

A szakszerű orvosi kockázat-elbírálás anyagi és morális hasznának bizonyítékai

(Gresz Miklós dr.)

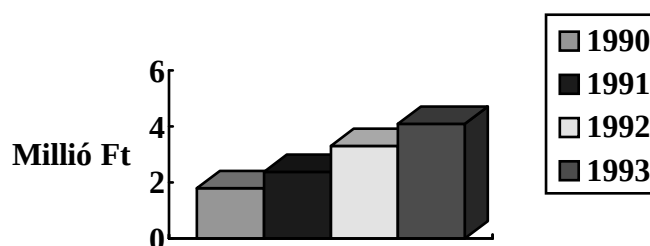
A biztosítás üzlet. Elsődleges célja a profitszerzés. Minden ennek van alárendelve. Bárkitől, aki egy biztosítónál dolgozik, elvárják, hogy hasznot "termeljen". Így van az orvossal is. Az orvos itt nem Hyppokráteszi esküje szellemében szolgálja a beteg érdekét, gyógyulását, hanem egy üzleti vállalkozás résztvevőjeként "profitot termel". A korrekt szakmai munka, bár forintban nem szokták mérni, igen nagy értékű. Az orvos egyetlen tollvonással százazrek, milliók felett dönt. Hogy ez miként történik? Nézzük egy biztosító adatainak tükrében!

A biztosítás-állomány jelentősen növekszik.

	kórházi napi térítés	balesetbiztosítás
1990	1	1
1991	588	980
1992	2176	2962
1993	2556	12560

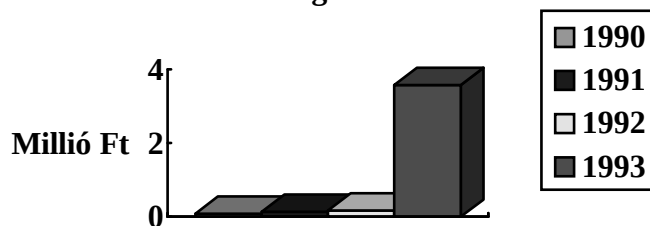
Ez azonban nem a biztosított személyek számát jelenti, hiszen az iskoláknál, üzemeknél többszáz biztosított lehet egy szerződés mögött, sőt van olyan szerződés, melyben egy vállalat 20.000 dolgozója van biztosítva. Így a 16,5 ezer biztosítási szerződés 100 ezer fő feletti biztosítottat jelent. Láthatjuk az adatokból, hogy mennél több kötvény van, a kifizetett kárösszeg is annál magasabb.

Kifizetett balesetbiztosítási kárösszeg



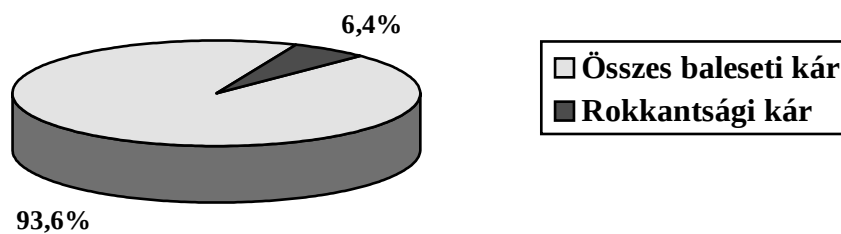
1990	1,8 MFt
1991	2,4 MFt
1992	3,3 MFt
1993	4,1 MFt

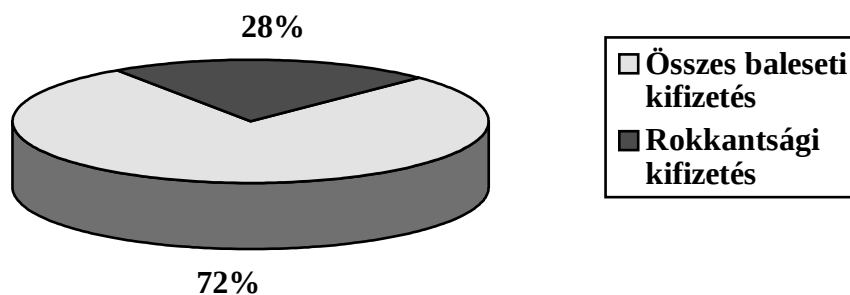
**Kifizetett kórházi biztosítási
kárösszeg**



1990	0,08 MFt
1991	0,1 MFt
1992	0,2 MFt
1993	3,6 MFt

Baleseti rokkantságra 1993 végéig kifizetett összeg 3.775.880 Ft volt 156 káreseményre. A számarányt tekintve a rokkantsági károk az összes káresemény 6,4%-a, míg a kifizetések értékét tekintve az összes kifizetés 28%-át alkotják



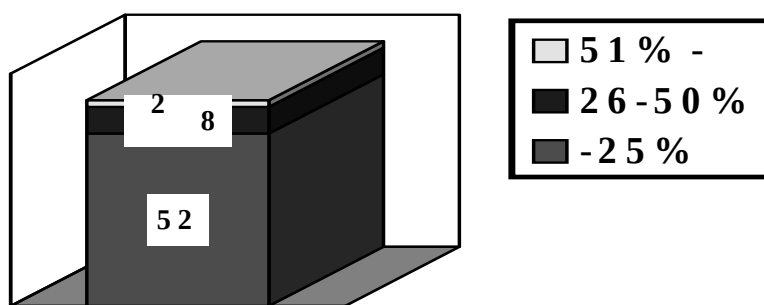


Ezekből a számadatokból is egyértelműen kiolvasható, hogy milyen jelentős szerepe van a rokkantságot elbíráló orvosnak. Ha ehhez figyelembe vesszük, hogy az utóbbi időben a szokványos néhány százezer forintos, esetleg néhány millió forintos kötvények mellett egyre több a 10 millió Ft-ot meghaladó rokkantsági biztosítás, nem kis összegekről kell dönteni. Gondoljunk bele, csupán 1-2%-os eltérés is 100-200 ezer Ft-ot jelent a kifizetésnél.

Míg 1990-93 ig azaz három év alatt összesen 156 rokkantsági kérelem volt, az 1993. évben ebből 62 esetben kellett a biztosítónak fizetnie. Ez is növekedő tendenciát mutat. (A számok nem egyeznek mindenütt. Kárigények elhúzódnak, feldolgozás idejétől függ a pontos szám. A nagyságrendek azonban stimmelnek.)

1993-ban a 62 rokkantsági kár a rokkantság százalékát tekintve a következőképpen oszlott meg:

Rokkantsági százalékok 1993-ban



A traumatológiai gyakorlat azt mutatja, hogy a balesetek száma csökkenő tendenciát mutat, de a balesetek – az autók sebességének növekedésével, az üzemek gépekkel való felszerelésével, a háztartásokban egyre nagyobb teljesítményű barkács- háztartási- és kerti gépek megjelenésével arányban – egyre súlyosabbak. Ebből következik, hogy a rokkantsági százalékok megoszlásában is eltolódás várható a magasabb százaléku károk irányába.

Az életbiztosítások területén a felelősség a magasabb összegek miatt még nagyobb. Nem mindegy, hogy egy 5-10 milliós életbiztosítás kockázat-elbírálása hogyan történik. Megtörtént, hogy a biztosító kockázat-elbíráló orvosa egy ilyen 10 milliós ajánlathoz tartozó EKG görbét gyanúsaként talált, és kardiológiai véleményt kért. Az ügyfél sajnálatosan már a vizsgálatot sem érte meg, meghalt. Gondolják meg, hogy csupán ez az egyetlen szakmailag megalapozott, lelkiismeretes döntés 10 millió Ft kifizetését akadályozta meg. Vajon hány ilyen és ehhez hasonló esetet lehetne felkutatni az elutasított ajánlatok között!

Egy biztosítási konferencián előadásban hangzott el, hogy egy biztosítótársaságnál az életbiztosítási ajánlatok kockázat-elbírálása során ezer ajánlatból csupán húsz került elutasításra. Egy vérbeli biztosítási "szakember" hozzászólásában megjegyezte erre, hogy ezért a húsz elutasításért fölösleges költség az ezer ajánlatot orvosnak megmutatni. És sajnos ez a szemlélet sok biztosítónál megtalálható.

Az **orvosi munka értéke** tehát nem mindig közvetlen forint-bevételként jelentkezik, hanem sokszor milliók megtakarításával mérhető. Egy korrekt egészségfelmérő nyomtatvány megalkotásának értéke nem az a munka, tudás, amit az orvos befektetett, hanem az a sok, számon sem tartott eset, melyben komoly veszteséget akadályozott meg a biztosító számára. Ugyanez vonatkozik a szabályzatok javítása, új termékek szabályzatainak véleményezése területére is.

A biztosító számára az általános megítélés szerint az üzletkötő a hasznos ember. Ő az, aki hozza a pénzt. De belegondolt-e már valaki, hogy a személybiztosításnál jelentkező hasznot milyen mértékben tudja csökkenteni a szakmailag nem megfelelő orvosi munka? Hiszen a hozott pénz még nem haszon, abból (az egyéb költségek mellett) kárkifizetéseket kell teljesíteni. A rossz kockázat-elbírálás, a szakszerűtlen kárelbírálás nagyságrendjében növelheti a kifizetett kárösszeget.

Az orvos a személybiztosítások terén éppen olyan kulcsfigura, mint a matematikus. Az ő szakmai hozzáértése nélkül a biztosító olyan kockázatokat kell vállaljon, melyre már esetleg nincsen fedezete. Míg a matematikus a nagy számok törvénye szerint kiszámolja a kockázat átlagos mértékét, az orvosra hárul az a feladat, hogy az egyes ember biztosításának kockázatát felmérje, megállapítsa a matematikus által számolt kockázattól való eltérést, és döntsön az ajánlat elutasításáról, az esetleges díjemelésről, kizárásokról.

A betegjogok erősödésével a társadalom és a bíróságok hozzáállása is változóban van. Egyre több esetben peresítik kárigényüket, vélt vagy valós sérelmeiket a betegek. Amennyiben az orvosi munka nem megfelelő szintű, hamarosan perek tucatjait indítják a biztosító ellen. Ezekben az eljárásokban a biztosítónak megbízható, lojális orvosokra van szüksége, akik érdekeit megfelelően képviselik. Ha ez nem áll rendelkezésre, a biztosító igen érzékeny veszteségeknek néz elébe.

Üzleti szempontból sem közömbös, hogy milyen az orvosi munka a biztosítónál. Miután a piacon komoly verseny van, nem mindegy ennek a munkának a minősítése sem, hiszen ez is szerepet játszik a biztosító megítélésében. Egy-egy rossz döntés és az abból fakadó elégedetlenség nagyobb negatív propagandát eredményez, mint azt bárki feltételezné. A biztosítóval elégedetlen ügyfél fünek-fának elmeséli sérelmét. Ezeket az eseményeket meg kell előznünk, azt pedig a megfelelő szabályzatokkal, nyomtatványokkal, korrekt kockázat- és kárelbírálással tehetjük meg.

Avizsgált időszakban 370 ügyirat került a kezembe elbírálásra. Ezek között jelentős számban (29 esetben {7,8 %} kirívó hiba történt) találkoztam olyan káreseményekkel, melyek elbírálása során meg kellett állapítanom, hogy az évekkel ezelőtti szakszerűtlen kockázat-elbírálás, illetve az orvosi vélemény figyelmen kívül hagyása jelentős veszteséget okoz most. Hadd említsek néhány példát!

- 1. Egy 30 éves ügyfél balesetbiztosítási kárt jelentett be: kerékpárral elesve elvesztette látását az egyik szemére. Ez jelen esetben (35%-kal számolva) 105.000 Ft kártérítést jelentett volna. Azonban a részletes és szakszerű kárelbírálás során kiderült, hogy a vakságot orális antikoncipiens szedése és dohányzás együttesen okozták. A balesethez semmi köze.**
- 2. Egy szívbeteg ügyfél 1992 decemberében egy „csupán” 300 Ft/nap térítésű (1591 Ft/év díjú) kórházi napidíjas biztosítást kötött. Nyilatkozatában közölte, hogy 1987-ben szívkathéterezéssel esett át. Orvos megkérdezése nélkül 30%-os díjemeléssel (1898 Ft/év díjjal) az ajánlat elfogadásra került. Azóta szívbetege miatt 3 alkalommal összesen 27300 Ft-ot fizetett ki a biztosító.**
- 3. Egy 1993 decemberében tett 3000 Ft-os kórházi napidíjas (éves díj 12.717 Ft) biztosítási ajánlatra az orvos ráírta, hogy "A biztosítás nem köthető meg." Az elutasítás oka az ajánlattevő súlyos szívbetege, 17D-s látásromlása, anamnesisében malignus urológiai tumora volt. Ennek ellenére kötvényesítették! Az első kárigény 1994. júliusában 156.000 Ft. A beteg váratóan hamarosan ismét fog kórházban fekvődni...**
- 4. Az ügyfél 1992. május 1-én életbiztosítási ajánlatot tett. Az orvos által megállapított kizárásokat ill. kockázatnövelést nem fogadta el, így „csupán” egy 1000 Ft/nap térítésű (5278 Ft/év díjú) kórházi napidíjas biztosítást kötött. Ehhez orvosi kockázat-elbírálást ismételtelen már nem vettek igénybe. Így a hypertóniás, zsíryanycsere-zavarban szenvedő, diffuse strúmás, obes beteg kórházi kezeléseire az első két évben 50.000 Ft-ot fizetett ki a biztosító.**

További gondot jelent, hogy a kockázat-elbírálás szempontjai nincsenek megfelelően kidolgozva. Míg bizonyos betegségek halálozási kockázatára a táblázatok rendelkezésre állnak, a baleseti kockázatnövekedést okozó faktorokról jelenleg semmilyen adat nem áll rendelkezésre. A baleseti károk korrekt elemzése nélkül nem is leszünk képesek megfelelő kockázat-elbírálás kialakítására. Ez orvosi segítség nélkül elképzelhetetlen.

Az elmúlt időben több olyan baleseti kárigény került a kezembe, ahol az egyébként irodai munkát végző biztosított versenyszerű sportolás során (kézilabda, labdarúgás) sérült. Erre a kockázat-elbírálás során nem kérdeztünk rá, a díjat nem emeltük, a sporttevékenységet nem zártuk ki a kockázatviselési körből. Ennek következtében csupán az elmúlt hónapokban több millió Ft rokkantsági kárt kellett kifizetni. (Pl. Egy 4 milliós baleseti rokkantsági biztosítás esetében az ügyvezető igazgató igazolt amatőr focistaként térd sérülést szenvedett - 25% rokkantság maradt vissza.) A kockázat-elbírálás során a baleseti orvosi szempontok érvényesítése mindezeket a kifizetéseket megelőzhette volna.

Gyakori probléma, hogy az ügyfelek beosztásukat és nem foglalkozásukat tüntetik fel. Egy Kft ügyvezető igazgatója zongoraszállítás közben sérült. Utánanézte a történeteknek kiderült, hogy az „ügyvezető igazgató” a három szállítómunkás egyike. Ez nem került az ajánlatra...

Az orvosi munka nem elhanyagolható területe a közlési kötelezettség sértések feltárása. Nem szakember számára szinte fel sem tűnő zárójelentésben szereplő megjegyzésekből, betegségek lefolyásának ismeretéből lehet következtetni a közlési kötelezettség sértésre. Ha a biztosítási orvos itt nem figyel, nem megfelelő szakértelemmel végzi munkáját, komoly kárfizetéseket hagyhat indokolatlanul jóvá.

Röviden végigtekintve az orvos szerepét a személybiztosítási üzletben, meg kell állapítanunk, hogy korrekt orvosi szakértői munka nélkül komoly anyagi veszteségeket kell elszenvednie a biztosítónak. A kockázat- és kárelbírálás feltételrendszerének orvosi szempontok szerinti kialakítása, a korrekt kockázat- és kárelbírálás, a közlési kötelezettség sértések feltárása a biztosító számára olyan haszonnal jár, melynek érdekében érdemes jól fizetett, megbízható orvos-szakértőket alkalmaznia. Csak az én néhány havi kockázat-elbíráló tevékenységem több, néhány millió forintos bizonyosan veszteséges üzlettől mentette meg a biztosítót amellet, hogy kárelbíráló munkámmal több millió Ft indokolatlan kifizetését akadályoztam meg.

Végezetül meg kell állapítsam, hogy a biztosítási orvosi munkáról az egyre terebélyesedő biztosítási piacon korrekt információ nincs. A biztosítós orvosok — értékes szakmai munkájuk ellenére —, a külföldi gyakorlattal ellentétben nem megbecsült, hanem sokszor kiszolgáltatott tagjai a biztosítók testületének. Az elkövetkezendő évek feladata azoknak az alpműveknek a megjelentetése, melyek végre helyére teszik a biztosítási orvosok helyét és szerepét.