



Mire szerveződik, azaz milyen kockázatokat fed le
a kötelező egészségbiztosítás?

Dr. Kincses Gyula

2011. augusztus – szeptember, 2017-es felülvizsgálattal

1. Problémafelvetés

Mára már mindenki számára nyilvánvaló, hogy a *kötelező társadalombiztosításnak* a II. világháború után kialakult és *megszokottá vált ideája* – amelyben a célmodell és a szólamok szintjén az általános és feltétel nélküli szociális biztonság mellett az egészségügyben mindenkinek, bárhol bármi jár, ami a kor színvonalán technológiailag általánosan lehetséges –, *nem fenntartható*. Mindez a kormányokat – Magyarországon is – időről időre a társadalombiztosítás juttatásainak a felülvizsgálatára kényszeríti. Magyarországon a '80-as évek végén kezdődött rendcsinálás során minden kormány folyamatosan szembesült azzal, hogy a társadalombiztosítás kasszájából oda nem való ellátásokat is finanszíroznak, és fordítva: tipikusan egészségbiztosítási ellátást a költségvetés finanszírozott, a társadalombiztosítási alapok helyett. A rendrakás Magyarországon 1990-ben az úgynevezett forráscserével kezdődött, amikor a GYES – GYED kikerült a társadalombiztosítási ellátások kasszájából, és „cserébe” az egészségügyi természetbeni ellátások finanszírozása a kötelező egészségbiztosítás feladatává vált.

Miután a *demográfiai és technológiai folyamatok miatt az ellátási igények gyorsabban nőnek, mint ennek a gazdasági fedezete*, belátható, hogy az alapkönfliktus tartós és nem oldódik. A pénzügyi kényszerek újabb és újabb felülvizsgálatra készítetik az aktuális kormányzatokat, ami időnként a szerzett jogok felülvizsgálatát is elkerülhetetlenné teszik. A szükség nagy úr, ezért az utóbbi időben felerősödött a juttatások radikális szűkítésének igénye, akár a nyugdíj, akár az egészségügyi alap tekintetében.

Napjainkban úgy a politika, mint a különböző hivatalok, de lelkes szervezetek és szakértők oldaláról is sorra bukkannak fel a különböző szigorító ötletek a korkedvezményes nyugdíjak megvonásától a táppénz és a rokkant-ellátások felülvizsgálatán, vagy a dohányosok, alkoholisták megbüntetésén keresztül a hamburgeradóig. Ezért – *legalább így utólag, a munka közepén* – érdemes lenne tisztázni, szisztematikusan végiggondolni, hogy *miről is van szó, azaz mi is az a társadalombiztosítás, mit várhatunk el tőle, és főleg: milyen feltételek mellett*.

Ez az írás az általános problémaexpozíciótól eltekintve a kötelező egészségbiztosítás szemszögéből vizsgálja a társadalombiztosítás feladatait, és abból indul ki, hogy az egészségbiztosítással kapcsolatban az alap-elvárás az, hogy végre tiszta beszéd legyen.

A tiszta beszédhez (és tiszta helyzethez) **meg kell határozni, hogy a kötelező egészségbiztosítás ellátásai**

- milyen célból (pl.: gyógyító, rehabilitációs vagy optikai tuning),
- milyen kockázat miatt (a TB által kezelendő, vagy külső érdekű kockázat, vagy önként vállalt, extra kockázat),
- milyen technológiákkal (a befogadott, azaz finanszírozott vagy támogatott technológiák),
- milyen eljárásrendben (az igénybe vehető szolgáltatói kör kijelölése, a beutalási rend meghatározása, betegút management, várólista alapján, mennyiségi korlát, kiegészítő díjak stb.),
- milyen hozzáférési garanciák mellett (időbeni és térbeni garanciák)

vehetők igénybe.

A fenti kérdések megválaszolásához szükség egy elvi – társadalomfilozófiai jellegű tisztázásra is. Ahhoz, hogy középtávon is használható válaszokat találjunk, három kérdést kell felvetnünk. Az első – amit általában elmellőzünk –, az a filozófiai, társadalompolitikai kérdés, hogy **mi is az a társadalombiztosítás, milyen célból, milyen kockázatok kezelésére szerveződik?**

Ha ezt megválaszoltuk, utána érdemes másodikként foglalkozni a gyakorlati síkra vivő „ellátási csomag” kérdésével, azaz, hogy **mi, és milyen feltételek mellett jár a biztosítottnak?**

Mára már az is egyértelmű, hogy mindezt ki kell egészítenünk egy harmadik kérdéssel is: milyen feltételek mellett érvényes mindez, azaz **a jogokon kívül milyen kötelezettségei vannak a biztosítottnak.**

2. Milyen célból, milyen kockázatok kezelésére szerveződik a kötelező egészségbiztosítás, mi zárható ki belőle?

A különböző biztosítási rendszerek kockázatok kezelésére szerveződnek, és ez igaz a társadalombiztosítás is. Az egészségi állapot változása miatt az egyénre háruló terhek porlasztására és kiegyenlítésére szerveződő kockázatközösségeket nevezzük egészségbiztosításnak, és ha ez az egészségbiztosítás szolidaritás elven szerveződik, akkor ez a társadalombiztosítás rendszerén belül működő, (adott körre) kötelező egészségbiztosítás.

Le kell szögezni, hogy – a fentiekből következően – a kötelező egészségbiztosítás nem általában az egészségügyi ellátások finanszírozásának intézményrendszere, hanem egy biztosítás, – jelen esetben a kötelező, szolidaritás elvű egészségbiztosítás –, amely az alaplogika és főszabály szerint **a külső érdeket nem szolgáló, az általános, azaz a társadalmi szokásoknak megfelelő életvitel mellett véletlenszerűen és harmadik félnek fel nem róhatóan bekövetkező egészségi kockázatok kezelésére szerveződik.** A megállapítás mindhárom tagja (nem külső érdekű, a „kommersz” életvitelből következő, és harmadik félnek nem felróható) egyaránt fontos és hangsúlyos. Az ezen kívül eső kockázatok kezelése nem a kötelező egészségbiztosítás feladata.

A kötelező egészségbiztosítás kockázat-tisztításnál – a fenti alapelvek megfelelően – négy fő vezérelv működhet:

- Ki kell szűrni, le kell választani a nem az adott biztosítási ágba tatózó ellátásokat.
- Külön kockázatkezelési/finanszírozási rendszerbe kell vinni a külső, a harmadik fél érdekében bekövetkező kockázatokat.
- A külső károkozás kapcsán bekövetkező károkat a károkozóra kell ráterhelni.
- A kötelező egészségbiztosítás kárkezeléséből ki kell zárni bizonyos, az egyén választása alapján bekövetkező kockázatokat.

2.1. A más ágazatokba tartozó kockázatok kizárása

A tartalmilag (az ellátás jellege miatt) nem az egészségbiztosítás ellátásaiba tartozó kockázatok leválasztása nem vitatott, és az 1990-es „forráscsere” óta folyamatosan zajlik. A kötelező egészségbiztosításról e tekintetben alapvetően a szociális (jövedelem pótló), a gyermeknevelési

támogatások, és az ápolási feladatok választandók le. Az előzőek tisztázása egyszerű, az ápolásé már némileg bonyolultabb. A foglalkoztatással összefüggő terhek leválasztása (hibásan balesetbiztosításnak nevezett) önálló biztosítási ágba reális felvetés lehet, az ápolásbiztosítás szakmai racionalitása szintén védhető, de a biztosítás-matematikai és makrogazdasági hatások ma inkább negatívak¹. Miután ez a tanulmány a kötelező egészségbiztosítás tartalmának meghatározására koncentrál, e terület tisztázását most nem vállalja fel.

2.2. A harmadik fél érdekében bekövetkező kockázatok kezelése

Klasszikusan – vita nélkül – ide tartozó terület a munka világából, a foglalkozásból származó kockázatok kezelése, valamint a versenysport. Az elv itt tiszta: *az fizesse meg az így keletkező többletkockázatok költségét* (akár a kiemelt megelőzés, a többlet-szűrési igény, akár a keletkezett károk, sérülések ellátása miatt következik be), *akinek az érdekében ez a kockázat keletkezik*. A munka világában a közvetlen teherviselő a munkáltató, aki ennek költségét a termék árába építi be, így a végső teherviselő a fogyasztó. Ugyanez az elv érvényes a versenysportra is: az egyesületnek kell viselnie ezeket a költségeket, és az egyesület ezt majd a jegyek árába építi be, illetve szponzorokra hárítja. A foglalkozás-egészségügy leválasztását az is indokolja, hogy *a társadalombiztosítás alapelve a jövedelemarányos hozzájárulás és szükségletarányos ellátás*, tehát szolidaritás elvű egészségbiztosításban nem megengedhető a kockázat-arányos befizetés. Ez tipikusan az üzleti biztosítások sajátja. A foglalkozás-egészségügy az a terület, ahol a kötelező társadalombiztosításon belül is megengedhető (sőt: elvárt) a kockázatarányos befizetés.

A dolog eddig tiszta. Elmosottabb kontúrú zónába ott lépünk, ahol pontosítani akarjuk a versenysportra hárítandó felelősség tartalmát. Ma ez a versenysporttal kapcsolatos többletszűrésre, speciális ellenőrzésre, a speciális masszázásokra (gyúrás) stb. vonatkozik. A sérülések ellátását (ha a sportolónak van érvényes TAJ száma) az egészségbiztosítás fizeti. A gondolkodás mai határai addig terjedhetnek, hogy *ha az egyes ellátások tartalma tisztességgel meg lenne határozva* (finanszírozási protokollok), akkor *az ettől eltérő technológiákat kell(ene) a sportolónak, a biztosításának fizetnie*. A gyakorlatban ez ma úgy működik, hogy ha az adott sérülés jól ellátható egy közfinanszírozású kórházban, akkor a sportoló odamegy és az ellátást az OEP kifizeti, ha speciális technológiát akar igénybe venni, akkor a magánklinikán kifizeti saját maga. Most, amikor a közösségi felelősség határainak a feszegetése folyik, bizonyosan felmerül az a kérdés is, hogy *a versenysport keretében szerzett sérülések ellátásnak költségét (az alkalmazott technológiától függetlenül) teljes egészében az egyesület – annak biztosítása – fizesse-e*.

A külső érdekű kockázat másik nagy területe, amikor *az adott ellátás hozzáféréseinek biztosítása nemzetbiztonsági vagy nemzetpolitikai érdek*. Az alapelv itt is egyértelmű: *az ellátás nem az egyén, hanem a közösség, a nemzet érdekében következik be, így ezek költségét a közösség képviselőjének, az államnak kell viselnie*. A nemzetbiztonsági érdekkörbe sorolhatók a közegészségügyi, járványügyi ellátások, hiszen itt az ellátás elsődleges célja *a közösség védelme*, így az ellátás igénybevehetőségét nem szabad sem biztosítási jogviszonyhoz, sem az egyén fizetőképességéhez kötni². Bár nem ilyen elismerten, de szintén a nemzetbiztonsági

¹ Egy új társadalombiztosítási ág (ápolásbiztosítás) látens szükségletek tömegét manifestálná, legalizálná, ami biztosítási rendszerben finanszírozhatatlan.

² Egyes járványügyi feladatokat az egészségügyi ellátórendszer lát el, és formálisan a kötelező egészségbiztosítás finanszírozza, de itt csak technikai megoldásról van szó, mert a forrást a központi költségvetés címzetten átadja.

érdekkörbe sorolhatók azok a kockázatok, amelyet egyes hivatalosan is elismert szervezetek, csoportok közfeladat ellátása közben viselnek. Ide sorolhatók például a *speciális mentőcsoportok, vagy a polgárőrök*. És vannak olyan egészségügyi ellátások, amelyek biztosítása nem nemzetbiztonsági, hanem *nemzetpolitikai érdek*.

Ide két nagy elvi csoport sorolható: *a reprodukcióval kapcsolatos egészségügyi ellátások, és a határon túl élő magyarok ellátása*. A demográfiai krízis felerősíti azt az elvárást, hogy az egészséges és tudatos utódlás lehetőségét támogató új egészségügyi technológiák hozzáférhetősége ne legyenek költséghatékonysági alapon konkuráló viszonyban az egyéb ellátásokkal, hanem a minél több egészséges gyermek születése érdekében a reprodukcióval kapcsolatos ellátásokat (nem csak a terhes-gondozást és szülést) minél szélesebb körben a költségvetés finanszírozza. Arról nincs vita, hogy *nemzetpolitikai megfontolásból bizonyos egészségügyi ellátások biztosíthatók egyes határon túli magyarok számára, de ennek forrása nem lehet a magyar biztosítottak járuléka, hanem alapítványi formák, vagy címzett költségvetési források jöhetnek szóba*.

2.3. A külső károkozó felelősségének erősítése

Maga a gondolat, hogy *a károkozó fizesse az általa okozott kárral kapcsolatos egészségügyi ellátás költségét* nem új, hiszen a MABISZ *törvényi kötelezettség alapján*, megállapodás szerint régóta fizet egy átalánydíjas összeget a gépjárművek által okozott balesetek költségtérítésére. A külső károkozók kártérítése gyakorlatilag erre az egy területre korlátozódik, ráadásul ennek összege finoman szólva sem kötődik tényadatokhoz *érdek, elszántság és technológia hiányában*. Ezen a területen is ki lehet mondani egy egyszerű és könnyen elfogadható alapelvet: *ha az egészségkárosodás bizonyítottan harmadik félnek felróható okból következett be, akkor ennek az ellátási költségeit fizesse az, aki a kárt okozta*. Az elv egyszerű, a megvalósítás már bonyolultabb. A kérdések: *ki, milyen esetben, és mi után fizet*. A legegyszerűbb a felróhatóság kérdése: ez közigazgatási eljárási végzéssel, vagy bírói ítélettel ez könnyen egyértelművé tehető. A „*ki fizet*”, csak látszólag egyszerű, mert az ellátás költségei drasztikusan nőnek, a károkozó sok esetben nincs abban a helyzetben, hogy az okozott kárt meg tudja téríteni. Teljesen logikus az a megközelítés, hogy a súlyos egészségkárosodást okozó rabló ne csak a feltört zárat, meg az ellopott ékszereket, hanem a kirabolt és bántalmazott áldozat gyógykezelési költségét is térítse meg. Az elvárás jogos, de a börtönkeresetből igen kis eséllyel lehet ezt az összeget visszanyerni. A relatíve rossz behajthatóság nem indok arra, hogy ezt az igényt ne jelentsük be: *az egészség, az emberi élet felértékelést is jelenti az, hogy az ilyen károk legalább forintosítva vannak, nyilván vannak tartva, számon vannak kérve*. Ami ennél fontosabb: ahol lehet, ennek a kárnak a kezelését közösségi kockázatkezelésbe kell vinni. A mai szabályok szerint, ha valaki részegen karambolozik, akkor a másik autóban és a benne ülőkben esett kárt a kötelező felelősségbiztosítás fedezi, a saját autójának kárát saját maga – vagy ha van: a CASCO biztosítása –, míg a saját autó utasainak ellátási költségét az OEP fedezi. Ha a társadalmi közhangulat megváltozik és nem lesz ilyen megengedő a részegséggel, *akkor lehet, hogy egyszer realitássá válik a Stratégiai Szövetség a Magyar Kórházakért Egyesület javaslata, és az ellátás költségeit részben, vagy egészében a károkozónak kell fizetnie, beleértve a saját ellátását is*.

A károkozások megtérítésével kapcsolatban – ha a gondolkodás konzekvens – még egy kínos kérdés vetődik fel: a műhibák következtében bekövetkező egészségügyi ellátások költségének a kérdése. (Valóban az OEP fizesse-e annak a kismamának a nyelőcső-rekonstrukciós műtétjét,

akivel tévedésből lúgot itattak, vagy ez a kórház amúgy sem működő felelősségbiztosításának a feladata³.) A jogi, elméleti válasz egyértelmű, ugyanakkor az egészségügyi intézmények jelen helyzetében ezt a terhet is rájuk tenni: az már az ellátás biztonságát kockáztató lépés lenne.

A megvalósítás nehézkes pontja a „mit fizet” kérdésre adandó válasz bizonytalansága. A válasz látszólag evidens: a károkozásból fakadó egészségi állapotváltozás gyógyítási költségeit kell fizetni. A biológiai rendszerek (magyarul: az egészség) komplexitása miatt a helyzet nem ilyen egyszerű: a balesetek nem egészséges embereken következnek be, és a későbbi állapotváltozások is komplex hatásként jelentkeznek, amiből nehéz leválasztani a csak az egyik komponensre visszavezethető változást. Ezért elképzelhető, hogy célszerű a közvetlen ellátási igényre korlátozni a kártérítési kötelezettséget. Ismételten aláhúzom: az általam felrakott kérdőjelek nem a megvalósítás ellen érvelnek, csupán az esetlegesen „hirtelen felindulásból” végzett törvénykezés kapcsán felmerülő problémákat jelzik.

*A károkozóra való ráterhelés tehát a kötelező egészségbiztosítás területén egy követhető és követendő, azaz konzekvensebben alkalmazandó elv. Mielőtt a politika ebbe nagyon beleszeret, rögzíteni kell egy igen fontos alapelvet. *A biztosítottak jár az ellátás, függetlenül attól, hogy az ellátás bekövetkeztéért harmadik fél okolható-e. A kórházaknak a biztosítottakat el kell látni, a kórházaknak az ellátást az egészségbiztosítás kasszájából ki kell fizetni, és ha van végzés, ítélet, akkor az egészségbiztosítónak kell a károkozótól, vagy viszontbiztosítójáról az ellátása költségét behajtani. Tehát nem állhat elő az a helyzet, hogy a károkozás okának tisztázatlansága, vagy felmerülő saját felelősség miatt a beteg ellátatlan maradjon, vagy az ellátó ne jusson a pénzéhez a károkozó felelősség tisztázásáig.**

2.4. Az önként vállalt „extra” kockázatok kérdése

*Jogos, de a legvitatottabb, legtöbb helyen és néha abszurd módon felvetett kategória az önként vállalt kockázatok kérdése. Ma már nem eretnokség annak kimondása, hogy a társadalombiztosítás nem vállalhatja be minden különleges és öncélú kívánság kockázatát, hanem a „normális” – azaz az általános és a társadalmi normák, a szokások által elfogadott – életvitel mellett jelentkező kockázatokat fedi le. Így ma már megkérdőjelezhető a mérges kígyót és tigrist otthon tartók, különlegesen veszélyes sportokat űzők kockázatainak közösségi kezelése. *A gondolat annyira nem abszurd, hogy ma már törvény rendelkezik erről, csak sajnos rosszul. Ugyanakkor az inga effektus túlmozgása és a szolidaritás napi gyakorlatának meggyengülése miatt ma szélsőségesen az egyéneket terhelő, a társadalmi gondoskodás lehetőségét széles csoportoktól megvonó ötletek is felmerülnek (megérdemli az a szemét...), ezért érdemes a teljes problémakört strukturáltan és higgadtan áttekinteni.**

Az önként vállalt egészségügyi kockázatok – logikájában és a kezelés technikájában is igen különböző – két nagy csoportba bonthatók. Az egyikben valamilyen „különleges” tevékenységhez köthető kockázatok – sárkányrepülés, tigrisstartás, off-piste síelés stb. – kezeléséről van szó, a másik pedig az egészségkárosító életmódból fakadó többletkockázatok kezelése.

2.4.1. A kiemelt kockázatú „különleges” tevékenységek kérdése

A tevékenységhez kötött kockázatok köre is újabb három alcsoportba bontandó. Az első csoportban a rendszeres tevékenység valamilyen engedélyhez, szervezett kerethez köthető.

³ Emlékeztetőül: a felelősség-biztosítás ma csak a beteg felé fizetendő kártérítést fedezi

Ilyen az, ha valaki pl. vadászik, szervezeten sport/sárkány-repül, versenyszerűen extrém sportokat űz, vagy mérges kígyókat, tigriseket tart. A halmaz közös tulajdonsága az, hogy a *többlet kockázatot jelentő tevékenység valamilyen engedélyhez kötött*: jogosítvány, tagsági igazolvány, vadászengedély, állat-tartási engedély, stb. Ebben a csoportban az *engedély kiadását lehet/kell kiegészítő biztosítás megkötéséhez kötni*. Ez felelősségbiztosítás is: a sárkányrepülő harmadik személyben is kárt tehet, nem is beszélve a tigrisekről, amelyek a harmadik mellett negyedik, sőt ötödik személyben is képesek kárt tenni... *Mindez persze kombinálható azzal, hogy egyes veszélyes tevékenységeket szervezeti formához, engedélyhez lehet kötni (pl. alpinizmus).*

A másik esetben szervezett eseti igénybevételről van szó: valaki elmegy síelni, jegyet vásárolva alkalmilag sárkány-repül, tandem ejtőernyő-ugrik, air-bordol, bungee-jumping-ol stb. Itt irreális elvárás lenne az előzetes kiegészítő biztosítás megkötésének előírása, nem életszerű, hogy egy vásári attrakció igénybevétele előtt valaki elbandukol a közeli kisvárosba egyszeri kiegészítő biztosítást kötni. Ebben a csoportban *a mű üzemeltetőjét kell felelősségbiztosításra kötelezni*, és az Ő biztosítása fedezi a mű üzemeltetése kapcsán bekövetkező károkat. A biztosítási díjat az üzemeltető bizonyosan beépíti az árba, tehát végső soron az igénybevevő fizeti meg biztosítást. Ugyanakkor ez a konstrukció alkalmas arra, hogy az üzemeltetőt a minél nagyobb biztonság irányába szorítsa, hiszen a biztosítási díjtétele kockázat-arányos, és bónusz – másusz rendszerrel kombinálható.

A harmadik kategória az a legnehezebben definiálható mezsgye, amikor a kiemelten veszélyes tevékenységet nem szervezeten végzi valaki: nem pályán, csak úgy a környező dombokon síel, kirándulás közben sziklát mászik stb. Vélhetően taxatív felsorolásokkal, egyes tevékenységek tiltásával itt is lehet a lukat a hálón szűkíteni, de egyrészt az első két kategória bevezetése az ilyen esetek zömét kezelné, másrészt a kötelező társadalombiztosítás feladatait sem szabad nullára redukálni.

Az elvek mellett az alábbiak figyelembevétele javasolt:

- Tisztában kell lenni azzal, ezek a rendelkezések elsősorban üzenet értékűek, nem pedig bevételtermelők, mert az ilyen jellegű károk össz-volumene nem jelentős, az „extrém” sportok által okozta károk elenyészőek pl. a labdajátékok, vagy háztartási balesetek okozta károkhoz képest.
- Az egyes extra kockázatok kizárásának nem szabad büntető, megtorló jellegűnek lenni, nem okozhatja személyek, élethelyzetek ellehetetlenülését. A cél az ilyen tevékenységek esetében elsődlegesen a biztonság növelése a tisztázott felelősség mellett. Ezért ahol megoldható, szervezett kockázatkezelést (kiegészítő biztosítás vagy felelősségbiztosítás) kell előírni.
- Az egyes tevékenységek „veszélyes – nem veszélyes”, „extra kockázat – általános kockázat” jellegű besorolása helyett a tevékenység végzésének a szervezeti formája szerinti megközelítés az életszerűbb. *Nem az a valós kérdés, hogy például a futball, mint olyan veszélyes (extra kockázatú) sport-e, hanem az, hogy ki milyen keretek között műveli. A versenysport keretében végzett futball kockázata teljes egészében – a gyógyítás költségeivel együtt – ráterhelhető az egyesületre, de a grundfoci sérüléseinek ellátása ettől még a kötelező egészségbiztosítás feladata marad, hiszen a szabadidősport, mint olyan semmiképpen sem tekinthető a normál életvitellel ellentétes magatartásnak.*
- *Az extra és az általános kockázat közötti határok kultúránként, az adott tevékenység megítélésének függvényében változnak, és a határok időnként egymásba nyúlnak. Jó példa*

az átmenetre az osztrák gyakorlat: a síelés egy általánosan elfogadott tevékenység (nem extrém sport), ezért a síbaesetek gyógykezelésének költségét a társadalombiztosítás állja, de a sípályán való ellátás, az onnan való lehozás (tepsiben vagy helikopterrel) költségét már a síelő, vagy kiegészítő biztosítása fizeti.

2.4.2. Az életmódból fakadó kockázatok

Az önként vállalt extra kockázatok másik nagy csoportja az „önsorsrontás”, azaz az egészségtelen életmódból fakadó extra kockázatok kezelésének kérdése. A közgondolkodás határai itt is újrarajzolódnak, már csak azért is, mert nagyban *változnak a társadalmi minták, mást értünk ma „normálisnak” tartott életvitel alatt, mint pár évtizeddel ezelőtt.* A dohányzás évtizedeken át a társadalmilag teljesen elfogadott minták közé tartozott, a filmklasszikusokban is a dohányzás a férfiasság egyik elengedhetetlen kelléke volt. Ez a minta átalakulóban van, egyes országokban már szánalommal vegyes megvetéssel néznek a dohányzásfüggőkre, akik a kevés kijelölt helyek egyikén zsúfolódva füstölik fel magukat. Ez a szemléletváltás alapvetően a dohányzással kapcsolatban történt meg, a túlsúllyal és az alkoholfogyasztással kapcsolatban ma még megengedőbbek vagyunk⁴, de valami ezen a területen is elkezdődött. Nem feltétlenül ítéljük el, aki egészségtelenül él – többnyire hozzánk hasonlóan –, de az már kérdés, hogy nekünk (a közösségnek) kell-e fizetnünk az ő szenvedélyüknek az árát. Így előkerülnek azok a felvetések is, hogy *a szenvedélybetegségek okozta károkat ne – vagy ne kizárólag – a kötelező egészségbiztosítás finanszírozza.*

E logika mentén könnyű eljutni oda, hogy ne csak a dohányzás, az alkohol és a drogok okozta egészségkárosodások kezelését zárjuk ki a társadalombiztosítási finanszírozásból – sőt: ha valaki részegen szenved balesetet, akkor az magára vessen és fizessen –, hanem az öngyilkosokat se lássuk el, mert az is önként vállalt többletkockázat volt... Ide semmiképpen nem szabad eljutni, ez a nekibuzdulás több sebből is vérzik.

Az önként vállalt egészségkockázatok között nem szoktuk említeni a beteg terápiás együttműködésének, adherenciájának zavarait, holott az életmód-utasítások és a terápiák nem megfelelő betartása, a rendszeres gyógyszeresedés, a rendelt kontrollok elmulasztása ugyanolyan (sőt, direktebb) egészségkockázat, mint a hagyományosan idesorolt dohányzás vagy alkoholfogyasztás.

Az elsőt már érintettük: átalakulóban vannak a társadalmi minták, de még nem kristályosodott ki az új minta. Amíg teljesen nem alakul át a közgondolkodás, addig csupán fiskális szempontok miatt nem lehet az egyénekre terhelni ezeket a károkat. Ha majd ezek a magatartásformák a köz-megítélés szerint is egyértelműen az elítélendő – szankcionáló körbe tartoznak, akkor lehet az egészségbiztosításon belül is ezeket a károkat áthárítani.

A második: ezeknél a magatartásoknál a tudományos evidenciák szerint is sokkal inkább szenvedélybetegségről, mentális-, személyiség-zavarról van szó, mint az egyén döntéséből fakadó, önként vállalt többletkockázatról. *(Az egészségkárosító életmódot folytatók zöme szeretne megszabadulni a szenvedélyétől, de nem tud.)* Ha viszont betegségről van szó

⁴ A tradicionális minták szerint a túlsúly is inkább elvárás volt („szép derék ember”, a tekintély kelléke), mint stigma, és az alkoholizmus hagyományos társadalmi definíciója is megengedő (alkoholista az, aki még nálunk is többet iszik).

– ráadásul súlyos, károsító megbetegedésről –, akkor ennek gyógyításából a társadalombiztosítás nem vonulhat ki. E tekintetben a genomika fejlődése hozhat majd tisztázást: az egyéni géntérkép alapján megállapítható lesz, hogy az adott függőség mennyiben minta, szándék, és mennyiben genetikai predispozíció kérdése.

A harmadik: egy társadalom nem működhet alapelveként a büntetés/költségcsökkentés elvén, a mérőszám nem az év végi adózás előtti nyereség, hanem a közjó, ami leginkább az életminőség szintjével és homogenitásával, annak polarizációmentességével írható le. A modern európai társadalmak szolidarisztikus jellege tehát teljességgel kizárja azt, hogy egy hajléktalan ne kapjon ellátást azért, mert iszik vagy dohányzik, ha éppen van mit. Ez egyaránt méltánytalan és értelmetlen: a mélyszegénységben, vagy annak környékén élők nem motiválhatók bónusz-málusz rendszerekkel, költségráterheléssel, és a költségek rájuk terhelése nem csak pervers, de gazdaságilag is irracionális a behajthatatlanság miatt. Az európai értékrenddel nem fér össze az elesettek kitagadása az ellátásból, és a társadalmi cél a mélyszegénység felszámolása, olyan helyzet teremtése, amikor a bónusz-málusz rendszerek már valós motivációt jelentenek.

A negyedik: Az összefüggés az egészségkárosító magatartás és betegség kialakulása között (pl.: a dohányzás és a tüdőrák között) csak statisztikailag igazolható, egyénileg nem. A beteg így önmagában dohányzás ténye miatt ezért sem zárható ki a közfinanszírozott terápiából.

Ennek a problémának a kezelésére a társadalombiztosítás keretében két eszköz létezik:

- A termékdíj rendszere
- A bónusz-málusz rendszerek alkalmazása

A társadalmi igazságosságot és a többletkockázatnak megfelelő többlet-hozzájárulást jelenti az, ha a legálisan megvásárolható egészségkárosító termékek (kiemelten az alkohol és dohányáru) tartalmazzak egy egészségügyi hozzájárulási részt, egészségbiztosítási termékdíjat⁵. Így a többletkockázatot vállalók a többletkockázat díját a termék megvásárlásakor rónák le.

Ez a megoldás igazságos, mert:

- a többlet kockázatot vállalók többlet-terhet vállalnak, így (részben/összességében) megfizetik az egészségkárosító magatartásuk terheit,
- ugyanakkor ez a megoldás nem zárja el a gyógyulástól az arra rászorulókat, azaz a gyógyításban pl. az alkohol és a dohányzás esetében már nem tesz megkülönböztetést kockázat oka szerint.

Ez az eszköz társadalmilag akkor hatásos és igazságos, ha az egészségkárosító termékek (és tevékenységek) termékdíja, büntetési tétele (pl.: parlafű mentesítés elmaradása) **nevesítetten és teljes egészében** az Egészségbiztosítási Alapba folyik be.

Problémát a nevesített jövedéki adó/termékdíj mértékének a megtalálása jelent, hiszen *egy inflexiós pont felett a feketepiac felé tolja a fogyasztást*, ami egyrészt csökkenti a közösségi

⁵ A népegészségügyi termékdíj elnevezés azért nem szerencsés, mert a népegészségügyi feladatok közé a megelőzés, életmódváltás támogatása stb. tartozik. Ez fontos, de ennek forrásszükséglete lényegesen alacsonyabb, mint az ezen szerek okozta károsodások gyógykezelésének költsége. A prevencióban egy-két milliárdal csodát lehet tenni, de a kárenyhítéshez több tízmilliárdra lenne szükség.

bevételeket, másrészt egészségkárosító a kontrolálatlan, hamis/csempészett/házilag kotyvasztott termékek fogyasztása miatt.

A bónusz-málusz rendszerek alkalmasak a betegek egészségmagatartásának, adherenciájának befolyásolására.

3. Összegzés

Az állami egészségügy szolgálatok és a társadalombiztosítás között alapvető különbség, hogy a társadalombiztosítás nem általában az egészség biztosítására, hanem meghatározott kockázatok kezelésére szerveződik. A fenntartható egészségbiztosítás, a kötelező egészségbiztosítási elven szerveződő egészségbiztosítás és a kiegészítő biztosítások együttműködése, feladathatárainak pontosítása érdekében fontos feladat annak elvi és gyakorlati tisztázása, hogy milyen kockázatok kezelésére szerveződik a kötelező egészségbiztosítás.