Mérési” probléma:** legelőször is az, hogy miután (később ismertetésre kerülő okok miatt) lehetetlen elfogadható költségszinten és eljárásokkal minden egyes biztosított tényleges egyéni egészségi kockázatát kellő pontossággal megállapítani. Ez az az információs asszimetria, amely az üzleti biztosító információhiányából adódik (t.i. 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 szükségszerűségként létre kell hozni egy a jelenleg éppen aktuális magyar egészségügyi reform ötletnek megfelelő rendszerben a kockázatkiegyenlítő alapot is. A mérési probléma miatt sem a jobb kockázatközösség „jobbságát”, sem a rosszabb kockázatközösség „rosszabságát” 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 asszimetria 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 túlkompenzált és alulkompenzált kockázati közösségek (biztosítók). Így lesz, aki e túlkompenzáció miatt „érdemtelenül” nyereségesebb lesz, mint az a kockázatkezelési tevékenységéből következne és lesz, aki a de facto alulkompenzáció 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 kockázatközösségének 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 „mérési” probléma miatt (elégészes pontosságú mérés lehetetlen) sem kockázatkiegyenlítő alap, sem egyik biztosító sem tudja megnyugtatóan lezárni. Végül vagy valamelyik biztosító megy csődbe (mérés hiba miatt, „érdemtelenül” (v.ö. 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 u.i. 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 feléjük az éppen csődbe ment privát biztosítójuknak kellett volna helytállni. Emiatt egy ilyen rendszerben a politika soha nem fogja azt megengedni (magának), hogy egy ilyen csőd helyzet előforduljon. 2005-ben, külön Európai Unió engedéllyel 15 milliárd EURO összeggel (ez több mint kétszerese (kb. 3750 milliárd Ft) a magyar E-alap mintegy évi 1500 milliárd Ft-os költségvetésének!!!) kellett a Hollandiai kockázatkiegyenlítő alapot pénzügyileg konszolidálni, nehogy összeomljon a Holland egészségbiztosítási rendszer.

(ii) **Üzleti biztosító által (aktuáriusi módszerekkel) biztosítással le nem fedhető betegségek a kötelező kockázati poolban.** Miután az üzleti biztosító aktuáriusi (biztosításmatematikai) módszerrel korábbi statisztikai adatok alapján a jövőben bekövetkező, az egyén által nem manipulálható és egymástól független káresemények bekövetkezési valószínűségét (kockázat) kalkulálja (és még kötelező részvétel és a kockázattól függő díjszabás tiltása esetén is eszerint kalkulálja várható kiadásait stb.), 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, magasvérnyomás, szívbetegségek, asztma és más krónikus légzőszervi, mozgásszervi betegségek, allergiás megbetegedések stb.), illetőleg az összes onkológiai eset. E betegek, mint biztosítottjai esetében u.i. 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 betegektől várható járulékbefizetésnek egy részét sem fedezi. Minthogy 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. (És épp emiatt egyszerűbb és sokkal olcsóbb az, ha egy egységes, egyszerűvetű társadalmi egészségbiztosítás maga oldja meg egy rendszeren belül ezeket az egyébként az egészségügyi kiadások jelentős részéért felelős és népbetegesszámba menő (nagyfőnyben előforduló) betegségek gondozásának, kezelésének a finanszírozását.)

Összegezve: az állami feladatként megvalósítandó kockázatkiegyenlítő alap (és/vagy a kockázatkiegyenlítő mechanizmusok), valóságos funkciója a fentiek alapján nem a kockázatkiegyenlítést, hanem erre hivatkozva lényegében a magán egészségbiztosítók profitjának állami garantálását jelentik.

2.) Az üzleti biztosítók megjelenésével kapcsolatos problémák

A társadalmi egészségbiztosítás nem a hagyományos biztosítással egyenértékű, annál sokkal magasabb rendű, mert a hagyományos üzleti biztosítás által finanszírozásilag 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.

(i) **A „biztosítás”-ra mint egy aktuáriusi (biztosításmatematikai és statisztikai) kockázat értékelési 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 (l. később).

(ii) **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 finanszírozásilag 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 társadalmiasítását 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 reform ötletben 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 hullanak vissza. Azaz miközben az üzleti biztosítók a nem jelentős egészségi és ellátási problémákat majd valahogy le kezelik, mindazok a problémák, amelyek népegészségügyi és ellátásszervezési szempontból épp a magyar egészségügy legjelentősebb finanszírozási és szervezési problémáit jelentik (az összes krónikus betegség, az összes onkológiai betegség, az egészségmegőrzés, a betegségmegelőzés stb.) mind ott maradnak az állam nyakán. Nemzetközi tapasztalatok alapján ez számszerűsítve az egészségügyi kiadások mintegy 80%-áért felelős egészségi-, ellátási problémákat jelenti. 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 biztosítókhoz.) 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 repülőgépből is, meg a porszívóban is van motor, a kettő mégsem ugyanaz.

2.1.) „Szerencsétlenség játék”, avagy mi is az aktuáriusi mechanizmus és így minden üzleti biztosítás lényege?

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 poggyász biztosításról van szó és azt lehet tudni múltbéli tapasztalatok alapján, hogy minden 100 utasból 1 valaki elfogja 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 poggyása ő kapja meg mind az 1000 pénzt, mert ő nyerte meg a szerencsétlenségi (fogadást) játékot.

Az üzleti biztosítók ezeket 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 és speratív jutalékok stb.) szolgálnak, továbbá valamilyen (tegyük fel) tisztos profitjukat is fedezik. (Jó tudni, hogy ez az adminisztratív költségelem a PSZÁF adatai szerint a Magyarországon létező biztosítási konstrukcióknál átlagosan 31,6%)

2.2.) Az aktuáriusi mechnizmus korlátai és ennek következményei az egészségbiztosításra

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

$$\text{Biztosítási Díj} = (1+\alpha)*p*L$$

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 egyszerű logika alapján is működik az aktuáriusi mechanizmusú üzleti biztosító, továbbá érthetővé tehetőek az aktuáriusi, üzleti biztosítások működőképességének feltételei, amelyek a röviden a következők:

(i) **csak az egymástól független egyéni kockázatok biztosíthatóak ily módon** (ezért nincs üzleti biztosítás munkanélküliség, infláció, gazdasági válság ellen, ezért nem kötnek ártéren álló házra vagyont biztosítást és többek között 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.)

(ii) **a kár bekövetkezésének a valószínűsége 100%-nál kisebb, mégpedig jelentősen kisebb kell legyen, azaz „ p ” legyen kisebb mint 1** (azért, hogy az adminisztratív költséghányad (α) 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 magasvérnyomás betegségekre, a szív és érrendszeri betegségekre, az asztmás és krónikus allergiás betegségekre, a krónikus légzőszervi megbetegedésekre, hogy csak néhányat említsünk a mai Magyarországon élő emberek legnagyobb tömegét érintő, és a legnagyobb népegészségügyi és ellátásszervezési problémákat, továbbá a rendszer igénybevételének legnagyobb hányadát kitevő --súlyos, népegészségügyi jelentőségű és 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 betegségekre.

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, mégha nincs is 100%-os bizonyosság, akkor sem működik a képlet, mert az „ α ” elem (adminisztratív költség és a profit) nem fér bele)

(iii) **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.

(iv) **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 kalkulálni) 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 betegségre* 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)

2.3.) Kiket nem lehetséges az aktuáriusi mechanizmussal –annak korlátai miatt--biztosítani

Mielőtt a biztosító oldalán fellépő információs hiányból származó, és az aktuáriusi mechanizmussal működő üzleti egészségbiztosítást gyakorlatilag teljesen ellehetetlenítő két igen súlyos problémára (1) az ú.n. káros kiválasztódás (adverse selection) és az ez ellen alkalmazható biztosítói „ellenszerek” (az ú.n. lefölözési technikákra) valamint (2) az erkölcsi kockázatra (moral hazard) és az ez elleni „ellenszerekre” (vizitdíj, kórházi ápolási napidíj, dobozdíj, gyógyszerörnrész stb.) rátérnénk, érdemes e ponton összegezni, hogy tehát a fenti kimondottan az aktuáriusi mechanizmus logikája, illetőleg működésének technikai előfeltételei miatt milyen típusú egészségi problémákat nem képesek az üzleti egészségbiztosítások épp a lényegüket jelentő aktuáriusi mechanizmusok működése előfeltételeinek nem teljesülése miatt biztosítani:

- (i) a nem független kockázatok miatt a fertőző és járványos betegségeket;
- (ii) a 100%-os bizonyosság miatt (azaz a kockázat hiánya miatt):
 - a fennálló betegségek, az onkológiai (rákos) betegségek,
 - az összes krónikus nem fertőző betegség pl.: a gyermek és felnőtt kori cukorbetegségek, a magasvérnyomás 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 valószínűséggel van, vagy hamarosan lesz vmilyen krónikus, gondozásra szoruló betegsége)
 - egyes krónikus fertőző betegségek pl: AIDS, tbc stb.
- (iii) az egyéntől nem független (egyén által manipulálható) kockázatok/káresemények:
 - terhesség, szülés, gyermekágy (mint „káresemény”!!!)
 - újszülött és csecsemő ellátás (mint „káresemény”!!!)
 - háziorvoshoz járás (háziorvosi ellátás) (mint „káresemény”!!!)
 - egészségmegőrző és prevenciós ellátások (mint „káresemények”!!!)
- (iv) 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 politika által nemrégiben bejelentett madárinfluenza)
 - új technológiák

2.4.) Tanulságok az aktuáriusi mechanizmus korlátai és a nem biztosítható egészségi problémák alapján

A fenti lista megdöbbentő! A több, üzleti biztosítós reform ötletelés 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). A következő a probléma ezen a ponton:

- (i) a fent felsorolt – az üzleti biztosítók által nem biztosítható – betegségek, illetőleg állapotok (egy-két kivétellel) jelentik ma Magyarország legnagyobb népegészségügyi problémáit, a rendszer igénybevételének (kórházi felvétel, ambuláns ellátás, stb.) túlnyomó részére e betegségek, illetőleg állapotok miatt kerül sor. E problémák ellátása tapasztalati adatok szerint az egészségi kiadások legalább 80%-át jelenti. Ha tehát az üzleti biztosítók csak ezeket nem tudják kezelni, továbbá ez a reform ötletelők szerint is az államnál kell maradjon, akkor az a kérdés, hogy egyáltalán egy 21. századi, fejlett EU-s országban, mit képes biztosítani egy aktuáriusi mechanizmussal működő üzleti egészségbiztosító és egyáltalán mi szükség rá és egyáltalán, hogy kerül a csizma az asztalra.
- (ii) ha az üzleti biztosítók alapvető elvi és technikai okokból nem képesek adekvát választ adni Magyarország valóságos népegészségügyi, egészségfinanszírozási és ellátásszervezési problémáira, amelyek megoldása e híres egészségügyi reformok állítólagos célja, akkor vajon ki, mikor, hol, hogyan, miből és mikorra fogja megoldani azokat a

valóságosan létező egészségügyi problémákat, amelyeket ez a híres reform kellett volna, hogy megoldjon, de már most előre látható, hogy nem fog tudni megoldani?

(iii) ki, hogyan, milyen módszerrel számolta ki azt, hogy az ún. 3 pilléres új egészségbiztosításból a magán üzleti egészségbiztosítók csinálnak 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 (jelenleg u.i. a források 100%-ából sem sikerül maradéktalanul megoldani ezeket a rendszer igénybevételének, költségeinek legalább 80%-áért felelős, népegészségügyi jelentőségű problémákat. Sőt állítólag ezért kell leváltani az egységes társadalmi egészségbiztosítási rendszert azokkal az üzleti biztosítókkal, amelyek e problémákhoz még csak hozzá sem tudnak szagolni).

(iv) mindebből következően mi lesz a jövőben a magyar emberek ellátásával, egészségével, és a súlyos népegészségügyi helyzettel.

Meg kell jegyezni, hogy minden ellenkező híresztelés ellenére **a fenti problémák nem ideológiai és nem pártpolitikai jellegűek, hanem a biztosítás és az egészségbiztosítás közgazdaságtanából következő technikai problémák.** Azért hamis az „egybiztosítós – több-biztosítós” vita pártpolitikai szekértáborharcként való beállítása (amely egyébként implicit módon az „aki nincs velünk az ellenünk van” fenyegetést hordozza magában a kormányoldal, elsősorban az MSZP egészségügyhöz, egészségpolitikához értő szakértői felé), mert **a betegség nem válogat párt-politikai hovatartozás alapján, de a biztosító a fenti okok miatt kénytelen lesz válogatni a fennálló betegségek alapján.** (Eleve 2 másik pillérbe kerülnek ezen ellátások, de ha meg valamelyiket mégis be kell venni, akkor az üzleti biztosító majd meg fogja oldani, hogy pont ne őhozzá kerüljön a beteg ember. (l. később).) **Azaz a fenti listában felsorolt, üzleti biztosítók által nem ellátható nyugdíjasok, krónikus betegek, rákos betegek, terhes és szülő nők, akiket a privát biztosító nem fog tudni biztosítani, akkor sem fognak hozzájutni az ellátáshoz, ha történetesen pártpolitikai szekértábor okokból, netán elvakultságból e „reformok” lelkes hívei és történetesen arra a politikai erőre szavaztak/szavaznak akik, ezt a „nagy jót” jelentő reformot erőltetik** (ami örökre visszafordíthatatlan és beláthatatlan méretű károkat okoz a magyar társadalomnak).

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 e reformot támogató lelkes szavazója. Ő ugyanis lelkes és rákos, ez az üzleti biztosító pedig, mint neve is mutatja üzlet és profit orientált, ahol ő csak egy extrém nagy költségvetel lesz, ezért a biztosító meg kell, hogy szabaduljon tőle, mint minden hozzá hasonló, nem kívánatos ügyfelétől!

A mai magyar egészségügyi, népegészségügyi problémákra nem megoldás az üzleti egészségbiztosításnak nevezett szerencsétlenség játék bevezetése, amelynek lényege az aktuáriusi mechanizmus. Az egyetlen, de valós megoldás a társadalmi egészségbiztosítás végre-valahára történő felépítése.

A társadalmi egészségbiztosítási intézményrendszernek ugyanis éppen az a lényege, hogy egy másik kockázatkezelő stratégia választásával és az üzletileg kezelhetetlen kockázatok társadalmiasításával képessé válik az összes olyan kockázat, jövőre vonatkozó információhiány, betegség és állapot finanszírozással való lefedésére, amelyre az üzleti egészségbiztosítás a maga aktuáriusi mechanizmusával nem képes és amire az aktuáriusi mechanizmus lényegénél fogva (lásd fenti képlet) soha nem is lehet képes. Az államilag megszervezett, szolidaritás elvű egészségfinanszírozást, azaz a társadalmi egészségbiztosítási intézményrendszert éppen emiatt, éppen e problémák kezelésére találták ki. A szolidaritáselv lényegénél fogva u.i. ez a rendszer az, amelyik mindenkitől az aktuális anyagi teherviselőképességének mértékében szedi be a hozzájárulást a rendszer fenntartásához (címkézett járulék, vagy általános adók formájában) és mindenki számára az illető aktuális egészségi állapotából eredő tényleges ellátási szükségletei szerint biztosítja az illető számára szükséges egészségügyi ellátást.

Az, ha a jelenlegi félig-meddig felépített OEP – amely nem a jelen anyag szerinti társadalmi egészségbiztosítást, hanem annak félig felépített, ámde sok rombolást megélt torzóját mintázza – jelenlegi működésében hibák, zavarok vannak, abból logikailag nem az következik megoldásként, hogy egy elvileg is rosszabb és hiányosabb rendszert vezessünk be helyette, hanem logikailag az a szükségszerű lépés, hogy lássunk neki a rendszer hibáinak kijavításához, még pontosabban a társadalmi egészségbiztosítás intézményrendszere kiépítésének befejezéséhez. **A társadalmi egészségbiztosítási rendszer u.i. nemcsak a fenti, üzletileg nem biztosítható egészségi problémákat képes kezelni. Lényegi különbség az is, hogy a társadalmi egészségbiztosítás nemcsak a károkat/káreseményeket biztosító kárkezelő rendszer, hanem az egyéni és közösségi (populációs szintű és statisztikai) egészségi kockázatokat kezelni képes és e kockázatok kezelésében alapvetően érdekelt társadalmi egészségbiztosítási kockázatkezelési rendszer.**

Azt, hogy az üzleti biztosító, amelynek lényege a fenti aktuáriusi mechanizmus, miért lesz kénytelen mindenféleképpen rákényszerülve arra, hogy minden tiltás, minden kötelező tagbefogadás ellenére így, vagy úgy megtalálja a módot arra, hogy a számára nem kívánatos betegektől megszabaduljon (amely „kimazsolázás” előtt egyébként épp a biztosított szabad választása nyitja meg a lehetőséget a számára), akkor lehet a fentiekben túl még jobban megérteni, ha értjük az információk asszimetriából származó két súlyos és nem kívánatos problémát, az ún. káros kiválasztódás (adverse selection) (és kezelésére a „lefölözés” (cream skimming)), valamint az ún. erkölcsi kockázat (moral hazard) problémakörét is.

3.) Káros kiválasztódás és a „lefölözés” tisztán üzleti és önkéntes egészségbiztosítás esetén

A probléma lényege az, hogy az üzleti biztosító aktuáriusi mechanizmusa akkor tudna jól működni, ha a biztosító a lehető legpontosabban (de nagyon pontosan) ismerné az egyén *valóságos* egészségi állapotát, kockázatait. Ha pontosan tisztában tudna lenni az egyes emberek valódi egészségi állapotával, akkor tudná besorolni őket azokba a kis kockázati csoportokba, amelyekbe az azonos állapotúakat, azaz kockázatúakat sorolja be és amely homogén kockázatú csoport esetében tudna reális biztosítási díjat számolni az előzőekben ismertetett aktuáriusi képlet alapján.

Amint arról már korábban is szó volt, az emberek általában sokkal jobban tisztában vannak saját rejtett kockázataikkal, mint ahogyan azt a biztosító, minden egyes hozzáforduló esetében, számára elfogadható költségszinten, az ember számára pedig elfogadható módszerekkel felmérni képes. Így a biztosító bármit csinál, alapvetően nem képes annyi információval rendelkezni a biztosítottjai/ügyfelei valóságos egészségi állapotáról és kockázatairól, mint ügyfelei.

Ezért a biztosító valójában nem homogén (egynemű) kockázati csoportokat képez a kockázati díjszabáshoz, hanem viszonylag durva és pontatlan statisztikai besorolást csinál és nem a valóságos egyéni kockázat szerint szabja a díjat (vagy kötelező rendszer esetén a várható költséget), hanem statisztikai alapon átlagol. Így az elvileg homogén kockázati csoport nem is homogén. Ezért, – épp a kényszerű átlagolás miatt – azonban minden egyes kis csoportban lesznek olyanok, akiknek a valóságban az átlagnál jobb a kockázatuk és lesznek olyanok, akiknek az átlagnál rosszabb. A jobb kockázatúak sokallni fogják a díjat ezért előbb vagy utóbb kilépnek a biztosításból, míg a rosszabb kockázatúak örülnek, mert ők tudják (a biztosító nem tudja), hogy az ő díjuk valójában alacsonyabb, mint kellene lennie.

Előbb, vagy utóbb azonban a kilépők miatt újra kell, hogy értékelje a biztosító a helyzetet. Új „homogén kockázati csoportot” hoz létre és új díjat határoz meg, a fenti információ hiánya miatt újfent statisztikai átlagolás alapján. Így a felülárastottak előbb vagy utóbb ismét kilépnek, az alulárastottak pedig ismét örülnek. Ez a folyamat elvileg addig tartana, amíg a legrosszabb kockázatúakon kívül végre szinte mindenki elhagyná a biztosítót. Ugyanis ezen instabil egyensúlyi állapotban a mindenkori „jó kockázatot” a mindenkori „rossz kockázat”, szegény üzleti biztosító információ hiánya miatt tulajdonképpen kivezeti a biztosítási rendszerből. (E modell közgazdasági kidolgozásáért az 1960-as évek végén közgazdasági Nobel-díjat osztottak ki! A modell neve: „lemon principle”). Emiatt a biztosítónak valamit tennie kell és tesz is: egyre innovatívabb és kreatívabb „lefölözési” technikákat talál ki és alkalmaz, annak érdekében, hogy a jó kockázatúak valamely ok miatt mégis csak ő nála választódjanak ki, míg a rossz kockázatúak távozzanak az ő rendszeréből.

4.) Káros kiválasztódás és a lefölözéssel megvalósulása a kötelező részvételű, kötelezően egységes díjszabású és mindenkit kötelezően befogadó versengő üzleti biztosítók által megvalósítandó társadalombiztosítás esetén (magyar reform ötlet, Hollandia stb.)

Az előzőekben említett káros kiválasztódási és lefölözési mechanizmusok kivédésére felületes szemlélődés esetén hihetőnek hangozhat, hogy megoldást jelenthet az, -amit korábban, a jelenlegi reform ötlet egyes elemeinek ismertetésekor már említettünk-, azaz ha törvényi kötelezettség alapján

- (i) mindenkinek kötelező valamely biztosítást kötnie,
- (ii) a biztosítónak minden hozzáfordulóval kötelező biztosítási szerződést kötni (feltéve, ha emberünk őt választotta),
- (iii) a biztosító nem alkalmazhat kockázattól függő differenciált díjszabást,
- (iv) létezik egy kockázatkiegyenlítő alap és mechanizmus,
- (v) országosan egységes a járulékfizetési kötelezettség és az igénybevételi jogosultság (ez utóbbi kérdéses, hogy így lesz-e)
- (vi) járulékok beszedése, szétosztása központilag történik.

4.1.) Ha ilyen garanciák vannak, akkor mi a probléma ebben a „szép új világban”?

Röviden az, hogy a kör négyesítésére tett próbálkozások ellenére a kör mégsem lesz négyesítő. Ezek a rendelkezések csak tökéletlen és részleges megoldást jelentenek, és mint be is bizonyosodott, nem képesek kellő garanciát nyújtani. Olyan országokban fejlődtek ki ezek a megoldások, amelyekben kezdeni kellett valamit a történelmileg már kialakult sok biztosítós rendszer anomáliáival, de számos politikai és működtetési szempont miatt nem lehetett leváltani a rendszert (pl.: Hollandia), így az állam kínjában már csak az ilyen szabályozási megoldásokhoz tudott folyamodni.

4.2.) Miért nem működnek a gyakorlatban ezek a „jól hangzó” garanciálisnak szánt szabályozási elemek?

Azért mert a kutyából nem lesz szalonna: attól ugyanis, hogy az állam minden (szabályozási és ellenőrzési) eszközzel megpróbálja a káros kockázati szelekciót („lefölözés”) tiltani, attól még a biztosító társaságokra változatlanul hatnak a biztosítás közgazdaságtanának alapvető törvényszerűségei, valamint a tulajdonosi (profitmaximalizálási) érdekek érvényesítésével kapcsolatos alapvető üzleti érdekei (és az, hogy az ő mindenkori piaci értékét, hogyan értékeli pl. a profittermelő képessége alapján pl. a tőzsdén.)

Amint arról korábban részletesen volt szó, mélyenfekvő okai vannak annak, hogy a világban egyetlen olyan kockázatkiegyenlítő alap, kockázatkiegyenlítő mechanizmus nincs, ami megfelelően tudna működni és ne kellene időről időre államilag szanálni. Miután ezt a biztosítók is tudják (ők tudják csak igazán), ezért hiába van az a mondás, hogy „te csak vegyél fel mindenkit a járulékáért, mi meg majd kompenzálunk téged az eltérő kockázatok (és így kiadási kötelezettségeid) miatt”.

Ezért a biztosító ebben a kockázatkiegyenlítő mechanizmusban valójában nem hisz, és ezért nem is mer 100%-osan erre hagyatkozni. Ezért az üzleti biztosítónak mindenféleképpen kell tennie *valamit* azért, hogy csődbe ne menjen, piaci értékét folyamatosan növelje és a tulajdonosok profit elvárásainak megfeleljen. E problémával keletkeznek azok a valóban kényszerhelyzetek, amelyek miatt – mint azt pontosan a holland egészségbiztosítókkal kapcsolatos számos gyakorlati példa is jól illusztrálja – az üzleti biztosító mindenképpen belekényszerül abba, hogy valamit csináljon a jogi garanciáknak szánt állami megkötések számára káros hatásainak a kivédése érdekében.

Amit a biztosító tenni tud: törvényt természetesen nyíltan és tételesen nem sért, de számos kreatív megoldást és trükköt ki tud találni arra, hogy a társadalom rosszabb kockázatú csoportjainak tagjai, akiknek az esetében előre láthatóan nagy kiadásokra, de alacsony bevételekre számíthat, lehetőleg valaki másnál kössenek ki. Nem meglepő módon ezek az emberek lesznek azok, akik a legvégén a „versengő OEP”-nél (mint az állami biztosítónál) fognak kikötni. Ezzel (és az eleve a biztosításból kizárt fennálló betegségekkel) gyakorlatilag az összes probléma sikeresen visszaszáll az államra, míg az üzleti biztosítók jól elvannak mindazon biztosítottakkal, akikkel érdemi problémájuk, fizetési kötelezettségük várhatóan sokáig nem lesz, az állami kockázatkiegyenlítő alap, pedig a valóságban „állami profit garantáló alap”-ként működve, az adófizetők terhére biztosítja, hogy az üzleti biztosítók éves profit elvárása kockázatmentesen és garantáltan teljesüljön.

4.3.) Mit tud tenni az üzleti biztosító a garanciális törvényi rendelkezések kijátszására anélkül, hogy nyíltan törvényt sértene?

Röviden: ezer és ezer trükköt alkalmazhat, mint ahogyan alkalmaz is az olyan országokban, ahol ilyen rendszerek működnek. (Például a holland egészségbiztosítási jogszabályi rendelkezések számos ilyen, nem nyíltan törvénytelen trükk tiltásáról szólnak.) Az alábbiakban a teljesség igénye nélkül ismeretünk néhány példát a lehetséges trükkökből (amelyek lényege: a kívánatos ügyfelek becsalogatása, a nem kívánatos ügyfelek elriasztása):

Hozzáférhető statisztikák (pl.: kistérségi demográfiai statisztikák, stb.) alapján kistérségekre lebontva meghatározható, mely kistérségben milyenek az embereknek azok a jellemzői, amelyek alapvetően meghatározzák egészségi kockázataikat, így pl.: jövedelmi viszonyok, foglalkoztatási viszonyok, képzettség, epidemiológiai adatok, lakásviszonyok stb., de pl.: OEP és Gyógyinfok alapján a lakcímek szerinti egészségügyi rendszer igénybevétel is elemezhető akár. Ezek alapján jó előre el tudja egy üzleti egészségbiztosító dönteni, hogy ezért, azért, vagy amazért kik azok, akik az ő számára kívánatosak, és kik azok, akik nem kívánatosak. Ez alapján lehet a nem nyíltan törvényt sértő trükköket kialakítani, például:

- (i) Hol nyit egyáltalán irodát? Olyan helyen (kerület, városrész, kistérség, stb.), ahol nagy tömegben élnek olyanok, akik a biztosító számára kívánatosak sok irodát kell nyitni és sok jó üzletkötőt kell alkalmazni, ahol pedig az üzletileg nem kívánatos emberek élnek lehetőleg egy irodát sem kell nyitni. (Nem kell nagy pénzügyi és biztosítói gurunak lenni ahhoz, hogy az ember jó közelítéssel meg tudja határozni, hogy a Rózsadombon, az Budapesti I., II., XII kerület elitnegyedeiben például praktikus nagy erővel megkezdeni a toborzást, míg például Borsod megyében, különösen annak északi – keleti részein, a Baranyai aprófalvas térségben, Budapesten a Havanna lakótelepeken és általában a panelek között pedig nem fontos annyira csipkednie magát az embernek, de például egy üzleti biztosító feltehetően nem is egy nyugdíjas otthonban fogja megkezdeni a tagtoborzást.) Így, ha valaki ez utóbbi csoportból eljut egyáltalán a biztosító valamely, de számára nehezen elérhető irodájába a biztosító természetesen köt vele biztosítást (mert törvény kötelezi rá), de már megoldotta azt, hogy aránytalanul kisebb legyen az ilyen nem kívánatos emberek aránya az ő kockázati közösségében.
- (ii) Ha például az idősebbek részarányát eleve csökkenteni akarja a biztosító (elemi érdeke hogy így tegyen a korábban kifejtett aktuáriusi mechanizmusból eredően), akkor például nem kell széket tenni az ügyfélszolgálati helységbe. Vagy udvariatlanul kell bánni a nem kívánatos ügyféllel (aki majd a „megyek a konkurenciához” felkiáltással már el is ment máshová és a biztosító elérte eredeti célját, nyílt törvényt sértés nélkül). Vagy például lift nélküli épület emeletére kell tenni a szék nélküli ügyfélszolgálati irodát. Vagy az üzletkötőt és/vagy biztosítási alkszt ki kell képezni, hogyan kell „ügyes” mondatokkal elriasztani a nem kívánatos ügyfelet.

- (iii) Az üzleti egészségbiztosító által az aktuáriusi számításai alapján kívánatosnak tartott ügyfelek (fiatal, jó jövedelmi viszonyú, magas képzettségű, magas beosztású stb. és mindazok, akik a jelenlegi finanszírozási rendszer hibáiból fakadóan valamilyen „túláróztak”) részarányának növelésére pedig további lehetőségek nyílnak: például más ezen ügyfélkörben elterjedt pénzügyi szolgáltatással való árukapcsolás és a kapcsolt termék kedvezményes kínálása azzal a feltétellel, ha az illető az egészségbiztosítását is ott köti meg (pl: kedvezményes CASCO biztosítás kínálása a „megfelelő” típusú (drága) autók tulajdonosainak). E tekintetben különösen figyelemreméltó a jelenlegi magyar reform ötlet egy mellék eleme: önkéntes és kiegészítő egészségbiztosítás csatolható a kötelező magán egészségbiztosításhoz, azaz intézményesülne egy olyan leföldözési mechanizmus, amelyet általában törvényileg szoktak tiltani. (ami nem véletlen, ha igaz az, hogy állítólag a jelenlegi reform koncepció kidolgozásához jelentős „technikai segítséget” nyújtottak egyes üzleti biztosítók, azaz ebben a kivételes esetben, ha mindez igaz, „megkérdezték a békákat, hogy le kell-e csapolni a mocsarat”.)
- (iv) Általában közismert, hogy célcsoportonként egészen más szöveggel, zenével, képanyaggal, hangulati elemekkel kell megkreálni egy reklámfilm, vagy bármilyen reklám – marketing anyagot attól függően, hogy kit is szeretnének elérni. Így nem kell nagy marketing gurunak sem lenni annak belátásához, hogy ha egy biztosító leginkább a jól menő YUPPIE-kat szeretné begyűjteni, de a 60 év felettieket nem, akkor olyan reklámokat kell csináljon, ami a YUPPIE-kat vonzza, másokat meg taszít. Nem véletlen, hogy a parfümöket, a mosóporokat, a Boci csokit, a Soproni Ászok-ot, a Beck’s sört, a drága borokat, a Suzuki-t, az AUDI-t egészen más típusú emberekkel, környezetben, szöveggel, zenével stb. reklámozzák. E téren is törvényszerűen ez fog történni, de amint ez megtörténik a biztosítók részéről, az már a garanciálisnak szánt törvényi rendelkezések nem nyílt törvénysértéssel történő, de egyértelmű és igen hatékony kijátszása lesz.

A fenti példákhoz hasonlatos számtalan, nem nyíltan törvénytelen trükköt lehetséges kitalálni és alkalmazni a garanciálisnak szánt törvényi rendelkezések kijátszására és a kívánatos ügyfelek beszelektálására és a nem kívánatosak elriasztására. Azokban az országokban, ahol ilyen rendszer működik, régóta alkalmazzák is a trükköket, az állami szabályozás pedig mindig egy lépéssel a biztosítók után kullogva az újabb és újabb kreatív trükkök tételes tiltásával próbálja a garanciálisnak szánt rendelkezések kijátszását megakadályozni. Ez nem elméleti spekuláció. Én magam személyesen ismerek olyan külföldi tanácsadókat, akiknek pl. Németországban az egyik fő profiljuk a nem kellően profitabilis „Sickness Fund”-ok és biztosítók támogatása a „kockázati közösségük erősítésében, profiltisztításában”. No ez vajon mit jelenthet? Hát nem mást, mint a törvényes szabályok nyílt megsértése nélkül a törvények kijátszását „finom módszerekkel”. Ez egy jól prosperáló cég jól menő tanácsadói üzletága például a német több-biztosítós társadalombiztosítási rendszerben.

Látni kell azt is, hogy épp az egyén szabad biztosító választása (mint a látszólag nagy jó verseny elem) nyitja meg a biztosítók előtt az utat a fenti nem nyíltan törvénytelen, de a törvények kijátszására kitalált trükkök alkalmazására. Elég ugyanis kellően udvariatlanok, rugalmatlanok, kényelmetlenek stb. lenni a nem-kívánatos típusú ügyféllel és az illető máris átmaszírozik a konkurenciához. De miután az ilyen ügyfelek, akik az aktuáriusi mechanizmus számításai szerint nem kívánatosak egy üzleti biztosítónak sem fognak kelleni, így végső soron a megmaradó államilag szervezett biztosítónál fognak kikötni összes előre kódolt ellátási költségükkel együtt. Ők ily módon egy kockázati közösségbe fognak kerülni mindazon betegcsoportba tartozó és az üzleti biztosító által nem biztosítható betegekkel (krónikus nem fertőző betegségek, idősek stb.), akikről a korábbiakban már volt szó.

A folyamat végül azzal végződik, hogy az összes valóban ellátandó beteg, illetve megoldandó egészségügyi probléma az összes költségével kiköt az államilag szervezett biztosítónál (a „kereskedelmi banki funkciójú”, „versengő OEP” (maradvány)), akinek nem a jelenlegi forrásokból, hanem annak törtrészből kell majd megoldani e problémákat (mert az üzleti biztosítók a jó kockázatuakat és járulékaikat már régen kiszzelektálták maguknak).

Ez a mechanizmus az is, ami miatt szükségképpen költség eszkaláció várható, illetőleg az, ami miatt szétszakad a magyar társadalom szegény ellátásban és gazdag ellátásban részesülőkre.

De a ma gazdagjainak (kívánatos ügyfeleknek) sincs okuk a nyugalomra: amint a biztosító számára nem kívánatosak lesznek (mert pl.: ők is megbetegszenek valamilyen a biztosító által nem finanszírozásilag nem lefedhető betegségben), a biztosító, akit nem köteleznek arra, hogy „örökre” kösse a biztosítási szerződést az ügyféllel a soron következő szerződésmegújításkor majd megfogja találni a módját, hogy e betegeket is kitessekelje saját kockázatközösségéből, vagy elriassza valamely jól bevált módszerrel.

5.) Erkölcsi kockázat (moral hazard) – Harmadik fél fizet probléma

Az ún. erkölcsi kockázat az egészségbiztosítási piaci versenymechanizmusokat torzító, ellehetetlenítő másik jelenségre vonatkozik. A beteg abban érdekelt, hogy a legjobb szolgáltatást kapja. A szolgáltatója, orvosa abban, hogy a beteg meg legyen elégedve, továbbá jó nagy számlát állíthasson ki a biztosítónak. A biztosító pedig az a harmadik fél, aki fizeti mindezt. A jelenség hasonló ahhoz, ami egy ún. „all-you-can-eat for 12 USD” étteremben zajlik. A vendég X pénz lefizetése ellenében annyit fogyaszt az ilyen helyen, amennyit csak bír és akar. Ezért nem véletlen, hogy a vendégek túlnyomó része sokkal többet vesz ki a tányérjára és/vagy fogyaszt, mint amennyit másképp rendelne, és/vagy fogyasztana.

Probléma: a biztosító soha nem lesz abban a helyzetben, hogy elfogadható költségszinten, továbbá elfogadható módszerekkel elegendő pontossággal meg tudja ítélni, vajon minden szolgáltatás indokolt volt-e, amit a betegek nyújtottak és amit az igénybevevő, egyáltalán adekvát volt-e a szolgáltatás, tényleg olyan gyakoriságú orvos-beteg találkozásokra volt-e szükség, mint amilyenek megtörténtek stb. Ezért – noha különböző ellenmechanizmusokat próbál alkalmazni – a túlszolgáltatás korlátozására (ennek a co-payment (vizitdíj, kórházi napidíj, dobozdíj), co-insurance (%-ban megállapított „vizitdíj”, ilyen pl. a gyógyszerártámogatási rendszerünk „önrésze”)), de végső soron nem tudja kivédeni azt, hogy esetlegesen túl sok szolgáltatás nyújtás ne történjen a rendszerben.

Még pontosabban, ha olyan mértékű co-paymentet, co-insurance-t (vizitdíj, önrész, stb.) állapít meg, amely ezt az erkölcsi kockázatot érdemben képes visszaszorítani, akkor az már káros hatású lehet a betegekre nézve, mert az anyagi teherviselőképességgel fordítottan arányosan rontja a hozzáférést és az indokolt beavatkozásoktól is elriasztja a szegényebb betegeket. (Megjegyzendő: az sem véletlen, hogy ennyire fontos volt a vizitdíj bevezetése és a gyógyszerártámogatás átalakítása – ez már „szegény üzleti biztosítók” problémáinak államilag kézivezérelt megoldása volt (a szabad piaci ideológia jegyében)). Egy biztos: bármilyen co-payment/co-insurance rendszert is alkalmaz a biztosító ez mindenképpen csak egy inkomplett megoldást jelent. Korlátozni képes az erkölcsi kockázatot, de megszüntetni nem képes.

6.) Miért nem igaz, hogy a biztosítók versenye kikényszeríti a szolgáltatások minőségének emelkedését?

Az egyik leggyakrabban hangoztatott ideológikus mítosz a jelenlegi üzleti biztosítós reform teljesen szakmaiatlan, ámde igen harsány propagandája során, hogy „*azért jelenti a több üzleti biztosítós rendszer bevezetése a liberális egészségügyi reform gerincét, mert a biztosítók versenye tudja egyedül kikényszeríteni a szolgáltatások minőségét és hatékonyságát*”

Legelőször is: az előző részben ismertetett erkölcsi kockázat („moral hazard”), mint probléma azért érdekes a jelenlegi magyar reform ötlet és a kapcsolódó ideológikus propaganda tekintetében, mert egy olyan alapvető, az egészségbiztosítási piac működését súlyosan torzító információs asszimetriáról van szó, amelynek lényege, hogy a piaci hiba azért lép fel, mert „szegény üzleti biztosító” azt sem képes elegendő pontossággal tudni és megítélni számára elfogadható költségszinten, hogy pontosan mi, miért, milyen tartalommal történik az orvos és betege között az ellátás során, továbbá, hogy az ellátás szakmai tartalma, mennyisége, az egyes ellátási epizódok gyakorisága indokolt volt-e, adekvát és optimális volt-e, vagy sem. Azaz az erkölcsi kockázat (amelynek létét a reform erőltetői is értik, hisz épp ezért erőltették a vizitdíjat, ápolási napidíjat, gyógyszerártámogatás átalakítását), mint probléma pontosan arról szól, hogy a biztosító nem tudja megítélni mi, miért történik az ellátás során a szolgáltató és a beteg között. Tehát az üzleti egészségbiztosító nem az a szereplő, akinek esélye lenne elegendő információval rendelkeznie arról, hogy mi is a helyzet a szolgáltatásoknak azzal a minőségével, amit majd állítólag ő fog kikényszeríteni. Ha erre egy üzleti biztosítónak lenne esélye, akkor nem kell pl. vizitdíjat, gyógyszer önrészt bevezetni, mert nem kell ily módon a „túlszolgáltatás/túlfogyasztás” visszafogására ösztönözni a biztosítottat, (törvényileg népnevelni a buta választó polgárt) hiszen a biztosító u.i. olyan okos, olyan profi, hogy miközben kikényszeríti a szolgáltatás minőségét, a minőség részeként nyilván a felesleges beavatkozások, felesleges gyógyszerelések megszüntetésével kezdi, minden egyes biztosítottja esetében. És miután ezt nyilván nagyon ügyesen meg tudja tenni, okafogyottá válik a vizitdíj.

Összegezve: épp az erkölcsi kockázat (moral hazard) probléma az (és az adverse selection is), amelynek a létezése is mutatja, hogy a biztosító nincs abban a helyzetben, hogy tudja, mi történik beteg és orvosa között, ezért semmiféle alapja nincs annak, hogy a biztosítók versenye kikényszeríti a szolgáltatások minőségét.

Ezzel szemben a helyzet az, hogyha a szolgáltatások minőségének javítása a cél, akkor nem a finanszírozók versenye, hanem a szolgáltatók versenye az, amely kikényszeríti a szolgáltatások minőségének javulását, különösen akkor, ha például a beteg szabadon választhat orvost és intézményt (ezt a beutalási renddel épp most kísérelték meg korlátozni) és a finanszírozás követi a beteget. U.i. cipőt a cipőboltban, szolgáltatási minőséget a szolgáltatónál kell keresni.

Miután épp a moral hazard (erkölcsi kockázat) miatt az üzleti biztosító tudja, hogy semmit sem tud kezdeni a szolgáltatások minőségével, ezért meg sem kíséri az azzal való bibelődést. Ez ugyanis igen nagyon sok erőforrását emésztene fel: többek között egy olyan informatikai rendszerre lenne szüksége, amellyel minden biztosított egészségi állapotát ismeri, annak változását le tudja követni, minden eljárásra részletes szakmai protokolljai lennének, ezeket minden orvosára rá tudná erőltetni, ezek betartását folyamatosan tudná minden egyes biztosított esetében ellenőrizni, mert minden egyes biztosítottjának betegútjait pontosan le tudná követni, stb. Magyarán nagyjából egy OEP / APEH robusztusságú informatikai rendszert, ellenőrzési rendszert kellene kiépítenie, mindenre – a szakmák által meg nem kérdőjelezett, így pl.: műhibaperben védhető – részletes diagnosztikai és kezelési protokollokkal kellene rendelkeznie, stb. Ez egy igen nagy költségű mulatság lenne, ráadásul ő, a privat üzleti biztosító – a fent részletezett okok miatt – eleve nem a beteg ember ellátásában, hanem az egészséges, kis kockázatú emberek ügyfélként való megnyerésében érdekelt.

Ráadásul, miután az egyes emberek szintén nem képesek a szolgáltatás minőségét – annak minden aspektusában – jól megítélni (pl.: szakmai tartalma, biztonságossága) és állítólag ezért is szükséges, hogy az alulinformált beteg

érdekében a biztosító fellépjen (legalábbis a minap ezt hallottam egy liberális propagandistától), ezért a biztosító sem érdekelt üzletileg abban, hogy túl sokat törődjön a szolgáltatás minőségével, merthogy ennek jelentős részét az egyes ember úgysem tudja megítélni, tehát egy ponton túl nem származik haszna a biztosítónak abból, ha milliárdokat költene egy betegút-követő rendszerre, amelynek pozitív hatásainak a lényegét az ügyfele érdemben meg sem tudja ítélni.

A biztosítónak ennél egy lényegesen jobb megoldás kínálkozik: a tényleges betegirányítási stb. rendszer kialakítása helyett (nagyon drága, nem ért hozzá, korlátozottak a lehetőségei) a költségek törtrészéért megfelelő marketinget és propagandát alakít ki és mindenkinek a szájába rája/rágatja, hogy a „a versengő üzleti biztosítók kikényszerítik a szolgáltatások minőségét”, továbbá, hogy ezek közül ő az a biztosító aki a legmagasabb színvonalú szolgáltatásokat kényszeríti ki.

De látni kell: nincs olyan mechanizmus, amely által a finanszírozói verseny a szolgáltatások minőségét kikényszerítené, kikényszeríthetné. Ezt egyedül a szolgáltatók versenye tudná kikényszeríteni (ehhez pedig az eddigi reform lépések egy jó részének (pl: kórház tv, kapacitás elosztás, beutalási rend, stb., amely ennek lehetőségét szüntette meg) eltörlése lenne szükséges.)

7.) Miért nem igaz az, hogy a kötelező gépjármű felelősségbiztosítás jó példa és analógia a kötelező üzleti egészségbiztosításra?

Túl gyakran hangzik el, hogy „hülyeségeket” beszélnek azok, akik a javasolt több üzleti (kötelező) egészségbiztosítós rendszer ellen érvelnek, mert a kötelező gépjármű felelősségbiztosítás is milyen jól működik. Ezért célszerű elemezni, miért nem igaz, hogy a gépjármű felelősségbiztosítás jó példa az üzleti egészségbiztosításra.

Mint már tudjuk, az összes üzleti biztosítás az alábbi aktuáriusi képlet szerinti mechanizmussal működik:

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

Ahol α a biztosító adminisztratív költségeinek és profitjának fedezete, p az adott egyénnél fellépő biztosítandó káresemény múltbéli ismeretek alapján statisztikailag kalkulálható bekövetkezési valószínűsége (a „kockázat”), L pedig a bekövetkező kár pénzben kifejezhető (átlagos) mértéke.

Ha „ p ” nem ismert (jövőre vonatkozó abszolút információ hiánnyal, azaz nem kockázattal, hanem bizonytalansággal állunk szemben (itt nincs „kockázat”, azaz „ p ”), ha „ p ”=1 (azaz nem bekövetkezési valószínűséggel, hanem 100%-os bizonyossággal állunk szemben (itt nincs „kockázat”, bizonyosság van)), ha „ p ” nem független (azaz vagy mindenkivel megtörténik a kár, vagy senkivel sem), végül ha „ p ” nem független az egyén cselekvésétől (az egyén által manipulálható), akkor a biztosítási díj nem állapítható meg, mert a képlettel nem számolható ki az egyén független egyéni kockázatából eredő, egyéni kockázati díja.

Amint az korábban kifejtésre került, az üzleti egészségbiztosításoknál számos olyan egyéni egészségi probléma lehet, ahol az egyéni kockázati díj nem határozható meg, vagy azért, mert fennálló betegségről van szó (rákos beteg, krónikus nem fertőző beteg, krónikus fertőző beteg, veleszületett rendellenesség, 60-65 év feletti), vagy azért, mert a kockázat az egyén által manipulálható (terhesség, szülés, gyermekágy, újszülött ellátás), vagy azért, mert a kockázat nem független (járványok), vagy azért, mert a kockázat nem ismert (új betegség megjelenése, technológiai fejlődés).

A kötelező gépjármű felelősségbiztosításnál ilyen nincs. A rendelkezésre álló statisztikák alapján pontosan lehet tudni, hogy mi a kockázata annak hogy, ha adott kórú, nemű (netán végzettségű, beosztású, jövedelmű) személy, adott motor méretű, adott értékű, adott autóban ül, akkor önhibájából milyen statisztikai valószínűséggel fog, milyen típusú és mértékű kárt okozni. Továbbá lehet tudni, hogy az illető nem fog csak azért frontálisan ütközni valakivel, hogy a biztosító jó nagy összeget fizessen valaki másnak, sőt emiatt az öröm miatt a zebrán áthaladó gyalogost sem fogja becsukott szemmel elgázolni. Ezenfelül a szándékos karambolozás, gázolás stb. esetén megjelenő „egyen által manipulálható káresemény” és a terhesség és szülés között nem igazán szerencsés egyenlőségjelet tenni (bár az aktuáriusi képlet szempontjából a két történés/cselekvés ugyanaz). Tehát, vagy tudatlanságból, vagy szándékos manipulációból ered az üzleti egészségbiztosítás „összemosása”, analogizálása a kötelező gépjármű felelősségbiztosítással.

Továbbá a kötelező gépjármű felelősségbiztosítás „üzenete” az, hogy akinek van pénze egy autóra, annak legyen pénze arra is, hogy biztosítást kössön azokra a személyi és vagyoni károkra, amelyeket saját hibájából, ő maga okoz(hat). Ezért kötelező és ezért van az, hogy a magyar rendőrség is komoly erőfeszítésekkel járul hozzá ezen magán üzleti biztosítói üzletág működéséhez (l. közúti ellenőrzések). Csakhogy a kötelező magán egészségbiztosítás esetében nincs és nem lehet szó arról, hogy ha az utcai rendőri ellenőrzés során valakinek nincs a személyi igazolványához csatolva a kötelező biztosítási szelvénye, akkor azt ki kell vonni a forgalomból, továbbá egy kultúr államban nem azért van egy embernek egészségbiztosítása, hogy a betegségével másoknak okozott kárt megtérítse a biztosító, hanem, hogy az adott társadalom tagja megfelelő védelemben részesüljön egy-egy betegség adott esetben katasztrófális anyagi következményeivel szemben és egyenlő hozzáférési eséllyel hozzájuthasson a számára – egészségi állapota és betegsége alapján – szakmailag szükséges orvosi, egészségügyi ellátáshoz.

De ha már a kötelező gépjármű felelősségbiztosítás lenne a jó hasonlat a több, versengő magán üzleti biztosítás egészségbiztosításra, érdemes azt is megjegyezni, hogy a kötelező gépjármű felelősségbiztosítás a gépjármű vezető által okozott anyagi (pl: töréskár) és személyi (pl.: gázolás, közúti baleset) károkat lenne hivatott fedezni. Emiatt kötelező. Egyes vélemények szerint különös, hogy egy jó ideje egyre emelkednek a gépkocsi szervizdíjak. A személyi károk tekintetében pedig jó lenne tudni azt (egyszerű adatbázis lekérdezéssel megtudható), hogy az OEP mekkora összeget költ évente a közúti balesetekkel kapcsolatos traumatológiai és rehabilitációs ellátásokra, miközben mekkora összegeket fizetnek be számára az e tekintetben illetékes kötelező gépjármű felelősségbiztosítási díjakat beszedő versengő magánbiztosítók. Feltehetően nem véletlen, és ezekkel a kérdésekkel is szorosan összefügg, hogy a 2002 óta kormányon lévő MSZP/SZDSZ kormány idején történtek komoly erőfeszítések a TB baleseti biztosítási „ágának” megszervezésére, megoldására. Tehát: ha már minden áron a kötelező gépjármű felelősségbiztosítást akarja bárki erőltetni, mint jó példát a kötelező, versengő magán üzleti biztosítás egészségbiztosításra, akkor legelőször is a kötelező gépjármű felelősségbiztosítók és az OEP közötti elszámolási kérdéseket kellene tisztázni a közúti balesetek OEP által finanszírozott traumatológiai és rehabilitációs ellátásainak elszámolása, a befizetett díjakból történő visszafinanszírozása tekintetében.

8.) Az üzleti biztosítók adminisztrációs költségeinek szintje 25-30% körüli, szemben az OEP E-alaphoz viszonyított 1,5% körüli adminisztratív költségszintjével (ez évi rendszeres 4-500 milliárd Ft forrás kivonást jelent az 1500 milliárdos E-Alapból!)

Az üzleti egészségbiztosításoknak ez a nemzetközi szakirodalomban dokumentált és tapasztalati tényeken alapuló 25-30%-nyi adminisztratív költség szintje (a Magyarországon létező összes üzleti biztosítási konstrukció átlagos adminisztratív költségszintje ma 31,6% a PSZÁF adatai szerint) az, amely a bevezetés évében, majd azt követően minden egyes évben el fog tűnni a gyógyító – megelőző ellátásokra, gyógyszerekre stb-re fordítható költségvetésből. Nincs az a hatékonyságnövelésből, minőségjavulásból származó hozzáadott érték, amely ellensúlyozni tudná az üzleti biztosítók ezen költséghatékonyságtalan működéséből származó hatékonysági és jóléti veszteségeket.

Tudni kell, hogy mindazon működési költségek, amelyek ma az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat sem terhelik (pl.: járulékbeszedés, behajtás és az ezzel kapcsolatos nyilvántartási és informatikai feladatok, amelyeket az APEH lát el) az üzleti biztosítókat sem fogják terhelni, sőt számos, elsősorban a pénzbeli juttatásokkal kapcsolatos adminisztratív feladatok nem is kerülnének hozzájuk, – az éppen aktuálisnak ismert elképzelések szerint –, tehát az ezzel kapcsolatos nem jelentéktelen adminisztratív költségek sem terhelnék őket.

Ma Magyarországon durván 1500 mrd Ft éves szinten az E-alap éves költségvetése. Ennek a biztosítók 25-30%-os adminisztratív költségeire (székház, marketing, üzletkötői jutalék, menedzseri fizetések, iroda, informatika, profit stb.) tehát kb. 4-500 mrd Ft menne el. De pontosabban honnan? Az 1500 milliárd Ft-ból mintegy 500 mrd Ft a különböző jogosultságok alapján járó pénzbeli kifizetésekre fordítódik. Miután a jogosultságok fixek, törvényben rögzítettek a pénzbeli kifizetésekből nehéz (politikailag majdnem lehetetlen) lenne pénzt kivonni. A maradék 1000 milliárd Ft-ból kb. 400 milliárd Ft fordítódik gyógyszerkiadásokra. Ebből a 400 milliárd Ft-ból más okok miatt ideértve gyógyszeripari lobbizási érdekeket is szintén nem igazán lehet forrást kivonni. Marad kb. 600 milliárd Ft, ami az alap-, járó- és fekvőbetegellátásra fordítódik. Alapvetően ez az a pénztömeg, ahonnan szegény üzleti biztosítók 25-30%-os adminisztratív költségszintjének a fedezésére szolgáló jelképes 4-500 milliárd Ft-ot ki lehet vonni. Igen ám, de a konvergencia program szerint mintegy 250 mrd Ft kivonására is sor kerül az elkövetkező 3 évben a rendszerből, ami átlag évi 83 mrd Ft körüli összeg. És ezt a 3 év alatt összesen 250 milliárd Ft-ot pontosan az előző okok szintén leginkább csak a gyógyításra fordítandó évi 600 milliárdból lehet egyszerűen kivonni, még akkor is, ha a tervek szerint e 250 mrd Ft-ból mintegy 100 mrd Ft a gyógyszerkasszán történő megtakarítás lenne. Így a konvergencia program miatt eltűnik átlagosan évi 83-84 mrd Ft (3 év alatt 250 milliárd) a gyógyításra fordítható 600 milliárdból, szegény üzleti biztosítók adminisztratív költségei miatt pedig további évi, rendszeres 4-500 milliárd Ft. (3 év alatt 1200-1500 mrd Ft (E-alap 1 éves költségvetése)) Megjegyzendő, hogy eközben az infláció hatásával, tehát azzal, hogy a nominál értéken tartott E-alap csökkenés önmagában jelentős reálérték csökkenést jelent, nem utolsósorban azért, mert az „egészségügyi fogyasztói kosár” (azaz az E-alap által fizetendő eszközök, gyógyszerek, technológiai költségek, szolgáltatások stb.) alapján kalkulálható inflációs ráta magasabb, mint a hivatalos infláció számításához használt „fogyasztói kosár” alapján kalkulálható infláció.

A fenti, -a lényegi mondanivaló érdekében- nyilván leegyszerűsítő példa azt kívánja illusztrálni, hogy az üzleti biztosítók igen magas adminisztratív költségszintje a nagy keretszámok fényében nem vicc. Egyrészt akkora forrás kivonás valósulhat meg (mégpedig a privát szférába történő pénzleszívással), amely teljes mértékben ellehetetlenítheti az egészségügyi ellátást, másrészt pedig ennek fényében végképp érthető, miért hihetetlen és mitől hiteltelen minden olyan állítás, amely minőségről, hatékonyság növekedésről beszél a szolgáltatói oldalon. Per petum mobile u.i. márpedig nem létezik, így gazdasági per petum mobile sem létezik!

9.) Az elmélet érvényesülése a gyakorlatban: az USA egészségbiztosítási rendszere

Az előzőekben ismertetett elméleti, közgazdasági megfontolások az üzleti egészségbiztosítási piac súlyos működési hibáiról (működésképtelenségéről) a gyakorlatban is jól megfigyelhetők, számos és jól dokumentált, továbbá közismert nemzetközi példa mutatja, hogy az elmélet a gyakorlatban még súlyosabb hibákkal érvényesül, mint azt az elmélet alapján gondolnánk. Ezek közül érdemes az USA példáját említeni:

Az egy főre jutó éves egészségügyi kiadások az USA-ban 2005-ös OECD adatok szerint 5635 USD-t tettek ki, az az egy főre jutó USA GDP 15%-át jelentette. Ugyanez Canadában 3003 USD (9,9%), Franciaországban 2903 USD (10,1%), Svédországban 2594 USD (9,2%), Magyarországon 1115 USD (7,8%) volt az OECD adatok szerint.

A kb. 250 milliós állampolgárságú USA-ban tehát nominálisan majdnem kétszer akkora az egy főre jutó egészségi kiadások szintje mint más fejlett országban. Ugyanakkor az USA egészségügyi kiadások mintegy 50%-a a Medicare (65 év feletti állami biztosítója), Medicaid (szegények biztosítója) rendszeren és a Veteran Administration (veteránok államilag szervezett biztosítója) rendszeren keresztül költségvetési kiadás. Azaz költségvetési forrásból az USA is majdnem annyi pénzt költ egészségügyi ellátásra, mint bármely más fejlett ország. Igen ám, csak hogy mindenek ellenére az USA-ban kb. 50 millió embernek egyáltalán nincs ellátása, míg további kb. 30-35 millió embernek ún. inkomplett egészségbiztosítása van (azaz csak egy igen redukált, valójában elégséges ellátást nem nyújtó biztosítása van). Így kb. 80 millióra tehető azoknak a száma a kb. 250 milliós lakosságú USA-ban, akiknek az érdemi orvosi, egészségügyi ellátása biztosítási oldalról nem megoldott.

Az USA tehát úgy költ majdnem kétszer annyit egészségügyre, és úgy költ el költségvetési forrásból annyit, mint bármely más fejlett ország (amely megoldja, hogy univerzális a lefedettség, mindenki hozzájut a szükséges ellátáshoz), hogy minden 5-ik polgárának egyáltalán nincs semmiféle védettsége, és minden 3-ik polgárának nincs megfelelő biztosítása.

IV.) A megoldás: egységes, egyszervezetű, szolidaritás elven működő, az egységes nemzeti kockázatközösséget fenntartó társadalmi egészségbiztosítás

A társadalmi egészségbiztosítás az üzleti biztosítástól, amelynek lényege az aktuáriusi mechanizmus, több lényeges pontban különbözik:

- (i) kötelező a részvétel, így feltéve, hogy egyszervezetű, monopól helyzetű és az üzleti biztosítókat nem engedik be a rendszerbe képes megoldani a káros kiválasztódás, lefölözés problémáját
- (ii) lehetővé teszi a szolidaritás elv érvényesülését, amelynek praktikus haszna az, hogy a társadalom minden tagja számára megfelelő védelmet nyújt egy betegség katasztrófális anyagi következményeitől
- (iii) miután a biztosítási „szerződés” (ellátási csomag) teljesen tudatosan nincs túl specifikálva, így képes reagálni mindazon előre nem látható eseményekre (új technológiák, új típusú betegségek megjelenése, stb.) amelyekre az aktuáriusi mechanizmusú üzleti biztosítás nem, vagy csak igen nehézkesen tud reagálni
- (iv) miután a biztosítási „szerződés” (ellátási csomag) teljesen tudatosan nincs túl specifikálva, így képes kezelni a jövőre vonatkozó információ teljes hiányából adódó –és aktuáriusi szempontból nem értékelhető, tehát nem biztosítható-- helyzeteket
- (v) a szolidaritási mechanizmus révén (mindenki aktuális anyagi teherviselőképessége szerint fizet be és aktuális szükségletei szerint részesedik a szolgáltatásokból) az összes olyan betegség kezelését, gondozását is képes finanszírozással lefedni amelyet az üzleti biztosító az aktuáriusi mechanizmus miatt nem tud (lásd korábban: fennálló betegségek, onkológia, krónikus betegségek, terhesség, szülés stb. --- ezekben az esetekben az aktuáriusi képlet nem működik, mert nem valószínűségről van szó, hanem 100%-os bizonyosságról, és vagy egyénileg befolyásolható helyzetekről)
- (vi) a szolidaritási mechanizmus révén (mindenki aktuális anyagi teherviselőképessége szerint fizet be és aktuális szükségletei szerint részesedik a szolgáltatásokból) nemcsak az egyéni kockázatokat (de leginkább káreseményeket) képes kezelni, hanem közösségi szinten is képes a (statisztikai) kockázatok kezelésére is (a prevenció és az egészségmegőrzés, továbbá a házi orvoshoz járás azok a „káresemények” az aktuáriusi mechanizmus szempontjából, amelyek az egyén cselekedetei által manipulálhatóak, így jellegzetesen nem biztosíthatóak (l. képlet, fentebb))

A társadalmi egészségbiztosítás értelme, lényege

- (i) Ez az egyetlen adekvát és működőképes válasz az egészségbiztosítási piac igen súlyos és a működőképességét ellehetlenítő piaci hibáira, amely piaci hibák az információk asszimetriából, információhiányból és a piaci verseny

egyéb előfeltételeinek sokszoros és súlyos nem teljesüléséből erednek. Ez az oka, hogy az USA kivételével minden fejlett országban ilyen rendszer működik

- (ii) A szolidaritás elv révén a társadalom minden tagja számára elfogadható és vállalható (jövedelem arányos teherviselés) terhek mellett 100%-os védelmet nyújt minden lehetséges egészségi problémára
- (iii) lehetővé teszi egységes egészségpolitika, népegészségügyi program, egyéni és közösségi kockázatkezelési programok indítását, végigvitelét
- (iv) a leghatékonyabb egészségfinanszírozási és irányítási mechanizmus, nem utolsó sorban méretgazdaságossági okok miatt is
- (v) mint az összes fejlett ország példája mutatja, ez az egyetlen mechnizmus az egészségügyi költségrobbanás fékentartására és egyidejűleg az összes polgár megfelelő egészségi ellátásának biztosítására
- (vi) amennyiben működési, irányítási, ellenőrzési, szolgáltatásvásárlói, betegütkövetési, betegirányítási alrendszerei végre kiépülnek, megteremti a szabályozott és menedzselte egészségügyi szolgáltatói piac működési feltételeit, társadalmi kontrollját. Így a szolgáltatók versenye révén valóban javulhat az ellátás minősége --- feltéve, hogy a pénz követi a beteget.

V.) Zárszó

Vannak sokan, akik nem tudják eldönteni, hogy tudatos politikai csalás, vagy súlyos tévedés-e a több üzleti biztosítós egészségbiztosítás megvalósításának egyre agresszívabb szándéka. De vannak olyanok is, akik az e kérdéssel kapcsolatos szakmai ismeretek alapján bizonyosra veszik, hogy aki egy ilyen rendszert, minden szakmai érv és dokumentált nemzetközi tapasztalat ismeretében és ezek ellenére ilyen agresszíven erőltet, csakis tudatos politikai csaló lehet. Egy bizonyos: a fent leírt elméleti megfontolások, példák, gyakorlati tapasztalatok az egészségügyi közgazdaságtan alapvető (szinte közhelyszerű) tételei, általában ismert és a világ minden részén oktatott tételek. Lehet e törvényszerűségeket, tételeket nem ismerve, akár őszinte jószándéktól vezérelve is, tévedésből támogatni a „több-biztosítós rendszer” bevezetését, de aki az idevonatkozó szakmai ismeretekkel rendelkezik és annak ellenére, a társadalmat manipulálva erőlteti a több-biztosítós rendszert, az nagy valószínűséggel anyagi nyereségvágyból elkövetett, tudatos politikai csalást követ el.

Ismételten le kell szögezni, hogy az **„egy-biztosítós --- több-biztosítós” vita nem pártpolitikai székértábor kérdés**, még akkor sem, ha léteznek székértáborok és akkor sem, ha vannak, akiknek igen fontos érdekük fűződik a kérdés illetően beállításához. Vannak, akik az ú.n. reform áterőltetése érdekében úgy próbálják beállítani az „egy biztosítós – több-biztosítós” vitát, mint a politikai székértáborok közötti harcot, annak érdekében, hogy a nagyobbik kormánypárt e szakmához értő szakembereit, és/vagy ingadozóit maguk mellé állítsák, vagy megfélemlítsék azzal az e beállításból következő implicit állítással, hogy „aki nem támogatja a több-biztosítós rendszert, az a FIDESZ betámasztottja”. De ez esetben sem igaz a kérdés „aki nincs velünk, az ellenünk van” típusú Rákosista beállítása. A jelen anyagban megfogalmazottak és következtetések a klasszikus liberális közgazdaságtan egészségügyi- és egészségbiztosítási piacelemzését ismertetik és a következtetések ebből származnak.

A jelen anyag azért íródott, hogy minél szélesebb körben ismertté váljanak azok a szakmai és közgazdasági megfontolások, továbbá gyakorlati tapasztalati tények, amelyek alapján világosan belátható, hogy miért súlyos hiba és/vagy az ország összes polgára elleni súlyos bűn a több üzleti biztosítós rendszer bevezetése, mert remélhetően a jelen anyagban foglaltak alapján világos és érthető, hogy milyen súlyos károkat okoz egy ilyen rendszer az egész társadalom számára, miért, milyen mechanizmusok által és hogy e károk miért lehetnek végzetesek és visszafordíthatatlanok. Elérkezett az utolsó pillanat, hogy -mindazok, akik nem szeretnének egy olyan „szép új”, és/vagy Orwelli világban élni, ahol intézményesül az, hogy a pénzügyi fizetőképességen múljon, kit hogyan gyógyítanak meg (merthogy minden állat egyenlő, de a disznók egyenlőbbek), miközben mindenki, tehát a szegények adójából is finanszírozzák a kockázatkiegyenlítő, pontosabban „magán biztosítói profit maximalizáló” alap működését – megálljt parancsoljanak Arthuro Ui-nak.

Budapest, 2007. április 14.

Dr. Gilly Gyula
MSc In Health Services Management
University of London; LSHTM&LSE