A piaci betegbiztosítások egészség- és gazdaságpolitikai jelentősége, a megvalósításuk lehetőségei I.

Dr. Kincses Gyula, egészségügyi szakértő

A Parlament elfogadta a 2011. évi CLVI. törvényt, melynek értelmében a személyi jövedelemadóról szóló törvényben módosultak a baleset- és betegségbiztosításra vonatkozó adózási szabályok. A változások a magánszemély javára kötött ilyen biztosítások díjának és a biztosítói szolgáltatásoknak a járulék és adókötelezettségét érintik. A döntés számos kérdést vetett fel, köztük az egészségpénztárak és az üzleti biztosítások várható szerepmegosztását, a közellátás és a magánellátás együttélésének kérdéseit. Az eltelt fél évben nem tisztult a két rendszer jövője sem a politikai szándék, sem a jogalkotás szintjén. Nem ismert az új biztosítási rendszer hatása a költségvetésre, a szolgáltatókra, a közszolgáltatók részvételére a kiegészítő és többletszolgáltatások terén. A szerző jelen cikkében azt vizsgálja meg, hogyan lehet egy jól működő rendszert a legnagyobb társadalmi nyereséggel kialakítani. Dolgozata első részében ehhez áttekinti a kiegészítő finanszírozások kategóriáit, szerepét és az ezt meghatározó jogi környezetet.

According the law CLVI/2011 adopted by the Hungarian Parliament the rules of the tax on personal income changed concerning accident and healthcare insurance. There is no tax on personal income, neither for the delivered services for such types of insurances. This decision raised several questions concerning the future role of personal saving accounts and private insurances, as well as the coexistence of public and private healthcare delivery. In the past half year the future of the two systems did not became clearer, neither from the political, neither from the legal point of view. The impact of the new system on the state budget, on the providers is not known, and the participation of public institutions in private insurance schemes is also doubtful. Author examines how one could set up a system with the biggest societal benefit. In this first part of the article the different complementary insurances, their role and the legal background is analysed.

HELYZETÉRTÉKELÉS – ÁLTALÁNOS MEGFONTOLÁSOK

A kiegészítő biztosítások szerepének értékeléséhez át kell tekinteni a magánfinanszírozás szerepváltozását. A közösségi egészségügy fenntarthatóságának biztosíthatósága Európa legtöbb országában egyre nagyobb problémát jelent, és átalakításokat, reformokat, rendszerértékű változásokat követel. Ezek a változások alapvetően a közforrások felhasználásának hatékonyságának javítására és a pótlólagos források bevonására, azaz a közszolgáltatásokra nehezedő nyomás csökkentésére irányulnak [1,2,3,]. Az ok egyszerű: a tudományos – technológiai fejlődés a lakosság elöregedése mellett olyan költségvetési nyomást okoz, amit – az igazságosság (pénzügyi és geográfiai értelemben is) igényének fenntartása mellett – a gazdaság növekedése nem képes fedezni. Ez az a konfliktus, amit a „technológiailag lehetséges – gazdaságilag megengedhető" konfliktusaként szoktunk említeni. Miután ehhez a fejlett államokban az igazságosság (fairness, equity) igénye társul, ez tovább élezi a fenntarthatósági és finanszírozhatósági konfliktusokat. A kormányok kezében többféle eszköz van a költségkontroll érvényesítésére, ezek közül az alábbiak a fontosabbak:

- kapacitás-kontroll,
- technológia-értékelésen alapuló ellátási csomag és ártámogatás meghatározás,
- az igénybevételi szabályok – ellátásszervezés, betegútmenedzsment,
- a magánforrások becsatornázása.

Mindegyik eszköz egyaránt fontos, és ennek kapcsán mindenütt felértékelődik az a kérdés, hogy hogyan lehet a közösségi forrásokat kiegészíteni, és főleg: hogyan lehet ezt úgy tenni, hogy ne sérüljön nagyon az igazságosság, ne fokozódjon a társadalom kettészakadása nyertesekre és reménytelenül vesztesekre.

A KIEGÉSZÍTŐ FINANSZÍROZÁSOK TÍPUSAI, SZEREPE

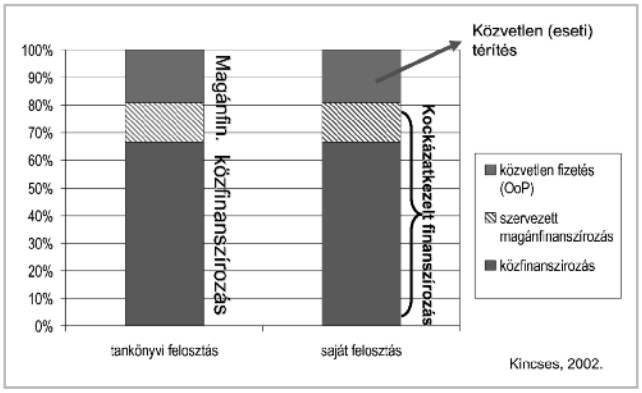
E tanulmányban a kiegészítő források közé sorolok minden olyan forrást, ami nem az állami újraelosztási rendszereken keresztül, nem kényszerszolidaritással érkezik az egészségügybe.

Az egészségügyi kiadásokat két nagy csoportra szokás osztani: közkiadásra és magánkiadásra. Ezt a felosztást tartják alapvetőnek a rendszer igazságossága szempontjából, hiszen a közforráson alapuló rendszerek jellemzője az, hogy a hozzájárulás képesség szerinti, a hozzáférés pedig szükséglet szerinti. Így a közfinanszírozás biztosítja leginkább a rendszer szolidaritását, azaz azt, hogy a hozzáférés ne függjön az egyén fizetőképességétől. Ez az állítás kiegészítésre szorul. Mára már – a világ egészét és a finanszírozhatósági – fenntarthatósági tendenciákat is figyelembe véve – felértékelődik egy másik felosztás, ami a forrásokat

- előre fizetett – kockázat-kezelt, (prepaid) és
- közvetlen térítésű (out of pocket)

rendszerekre bontja (1. ábra).

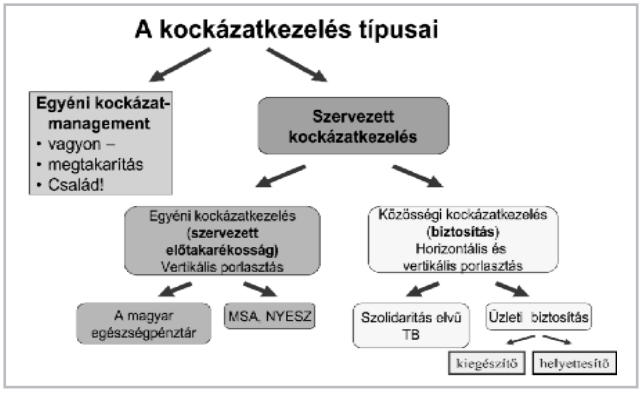
Ez a felosztás abból indul ki, hogy mindenki számára fontos, hogy milyen az újraelosztás terhére nyújtott szolgál-



1. ábra
Az egészségügy finanszírozásának tipizálási lehetőségei

tatások spektruma, hozzáférése, milyen ennek a szolidaritás-tartalma, de még fontosabb az, hogy van-e bármilyen védelem az egyének mögött, azaz mennyire függ az igénybevételi lehetősége az aktuális fizetőképességétől.

A fejlett államokban is igaz az, hogy a szociális biztonságot az egészségügyben a közfinanszírozású és a szervezett magánfinanszírozású rendszerek mára már együtt adják. Ez a felosztás tehát azt vizsgálja, hogy az egészségügy finanszírozásában mennyi a kockázatkezeléssel lefedett elem (függetlenül attól, hogy ez milyen típusú kockázatkezelés, azaz szolidaritás elvű, vagy sem), és mennyi az aktuális fizetőképességhez kötött (azaz az igénybevétel lehetőségének kockázatát erősen növelő) rész (2. ábra).



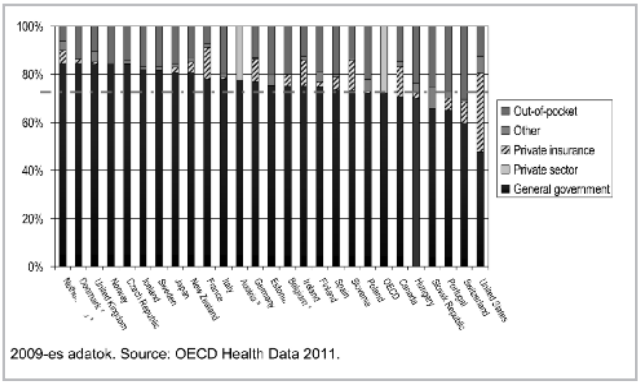
2. ábra
A kockázatkezelés típusai

A kockázatkezelést egyébként két nagy csoportra lehet bontani: egyéni kockázatkezelés (vertikális, időbeli kockázatporlasztás), és közösségi kockázatkezelés (horizontális kockázatporlasztás, kockázatközösséggel). Ez utóbbit (a kockázatközösség) szintén két nagy csoportra bontják: szolidaritás elvű, és kockázat elvű kockázatközösségre. Az előbbit hívjuk társadalombiztosításnak, az utóbbit üzleti biztosításnak. Az üzleti egészségbiztosítások szintén két fő csoportra bonthatók: kiegészítő és helyettesítő egészségbiztosításra. Az előbbiek a társadalombiztosítás csomagjában nem levő szolgáltatásokat, illetve ott fizetett díjakat, és eseti alternatív igénybevételt fedeznek, az utóbbiak bizonyos (biztosításra nem kötelezett rétegek) teljes ellátását hivatottak fedezni.

Az egészségügyi finanszírozásban még egy felosztási lehetőségnek van jelentősége Magyarországon, amely a kiadásokat legális és illegális csoportra bontja. Ez utóbbi a hálapénz.

A KIEGÉSZÍTŐ FINANSZÍROZÁSOK HELYZETE MAGYARORSZÁGON

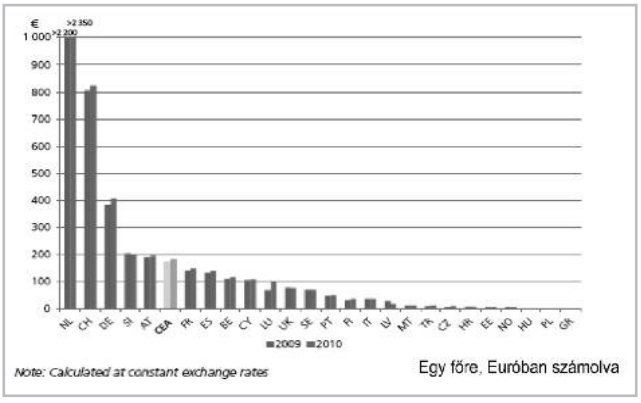
A fejlett államokban tehát az állampolgárok szociális biztonságát az egészségügy területén a közösségi kockázatkezelő rendszerek (társadalombiztosítás/állami egészségügyi rendszer + szervezett magánfinanszírozás) együttesen nyújtják. Magyarországon a társadalombiztosítás lefedettsége teljes körű, de – mint a mellékelt ábra mutatja – nemzetközi összehasonlításban viszonylag alacsony a közfinanszírozás aránya (és az előzetes számítások szerint 2009-hez képest ez tovább csökkent), amihez egy igen alacsony szintű szervezett magánfinanszírozás társul (3. ábra).



3. ábra
A fő finanszírozási típusok részaránya az összes egészségügyi kiadásokon belül

Ennek megfelelően Magyarországon igen alacsony az előrefizetett, kockázatkezelt hányad, az OECD statisztikában elérhető adattal rendelkező európai országok közül Portugália és Svájc előtt hátulról a harmadikak vagyunk.

A helyzetet tovább rontja, hogy Magyarországon ma még igen alacsony a kockázatkezelésen alapuló üzleti egészségbiztosítások penetrációja (4. ábra), így a szervezett magánfinanszírozás zömét az egészségpénztárak adják, és az egészségpénztárak egyéni számlás rendszeré-

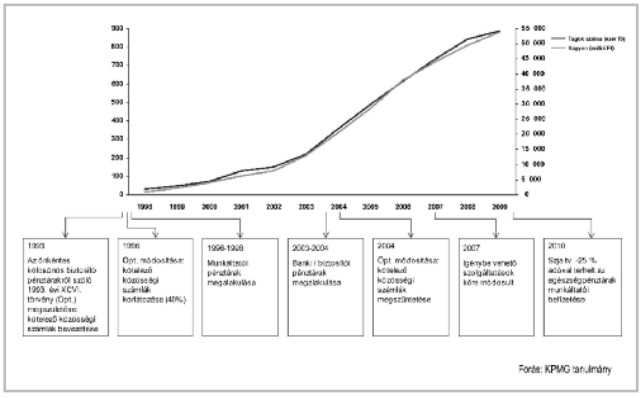


4. ábra
A kockázatkezelésen alapuló üzleti egészségbiztosítás penetrációja

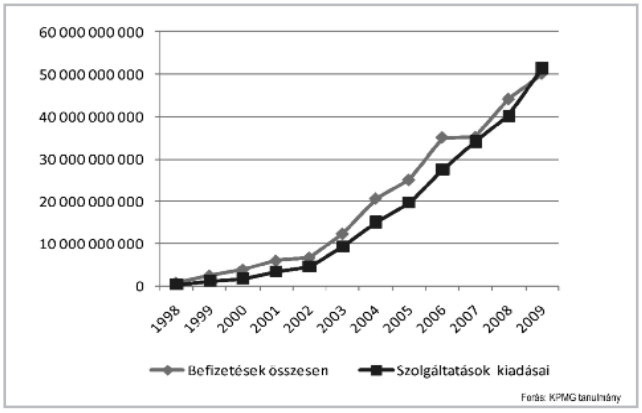
ben nem alkalmaznak kockázatközösséget (kizárólag előtakarékosság létezik a rendszerben), így kisebb biztonságot garantálnak előre nem látott események esetén. A szociális védelem tehát nem nevezhető megfelelőnek Magyarországon az egészségügyi hozzáférés tekintetében.

A szervezett magánfinanszírozás
Egészségpénztárak

E tanulmány műfaji és terjedelmi okok miatt nem vállalkozhat az egészségpénztárak szerepének, helyzetének átfogó elemzésére. A terület jelentőségét, fejlődési dinamizmusát az alábbiak mutatják [5].



5. ábra
A főbb paraméterek és mérföldkövek az egészségpénztárak fejlődésében

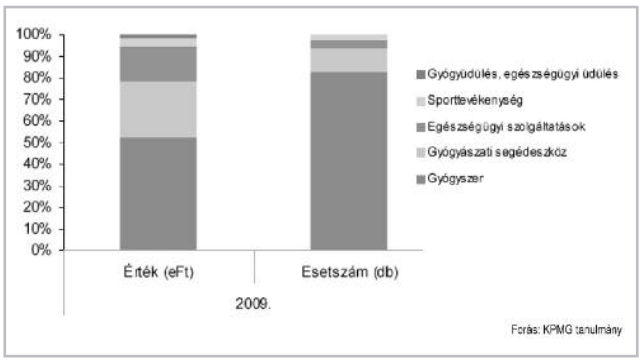


6. ábra
Az egészségpénztárak bevételi és kiadási oldalának alakulása

A pénztárak létét az 1993. évi XCVI törvény alapozta meg. A KPMG tanulmány ábráján látható, hogy a taglétszám növekedés lassan indult meg, és igazi bővülést a 2004. évi módosítás hozott, amely megszüntette a közösségi számlákat. Ez egy kétélű döntés volt. egyrészt igen eredményes, mert ez hozta lendületbe a szférát, ugyanakkor a kockázatközösség és a közösségi szolgáltatások kizárásával behatárolta, leszűkítette a pénztárak funkcióját.

A taglétszámnak megfelelően alakult a pénztárak bevétele és kiadása is. Látható az is, hogy 2008-ig a pénztártagok számláit összességében a szerény felhalmozás jellemezte.

Az előtakarékosság premizálása ugyanakkor nem hozott érdemi változást a megtakarítási arányban. A pénztárak így



7. ábra
Az egészségpénztárak kiadási struktúrája 2009-ben

továbbra is a létező, rendszeresen ismétlődő, jól kalkulálható legális egészségügyi magán kiadások adókedvezménnyel és időbeli kockázatkezeléssel történő megvásárlására szerveződnek. Miután a legális és tervezhető magánkiadások ma még alapvetően a termékvásárlást, és kisebb részben a szűréseket jelentik, ez határozza meg a pénztárak kiadási struktúráját is. A KPMG tanulmány mellékelt ábrája mutatja, hogy értékben nézve a kiadások közel 80%-át a termékvásárlás teszi ki, (alapvetően gyógyszer és gyógyászati segédeszköz), és az egészségügyi szolgáltatások vásárlása csupán 15% körüli, de ez is a gyakorlatban jórészt szűréseket fed le.

A szektor jelenléte tehát erősödő, és már érzékelhető nagyságrendű. Érdemi elemzés nélkül is megállapítható, hogy az egyéni számlás rendszer miatt az egészségpénztárrendszer nem tartalmaz horizontális kockázatkezelési elemet, a tagok nem képeznek kockázatközösséget. Ez behatárolja a lehetőségeket és determinálja a funkciókat. Bár a szakértők – így Kopp Mária, Skrabski Árpád, a KPMG tanulmánya e tanulmány szerzőjének írásai illetve Sinkó Eszter folyamatosan tettek javaslatot a rendszer továbbfejlesztésére [6,7,8,9], a pénztárak szerepe nem bővült ennek megfelelően, sőt: a valós tendenciák ellentétes irányúak. A szakértői javaslatok az elismert pénztár jellegű működéstől az új biztosítási ágak (ápolásbiztosítási pénztár) kialakításáig terjedtek, és általában a közösségi szolgáltatások, a prevenció, és a szolgáltatás-vásárlás irányába akarták elmozdítani a rendszert. Ezek a gondolatok alapvetően megmaradtak a tanulmányok, előadások, beszélgetések szintjén. Ugyanis a pénztárak működését bemutató letölthető dokumentumokból [10] az derül ki, hogy a pénztárak a tisztán egyéni számlás rendszerre való áttérés után meghatározó módon a termékvásárlásra koncentrálnak, ami kevesebb egészségnyereséget eredményez – a betegek nem több szolgáltatást vásárolnak, hanem olcsóbban veszik meg a termékeket – így az egészségpénztárak jelen rendszere nem csökkenti érdemben a hálapénz szerepét sem. Az utóbbi évek fejleménye, hogy a pénztárak a tagok felé megpróbálnak közösségi szolgáltatásokat (elsősorban információszolgáltatást) nyújtani, de az egyéni számlás rendszer forrásoldalról ezt nehézzé teszi. E nélkül viszont az egészségpénztárak tényleg csupán egy drága MSA rendszerként működnek.

IRODALOMJEGYZÉK

[1] Az újabb reformok fő irányai az ipari országokban. http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=233
[2] Obama: Egészségügyi reform nélkül csődbe menne Amerika http://www.vg.hu/gazdasag/gazdasagpolitika/obama-egeszsegugyi-reform-nelkul-csodbe-menne-amerika-311528
[3] Rékassy Balázs: Magán és kiegészítő egészségbiztosítások lehetőségei Magyarországon. http://www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2006/magan_biztositasok.pdf
[4] CEA statistics No 44 European Insurance in Figures December 2011. http://www.insuranceeurope.eu/uploads/Modules/Publications/european-insurance-in-figures-2011.pdf
[5] Az egészségpénztárak fejlődési stratégiája. A Stabilitás megrendelésére készült KPMG tanulmány. 2010. aug. 4. http://stabilitas.hu/wp-content/uploads/Az-eg%C3%A9szs%C3%A9gp%C3%A9nzt%C3%A1rak-fejl%C5%91d%C3%A9si-strat%C3%A9gi%C3%A1ja.pdf
[6] Kopp M., Skrabski A.: Egészség- egészségkultúra-egészségpénztár www.magtud.sote.hu/egeszsegpenztar061019.ppt
[7] Kincses Gy.: Az öngondoskodás szerepe – A kiegészítő biztosítások jövőképe http://www.kincsesgyula.hu/dokumentumok/Stabilitas_szakertoi_eload.pdf
[8] Az egészségpénztárak fejlődési stratégiája http://stabilitas.hu/wp-content/uploads/ppt_sajtotajekoztato_V%C3%A1rnai-%C3%89va_kpmg.pdf
[9] Sinkó E.: Az egészségpénztárak szerepe az egészségügy előtt álló feladatok megvalósításában http://stabilitas.hu/wp-content/uploads/dr.-Sink%C3%B3-Eszter-prezent%C3%A1ci%C3%B3.pdf
[10] http://stabilitas.hu/?page_id=541

Cikkünk folytatását lapunk következő számában találják Tisztelt Olvasóink.

Mentsük meg a férfiakat! A gyengébb nem védelmében

Európában a 15-64 éves korosztály körében a férfiak halandósága kétszer nagyobb, mint a nőké. Az idő előtti halálozások okai között kiemelt helyet foglal el a rákbetegség. A férfiak körében leggyakrabban diagnosztizált rákfajta a tüdőrák mellett a prosztatarák. A Férfiak Nemzetközi Hetében a Magyar Rákellenes Liga újabb segítséget kínál a férfiaknak a prosztatarák időben történő felismeréséhez és ily módon a tudatos gyógyuláshoz.

A rákos megbetegedések okozzák a 65 év alatti férfilakosság halálozásának egyharmadát. A tumor okozta halálozási arány a férfiak körében kétszeres különbséget mutat az EU 27 országaiban. A mortalitási ráta legmagasabb Kelet-Európában, ezen belül is a „szomorú vezető" szerep jut Magyarországnak.

Európában az idősebb férfilakosság körében igen gyakran diagnosztizált tumoros betegség a prosztatarák: mintegy 3 millió férfi érintett. Az időben felismert prosztatatumor jól kezelhető. Prosztatája minden férfinak van, de rejtett helyen és ezért nem tudatosul, hogy rendkívül fontos az ötven év feletti férfiak rendszeres prosztata vizsgálata.

A június második hetében megszervezésre kerülő Férfiak Nemzetközi Hete alkalmából a Magyar Rákellenes Liga felhívja az ötven fölötti férfiak figyelmét, hogy ha több mint egy éve nem vettek részt prosztata vizsgálaton, forduljanak orvosukhoz. A június harmadik vasárnapján ünnepelt Apák Napja alkalmából a Liga kéri az édesapjukért felelősséget érző lányokat, férjüket szerető feleségeket és a felnőtt gyermekükért felelősséget érző édesanyákat, hogy ösztönözzék a szeretett férfit a rendszeres, de legalább évi egyszeri orvosi ellenőrzésre. A Magyar Rákellenes Liga a Férfiak Nemzetközi Hete alkalmából honlapján elindítja a prosztata egészségével kapcsolatos „orvos válaszol" rovatát. Ezzel kívánja segíteni azokat a férfiakat, akik a háziorvossal vagy urológussal való személyes konzultáció előtt szeretnének általában tájékozódni a prosztataproblémákról, szakember segítségével.

A korai felismerést nemcsak az orvosi vizsgálat segíti, hanem a betegség lehetséges jeleinek figyelése, észlelése s gyanú felmerülése esetén az orvos felkeresése is. „Ha nem figyeltem volna oda, hogy a testem másként viselkedik, mint szokott, ma nem beszélgethetnénk" erősítette meg Szacsvay László színművész, aki 6 évvel ezelőtt észlelte azokat a figyelmeztető jeleket, melyekről bebizonyosodott, hogy prosztatarák okozta. Az eredményes kezelést követően a művész úr sikeres pályafutása töretlenül folytatódott, jelenleg is több színdarabban játszik, és a Magyar Rákellenes Liga a prosztatarák korai felismerése érdekében folytatott munkáját támogatja.

Az Európai Fórum a Férfiak Egészségéért (European Men's Health Forum, röviden EMHF), az Európai Bizottság által 2011 őszén publikált Férfiak Egészségének Európai Állapotfelmérése alapján készített Válasz Jelentésében ajánlásokat fogalmaz meg a társadalom és a civil szervezetek számára a férfiak egészségi állapotának javítása érdekében. „A Magyar Rákellenes Liga az EMHF tagjaként a Jelentés ajánlásait Magyarországra adaptálva kiemelt figyelmet fordít a férfiak egészségtudatos magatartásának fejlesztése során a munkahelyekkel, sportklubokkal való együttműködésre, a digitális média alkalmazására, valamint a női hozzátartozók mozgósítására" – jelentette ki prof. dr. Simon Tamás, a Liga elnöke.

Szerk.