

## A piaci megbiztosítások egészség- és gazdaságpolitikai jelentősége, a megvalósításuk lehetőségei II.

Dr. Kincses Gyula, egészségügyi szakértő

Cikkünk első részét lapunk előző számában találják Tisztelt Olvasóink.

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. Ez 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.

*According to 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 health care delivery. In the past half years the future of the two systems did not become clearer, neither from the political, neither on 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.*

### A PIACI KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK

A kiegészítő üzleti egészségbiztosítások a nem szolidaritás elvű, de kockázatközösségen alapuló kockázatkezelési csoportba tartoznak. Magyarországon eddig ez inkább elvi kategória volt: a szektor jelenléte – eltekintve egy-két szimpatikus, de sikertelen próbálkozástól – alapvetően az életbiztosításokhoz kötött összegbiztosításokra és utasbiztosításhoz kapcsolt „betegségbiztosításra” korlátozódott. A szektor ezért gyakorlatilag mérhetetlen volt.

Ennek okát – némi rezignált pikírtséggel – arra vezetjük vissza, hogy a magánszolgáltatások piacán csupán két dolog hiányzott:

- a kritikus tömeget áttörő fizetőképes kereslet,
- a megfelelő hozzáféréssel elérhető, „látható” minőségi kínálat.

A közgazdaságtan szabályai szerint, ha egy piacon egyaránt hiányzik a kínálat és a kereslet, akkor ott a pezs-gés jelei is szerények. Ebben a helyzetben a kínálati oldalon áttörési lehetőséget jelenthet az, hogy 2011 novemberében a Parlament elfogadta a 2011. évi CLVI. Törvényt (Magyar Közlöny, 2011. nov. 29. 164. o), 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 érinti.

*(6. A károk megtérülése, a kockázatok viselése körében adómentes:):*

*„6.3. a kockázati (halál esetére szóló) életbiztosítás, a visszavásárlási értékkel nem rendelkező baleset- és betegségbiztosítás díja, valamint a kizárólag a díjat fizető kártérítési felelősségi körébe tartozó kockázat elhárítására kötött biztosítás díja;”*

A módosulás itt csupán egyetlen szócska (copyright Dr. Takács Zoltán) – a „betegségbiztosítás” szó lett beszúrva a módosítással, de ez a szócska átalakíthatja az egész magyar egészségügyet. A közszolgáltatásokkal kapcsolatos elégedetlenség ma már van olyan fokú, hogy nő a kereslet a legális kiegészítő/piaci szolgáltatások iránt, és főleg: egyre többen gondolják azt, hogy a közszolgáltatásokban ma már hálapénzért sem kapják meg az általuk elvárt minőségű és biztonságú ellátást. Ezért a törvénymódosítás vélhetően jókor lép életbe, és előrelépést jelent a szervezett, legális magánfinanszírozások terén.

### Amit a „betegségbiztosításról” tudunk.

Magáról a megnyíló lehetőségről igen keveset lehet tudni, hiszen a törvényi változást nem követte rendelet szintű végrehajtási utasítás. Magából a törvény szövegéből csupán annyi állapítható meg, hogy lett 2012. január 01.-el a munkáltató által vásárolt, visszavásárlási értékkel nem rendelkező betegségbiztosítás lett járulék- és adómentes.

Abból, hogy munkáltató a kedvezményezett kör, az alábbi következtetések vonhatók le: ez egyrészt a csoportos biztosításoknak kedvez (ahol a munkáltató egyben, csoportként köt biztosítást), másrészt a biztosítók számára a biztosított réteg bizonyos kockázati homogenitását is jelenti (kor, és jövedelem alapján homogenizál, azaz csökkenti a nagy kockázatú személyek bekerülésének lehetőségét a rendszerbe, hiszen ők már zömmel kikerültek a munkaerőpiacról).

A betegségbiztosításokkal kapcsolatban még kiemelendő az, hogy – ellentétben az egészségpénztári befizetéssel – adható bónuszként, azaz nincs olyan kötelezettség, hogy minden munkavállalónak, és egyenlő mértékben kell adni.

A dolgozó elvben két módon juthat adómentes biztosításhoz:

- a vállalat által vásárolt (csoportos vagy egyéni) biztosításként, vagy
- a munkavállaló egyéni döntése alapján, ha ez a biztosítási termék bekerül a cafetéria választható elemei közé.

Az első lehetőség elvben ma is adott, a második csak 2013-ra realitás. Miután a törvénymódosítás 2011 végén született, a vállalatok a béren kívüli juttatásaikat addigra nagyjából leosztották, így a piac érdemi bővülése 2013-ra várható (ráadásul a jogi piacnyitás időpontjában megvásárolható biztosítási termék sem nagyon volt a piacon).

Magának a biztosításnak a lehetséges tartalmáról, a kezelendő kockázatokról, a kockázatkezelés módjáról sem a Kormány, sem az illetékes tárcák (NGM, NEFMI) nem adtak ki végrehajtási rendeletet, így sem normaszöveg, sem a jogalkotói szándék nem volt ismert. Ebben a helyzetben alapvető változást hozott a NAV 2012.05.18.-án kiadott tájékoztatója, amely az alábbi címet viseli: Tájékoztató az adómentes díjú betegségbiztosítás finanszírozhatóságáról [1].

A tájékoztató érdemben szabályozza a kezelhető kockázatok körét, és kimondja azt, hogy biztosításnak csak a „valódi” biztosítás tekinthető, azaz a „betegségbiztosítás sztochasztikusan (véletlenszerűen, váratlanul) bekövetkező betegségekre, egészségkárosodásokra (mint biztosítási eseményekre) nyújt biztosítási védelmet, amely védelem keretében fedezetet képez a nem várt esemény miatti, sokszor jelentős összegű kiadásokra”. A NAV állásfoglalás nem hagyja kételyek között az olvasót, és nevesíti, hogy miért adták ki az állásfoglalást: „Az új, visszaélésszerű biztosítási konstrukció lényege az, hogy a biztosító minimális kockázatot vállal, ugyanakkor a konstrukció keretében lehetővé teszi a teljes körű szűrővizsgálatot. Így a szerződő, azaz a kifizető a szűrővizsgálat árát (amely vagy a szűrővizsgálaton résztvevő munkavállalónál, vagy a kifizetőnél adóköteles) biztosítási díjként fizeti meg, amely a hatályos szabályok szerint adómentes. Az ilyen konstrukció célja egyértelműen a jogszerűtlen adóelőny elérése.”

A helyzet értéséhez az alábbiakat kell tudni: a foglalkozás-egészségügy keretében csak a munkaköri közvetlen kockázatok kiszűrésére előírt vizsgálatok tekinthetők költségnek, minden egyéb szűrés („menedzser szűrés”) adóköteles béren kívüli juttatásnak minősül. Egyes szervezetek/biztosítók ezekre a munkakörből nem fakadó szűrésekre szerveztek biztosítási

csoportot, és ezt tiltotta meg most a NAV. Az állásfoglalás egyértelműsítette azt, hogy a „menedzser szűrések” előre tervezett események, ezért nem tekinthetők biztosítási eseménynek, mert nem a véletlen dönti el, hogy a kockázatközösség tagjai közül kinek és mikor kell szűrővizsgálatot végezni. A NAV állásfoglalás nem zárja ki generálisan a szűréseket a biztosítási csomagokból, de – nagyon helyesen – a szűrések csak a nyújtott egyéb szolgáltatások, a kezelt kockázatok tekintetében végezhető, azaz: szűrés akkor lehet a csomagban, ha a szűrés eredményeként szükségessé váló kezelés finanszírozása is része a csomagnak.

Ezáltal a NAV állásfoglalás nagy lépést tett előre: a betegségbiztosításban a biztosítási elemek erősítését írja elő. Ez nagy lehetőség, de növekvő felelősség is, hiszen a biztosítás olyan kockázatközösség, ahol a biztosítónak is megvan a maga kockázata. Az erkölcsi kockázat (moral hazard) néven ismert jelenség és a káresemények eltérő jellege miatt az egészségbiztosításokban ez a kockázat igen jelentős. Itt egyrészt maga a káresemény is kevésbé objektivizálható, mint egyéb biztosítási ágazatokban (az egészségi állapot változása sok esetben nem „igen-nem” típusú változás, hanem egy stádium-változás az egészség – betegség által jelölt széles skálán), másrészt a betegbiztosításban nemcsak „baleset” jellegű kockázatok vannak, mint pl. az autóbiztosításban, hanem a természetes kopás, a „kódolt hiba” következményei is biztosítási események).

A kockázat-mérséklés érdekében a biztosítóknak az alábbi eszközeik vannak:

- korrekt és megalapozott termékfejlesztés (pontos csomag- és árképzés)
- az ellátások irányítása, szervezése, az indokoltság és elszámolások kontrollálása
- az ellátási igény csökkentése (megelőzés + információszolgáltatás)
- a biztosítás terhére elszámolható ellátások maximálása (értékhatár-plafon) a betegek felé az egyes csomagokban („beteg TVK”)
- költségmegosztás – co-payment
- egyes tervezető, hosszú ideig halasztható ellátások várakozási időhöz kötése. (A várakozási idő legyen hosszabb, mint az ellátás jellemző halaszthatósági ideje. Ez a sztochasztikus jelleget erősíti.)

Az eredményes működéshez vélhetően ezen eszközök együttes alkalmazására lesz szükség.

## A KÍNÁLATI OLDAL HELYZETE

Az SZJA törvény módosítása tehát megteremtette a piacélénkítés lehetőségét a keresleti oldalról, a kérdés az, hogy van-e megfelelő kínálat a szolgáltatói oldalról, amire a biztosítók a csomagjaikat építhetik. A válasz ma még nem egyértelműen pozitív. A magánszolgáltatások piaca ugyan dinamikusan fejlődik, de erről a piacról ma senki (sem az állam, sem a biztosítók, sem a betegek) nem rendelkezik strukturált, ellenőrzött és hiteles információval. Ez a szeg-

mens tradicionálisan kívül esik az egészségpolitika érdeklődési területén, a közadatbázisok e tekintetben csak igen korlátozottan használhatók, mert sem a bennük levő információk minősége, sem elérhetősége, strukturáltsága nem megfelelő. Ugyanakkor itt még a piac sem oldotta meg a problémát: még sem a biztosítók, sem az egyéb piaci szereplők nem hoztak létre ellenőrzött, naprakész információ-szolgáltató rendszert, így a szolgáltatók tényleges szolgáltatási spektrumáról, azok minőségéről és körülményeiről nincsenek hiteles, egyenszilárdságú információk.

A szakértői becslések alapján a járóbeteg-szakellátásban ha rejtőzködően is, és nem feltétlenül egyenszilárdságú minőségben, de megvan az a magánszolgáltatói tömeg, ami alkalmas egy országos hálózat kialakítására. A fekvőbeteg-ellátásban még a rutin-ellátások terén sem biztosítható ez országosan a közszolgáltatók minőségi kapacitásainak bevonása nélkül. A kérdés az, hogy ezek a kapacitások mennyire minőségi, és a politika mennyire akarja a bevonásukat. A magánszolgáltatások piacának fejlődését nehezíti az a tény is, hogy a szolgáltatók nem ismerték fel azt, hogy ebben a fázisban a közös piacépítés erősebb érdek, mint a konkurenciaharc.

### Az egészségpénztárak és az üzleti biztosítások várható szerepmegosztása

Az öngondoskodás tipikusan középosztályi érték, így ha a kormánynak valóban deklarált célja a középosztály erősítése, akkor támogatnia, erősítenie kell az öngondoskodás rendszereit is. Ezért vélhetően nőni fog úgy az egészségpénztárak, mint az önkéntes kiegészítő biztosítások szerepe. Ugyanakkor a két rendszer jövője ma még sem a politikai szándék, sem a jogalkotás szintjén nem ismert. A NAV állásfoglalás ismeretében is valószínűsíthető az, hogy nem konkurens, hanem feladatmegosztásban dolgozó szaprofita, jó esetben szinergista rendszerekről lesz szó. A Kormány által átalakított rendszerben várhatóan a hagyományos egészségpénztári szerep várhatóan három piac között fog megosztani:

- A primer prevenció, életmódváltások, a rekreáció támogatása várhatóan a SZÉP kártya feladata lesz, ezek nem kerülnek vissza a kiegészítő egészségügyi kiadások kompetenciájába.
- A tervezhető egészségügyi kiadások adókedvezményrel és időbeli kockázatporlasztással támogatott finanszírozója az egészségpénztár lesz, pontosabban: marad. A változás maximum annyi lesz, hogy az egészségpénztárak deklaráltnak is azt fogják csinálni, amit csinálnak, nem rakódik rájuk hamis elvárás. A kiadási struktúrában vélhetően megmarad a gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök dominanciája, de az egészségpénztárak „rástartolhatnak” a NAV által most kizárt szűrővizsgálatok finanszírozására is.
- A véletlenszerűen bekövetkezett egészségügyi kockázatok („betegségek”) finanszírozása az új betegbiztosítások feladata lesz. Prevencióban a feladatuk rövid és közép távon a terápiás konzekvenciával járó szekunder prevenció lehet.

### Az out of pocket finanszírozás szerepe Magyarországon

Ha igaz az az állítás, hogy Magyarországon alacsony a prepaid fizetés aránya, akkor értelemszerűen magas az eseti „zsebből” fizetett rész (out of pocket – oop) aránya.

Azt is tudjuk, hogy az oop finanszírozás is két nagy csoportra bontható:

- a szolgáltatóknál, illetve patikákban, GYSE és orvosi műszer boltokban vásárolt egészségügyi szolgáltatások, termékek ára, és a
- hálapénzre.

E dolgozat – miután a szervezett magánfinanszírozással foglalkozik – nem vállalkozhat a hálapénz részletes elemzésére, de két dolgot le kell szögezni [2]:

- hibás az a megközelítés, amelyik a hálapénzt az alacsony bérekre és a korrupcióra egyszerűsíti: az esetek jelentős részében akceptálandó igényt akar a beteg kielégíteni (pl. kezelőorvos, vagy intézmény megválasztása) de a jogszabályok (és a vezetői gyakorlatok) erre nem adnak lehetőséget,
- ezért a hálapénz nem fog addig megszűnni (még bérrendezés esetén sem) amíg a hiány és annak befolyásolható kielégítése nem szűnik meg az egészségügyben, illetve ennek legális kielégítési lehetőségei nem teremődnek meg.

### AZ ÚJ BIZTOSÍTÁSI RENDSZER HATÁSA: A JÖVŐ FORGATÓKÖNYVEI

A dolgozat első részében áttekintettem a kiegészítő finanszírozások felosztási lehetőségeit, szerepét, magyarországi helyzetét és jogi környezetét. A dolgozat második részében a kiegészítő finanszírozások várható gazdasági – társadalmi hatását elemzem, valamint azt veszem számba, hogy milyen elképzelésekre és cselekvésekre van szükség ahhoz, hogy ezek a társadalmi – gazdasági hatások a társadalmi teher és egészségnyereség szempontjából optimálisak – azaz elviselhetők – legyenek, és a kiegészítő finanszírozás rendszere

- minél több ember biztonságához járuljon hozzá,
- segítse a közösségi egészségügy működőképességének megőrzését, színvonalának javulását.

### A változás szükségessége

Az üzleti biztosítók tekintetében szükségesnek látom rendezni a tyúk és tojás viszonyát. Azaz: ki kell mondani, hogy az üzleti biztosítások jól prognosztizálható terjedésének oka nem a biztosítók agresszív expanziós stratégiája, profitéhsége (tehát nem a biztosítók fogják gerjeszteni, „okozni” a folyamatot és a következményeket), hanem egy létező, tőlük függetlenül végbemenő folyamatra fognak reagálni. Az igazi ok ismert: a demográfiai folyamatok (idősödés, gyermekszám csökkenés) mellett egyre inkább lehetlenné válik a közszolgáltatások technológia-követő nyújtása az elért „igazságosság” (teljes-körűség és ingyenesség)

mellett. Egyre nyilvánvalóbb, hogy vége a „teljeskörű – magas-színvonalú és ingyenes” egészségügy mítoszának. A XX. század közepének volt egy boldog időszaka, amikor azt hittük, hogy a technológiai fejlődés megalapoz egy olyan gazdasági növekedést, ami lehetővé teszi a „ha majd a bőség kosarából mindenki egyaránt vehet” [3], idilli állapotának elérését, és realitássá válik a jóléti állam ideája. A XXI. század elején hamar kiderült, hogy ez utópia: a technológiai fejlődés és demográfiai változások nagyobb költségnövekedést okoznak a jóléti rendszerekben, mint amit a gazdasági növekedés követni tud [4]. Mindez az alapelvek megőrzése mellett a szolidaritás és a szubszidiaritás új egyensúlyának kialakítását követeli [5]. Ráadásul az is kezd nyilvánvalóbbá válni, hogy a jóléti rendszerek terhei általában is nehezítik az európai államok versenyképességét, gazdasági növekedését [6]. Az államok nem rendelkeznek stratégiával az új helyzet kezelésére, valójában még a megváltozott helyzettel való (politikailag is) korrekt szembenézésem nagyon juttunk el. Annyi bizonyos – hiszen a folyamat már elkezdődött –, hogy felülvizsgálatra kerülnek a jóléti rendszerek, és a realitás az, hogy a szolidaritás megőrzése mellett növekedni fog a szubszidiaritás szerepe, azaz a feltétlen állami helyállás visszaszorul, és az állami beavatkozás a képességfejlesztésre, illetve a leszakadtak védelmére koncentrálni. Mindez felértékeli az öngondoskodás szerepét, a családtól kezdve a szervezett magánfinanszírozási skála teljes terjedelmét ideértve. Magyarország sem lehet kivétel ez alól, de – európai modell, minta hiányában – még nem lehet pontosan megjósolni, hogy a közfinanszírozás szerepének átalakulása, a magánfinanszírozás és az öngondoskodás szerepének növekedése milyen formában megy végbe hazánkban, milyen szerepkörben erősödnek meg a piaci biztosítók a későbbiekben. A lehetséges forgatókönyveket a következő fejezetben foglalom össze.

### A lehetséges fejlődési irányok

Mint a tanulmány első része bizonyította, egyetlen forgatókönyv kizárt: hogy így marad minden. (Az „így” alatt az értendő, hogy a betegek szinte kizárólag a közszolgáltatásokat veszik igénybe, mindezt hivatalosan ingyen, és a közszolgáltatások rendszere – legalábbis ígéret szintjén – biztosítja is az összes lehetséges szükséges ellátást, míg a személyes – extra igényeiket, elvárásaikat a betegek ugyanabban a rendszerben, de hálapénzért szerzik meg.) Ez a több évtized óta a „teljeskörű – ingyenes – magas színvonalú + hálapénz” elven működő rendszer recseg – ropog, ennek bizonyosan vége. Elég, ha csak a várólistákra tekintünk: számos megbetegedésben ma is a politikailag és szakmailag korrekt határon kívülre esik a várakozás: csípőprotézis műtét 618 nap (9281 várakozó), térdprotézis műtét 1005 nap (8840 várakozó), gerincstabilizáló műtét 672 nap (914 várakozó), szürkehályog műtét 393 nap (26055 várakozó), szívkatéterezés 105 nap (3454 várakozó) [7].

Az új helyzetre, és az ennek kapcsán szükségszerűen megjelenő üzleti biztosításokra Magyarország egészségügyi rendszere három módon reagálhat:

- a közszolgáltatások szűkülése miatt fejlődik a biztosítási piac, és ez egy második, szeparált, magán-ellátórendszerre épül, amit kizárólag a magánfinanszírozás tart fent,
- fejlődik a biztosítási piac, és ez egy vegyes (magán- és közszolgáltatások piaci kapacitásai) ellátórendszerre épül, és a magánforrások a közszolgáltatásokat is támogatják,
- nem fejlődik sem a hazai biztosítási piac, sem a magyar magán- és közszolgáltatások piaca, így nő a korruptív hálapénz szerepe és az orvosok, szakdolgozók a szűk fizetőképes kereslettel együtt külföldre távoznak.

### Az elkülönült magán-egészségügy erős piaci biztosítással

Tetszetős az a felületes állítás, hogy ez a korrekt megoldás, hiszen szépen elkülönítve a magán- és közellátás, nincs keveredés, vita: balra a jegyes menza, jobbra a fizetős étterem, és főleg nincs vád, hogy mégis fizetőssé tették az ellátást, visszacsempészték a vizitdíjat, mert a közszolgáltatónál továbbra sem kell (pontosabban: nem lehet) fizetni, nincs rövid-távú politikai kockázat. A finanszírozó (a beteg vagy a magánbiztosító) szintén jobban szereti ezt: az elkülönült magellátásban más, magasabb színvonalú üzleti kultúra, másfajta ügyfél-orientáltság jelenhet meg, míg a közszolgáltatók hiába képviselnek magas szakmai színvonalat, ha az ellátási körülmények, az attitűd nem felelnek meg a piaci igényeknek. Ráadásul ez a modell könnyen megvalósítható, lényegesen kevesebb szabályozási feladatot ad: nem kell meghatározni érdemben a közfinanszírozás ellátási csomagját – az van a csomagban, amit a közfinanszírozási szerződéssel rendelkező szolgáltató nyújtanak, és az nincs, amit a magánklinikák, magánrendelők nyújtanak –, tehát a dolog egyszerű, működik magától.

Igen, ez igaz, de mindennek súlyos ára van. Ha „rendet rakunk”, kiltjük a maszokolást, a magánfinanszírozást a rendszerből (Lásd még az óriásplakátot: „Az egészség nem üzlet”), akkor a kiegészítő források elkerülnek a közösségi egészségügyet, a források pedig magukkal viszik az orvosokat, szakszemélyzetet is, ami tovább nehezíti, rontja a közellátás helyzetét: se pénz, se orvos nem marad. Csökken az intézmény-management mozgástere a többletbevétel hiánya miatt, csökken a hálapénz – hiszen a fizetőképes kereslet elkerüli a közösségi egészségügyet –, a minőségi kapacitások és ellátás-kultúra hiánya miatt kiesnek az egészségügyi turizmus bevételei is, szép lassan korhad a rendszer. Végállapotként – és lehet, hogy nem tervezett folyamatként – mindez az egészségügyi kettészakadásának veszélyét vetíti előre egy ingyenes, de leromlott, hosszú várakozású közellátásra, és egy „rendes”, de fizetős egészségügyre. Miután a közösségi egészségügy egyre romlik, egy réteg szinte kizárólag a második, magán-ellátórendszert veszi majd igénybe. Miután ez a réteg erős érdek-érvényesítő képességgel bír, előbb – utóbb kilobbizza, hogy ne kelljen társadalombiztosítási járulékot fizetnie – hiszen úgysem kap érte semmit –, és a jelenlegi kiegészítő/duplikáló biztosítás úgynevezett helyettesítő magánbiztosítássá válik.



zért nem lehet előrébb menni a várólistán, hanem egy másik, fizetős sorba lehet átmenni. (Nem más kárára vásárolnak előnyt, sőt: így a tb sorban állók is hamarabb jutnak a szolgáltatáshoz)

## 2. A minimumfeltételeknek és a szakmai szabályoknak a realitások igazítása a piaci területen

A piaci szolgáltatások terjedésének egyik gátja, hogy a szakmai szabályozások (pl. minimumfeltételek) alapvetően a közszolgáltatásokra születtek, ezért kizárják az eredményes üzleti modellt. Az intézményi fogalmak („kórház”, „rendelő”) a közszolgáltatásokból kerülnek át, és ez felesleges túlszabályozást, korszerűtlen szerkezetet, piaci viszonyok között értelmezhetetlen ágyszámokat ír elő. A cél a flexibilis struktúra, kisebb ágyszám támogatása. A „partner kórház” fogalmát ehhez nem feltétlenül kell jogilag is definiálni, de a korszerű szerkezet és minőségi igényeket kielégítő ellátás már megköveteli a medihotel fogalmának jogi bevezetését.

Legalább ennyire fontos a szakmai szabályok átalakítása: Magyarországon hiába beszélünk az egynapos sebészet fontosságáról, ha a szakma nem engedi be az Európa több államában már így végzett beavatkozások egy jelentős csoportját.

## 3. A piaci igények elismerése a fejlesztéspolitikában

A piaci szolgáltatások fejlesztéséhez (összhangban az egészségügyi turizmus fejlesztésével) pályázati lehetőségek kell teremteni. Kiemelten fontos, hogy ebben a közszolgáltatók is tudjanak fejlesztési forrásokhoz jutni, de természetesen a piaci célú fejlesztésekkel azonos kondíciók mellett. A pályázatokban kiemelt célcsoportnak kell tekinteni a partner kórházakat.

## 4. Egyéb, az ágazaton kívüli szabályok szükségessége

A betegbiztosítással kapcsolatos szabályozásnál alapvető fontosságú, hogy a betegség-biztosítás szolgáltatásai közül ki kell zárni az összegbiztosítást, amely elszámolás nélküli pénzfelhasználást tesz lehetővé a biztosítási esemény elszenvédőjénél. Az összegbiztosítás az egészségügy szürkegazdaság jellegét nem fehériti, hanem a fekete-gazdaság felé nyomja, mert konzerválja, erősíti (és nem felszámolja) a hálapénz rendszert.

Ha a kormányzat ténylegesen támogatni akarja az öngondoskodást, illetve ennek ezt az új elemét, akkor a betegbiztosítást nemcsak a munkáltató számára kell kedvezményessé tenni, hanem a munkavállaló számára is. A realitás olyan konstrukciót követel, ami nem csökkenti a költségvetés adóbevételeit. Ilyen lehet az, hogy a betegbiztosítást a cafetéria választható elemei közé kell emelni, illetve, hogy meg kell engedni, hogy az Egészségpénztári megtakarításokból is lehessen betegbiztosítást vásárolni. Ezek a megoldások kibővítik a potenciális biztosított kört, ugyanakkor

nem jelentenek újabb terhet sem a munkáltatónak, sem a költségvetésnek.

## Hogyan működik a két biztosítás egymásra épülő rendszere?

A kötelező és a kiegészítő egészségbiztosítás együttműködésének „értéséhez” tisztázni kell, hogy az SZJA törvény által támogatott „betegbiztosítás” nem alternatív (helyettesítő), hanem kiegészítő/duplikáló biztosítás. A beteg attól, hogy van magán-biztosítása, még teljeskörűen – azaz változatlan jogosultságokkal – biztosított marad a kötelező egészségbiztosításban. Tehát a beteg (pontosabban az állampolgár) nem főszabály szerint, nem vagy – vagy alapon választ, hogy melyik biztosítási rendszerben van, hanem esetenként dönti el, hogy melyik biztosítása alapján és hol veszi igénybe az ellátását. A két biztosítás együttélésének (párhuzamos érvényességének) két érdemi következménye van:

- a kiegészítő biztosításnak adott esetben elég csak a kiegészítő biztosítás által fedezett „többletet” finanszíroznia, mert maga az ellátás – bizonyos rendben, bizonyos tartalommal, de – jár a biztosítottnak,
- a piaci biztosítással vásárolt ellátások társadalombiztosításon belüli folytatására, utókezelésére, az esetleges szövődményeinek kezelésére természetesen joga van a betegnek, mert a beteg teljes körűen jogosult a társadalombiztosítási ellátásra.

Ebből következően a most induló biztosítások nem kötelesek lefedni az egész ellátási spektrumot, és ha ez üzletileg nem alapozható meg, akkor nem is kötelesek ritka és drága ellátásokat is nyújtani: az ellátás biztosított a közszférában, a beteg nem marad ellátatlan. Az elvárás annyi, hogy a díjkalkuláció és az ígért ellátások csomagja összhangban legyen.

## A köz-és magán együttműködésének új módja

Ha a politika valóban azt akarja, hogy a kiegészítő biztosítások rendszere belátható időn belül érdemben terjedjen – és ezáltal csökkenjen a közszolgáltatásokra nehezedő igénybevételi és pénzügyi nyomás –, akkor komolyan kell vennie azt az állítást, hogy egy beteg attól, hogy a kiegészítő biztosítója terhére vesz igénybe ellátást – akár eljárás, minőségi vagy ellátás-szervezési okokból –, még biztosított marad. A jelen „kiegészítő biztosítás” valójában – meghatározó tömegében – duplikáló biztosítás, hiszen jellemző módon nem a társadalombiztosítás szolgáltatásait egészíti ki (hotel, más anyagminőség, technológia, stb.) hanem „duplikál”, azaz olyan szolgáltatást finanszíroz, ami amúgy jár a biztosítottnak. Ezért nem minden esetben indokolt az, hogy az adott ellátás finanszírozásában a társadalombiztosítás ne vegyen részt, csak azért, mert azt a beteg nem az állam által fenntartott szolgáltatótól vette igénybe. Ezért elemezni kell annak a továbbfejlesztési lehetőségnek a szakmai – társadalmi – gazdasági hatásait, amely a minőségtanúsított egészségügyi magán-szolgáltatók számára lehetővé teszi,

hogycsökkenett társadalombiztosítási támogatás mellett részleges közfinanszírozással nyújtsanak szolgáltatást [8, 9].

A modell lényege: ha a beteg minősített magánszolgáltatónál veszi igénybe az ellátást, akkor a közfinanszírozási ár (nem a szolgáltatás piaci ára!!!) egy részét (pl. 70%-át) a közbiztosító számla ellenében utólag visszatéríti. A kiegészítő biztosítások ebbe több módon is beléphetnek: a biztosítási csomag részévé teszik az így keletkező emelt önrészt (ami azért az OEP díj 70%-ával kevesebb, mint a teljes, piaci díj), magukra vállalhatják az OEP díj ügyintézését, de akár megelőlegezését is.

#### A megoldás várható előnyei:

- Csökkenti az állam által fenntartandó kapacitás-tömeget, csökkenti a költségvetésre nehezedő nyomást.
- Politikailag jól védhető: a jobb módúakat dupla szolidaritásra kényszeríti (a jövedelemarányos befizetés miatt eleve több járulékot fizetnek, de csak csökkentett támogatást kapnak), ugyanakkor fenntartja az ingyenességet a közszolgáltatásokban.
- A befizetett járulékok egy részének a magánellátásba vihetőségével csökkenti a magas jövedelműeknek azt a lobby-késztetését, hogy kiléphessenek a kötelező egészségbiztosításból, és helyettesítő biztosítást vásárolhassanak. (Ezzel erősíti a nemzeti kockázatközösség fennmaradásának esélyét.)
- A rendszer könnyen bevezethető: nem előfeltétele semmiféle csomag-meghatározás, részletszabályozás. Szabályozási technika: fizetni azért a szolgáltatásért kell, amit nem az ellátási kötelezettséggel rendelkező közfinanszírozású szolgáltatónál veszünk igénybe. (Ez az állítás természetesen nem teszi feleslegessé az ellátási csomag meghatározását, csupán ennek az elemek a bevezethetőségére vonatkozik.)
- Szakmai és pénzügyi ellenőrzés alá vonja a magánszférát.

**Természetesen vannak várható kockázatok, hátrányok is:** a források egy részét kiviszi a közszolgáltatásokból, és ha ezt nem követi kapacitás-korrekción – és az mindig csak utólagos, és politikailag sokkal nehezebb, lásd a kistérségi járóbeteg központok kötelező fenntartását 5 évig –, akkor ez forráshiányt, működési zavart okoz. Természetesen nemcsak a források, de az orvosok is a magánszféra felé mozdulnak. Ez elvben növelheti a munkaerő gondokat a közszférában, de összességében (nemzeti szinten) munkaerő-megtartó, csökkenti az elvándorlást. Elvi (azaz nem valós) hátrány, hogy kontrol nélküli (köz)penzkiáramlást okoz a kínálat-növekedés miatt, de ez a kockázat nem valós, mert az erkölcsi kockázat – moral hazard nevű jelenség csak ingyenesség esetén jelentős az egészségügyben. Ebben a modellben igen jelentős az önrész, ami komoly visszafogó hatású, másrészt az esetleges kismértékű igénybevétel-bővülést kompenzálja az „otthagyt” 30%.

#### A harmadik út: a gyávaóság ára

A három alapmodell közül a legrosszabb variáció az – a remélhetőleg csak elvi variáció – lenne, ha nem fejlődik sem a hazai biztosítási piac, sem a magyar magánszolgáltatások piaca. Ennek következtében nem fejlődik az egészségügyi ellátórendszer, nincs legálisan megvásárolható többletszolgáltatás, de van hiány, szűkösség: ezért nő a korrupzív hálapénz szerepe. Aki nem hálapénzzel akarja megoldani az életét, az külföldön keres megoldást, és az orvosok a szűk fizetőképes kereslettel együtt külföldre távoznak. Ehhez a negatív forgatókönyvhöz szerencsére nem elég a „nemcselekvés” a kormányzat részéről – a jelen szabályozási környezet ez esetben az első variációnak kedvez –, aktív, negatív, magánellenes kampány kellene, ami nemcsak a közszolgáltatókat zárja ki a magánellátás piacáról, de elrémíti a befektetőket, biztosítókat is, és ellehetetleníti az egészségügyi turizmus lehetőségeit is.

*Tisztelt Olvasóink a cikk 3., befejező részét következő számunkban találják meg.*

#### IRODALOMJEGYZÉK

- [1] [http://www.apeh.hu/magyar\\_oldal/nav/ado/szja/taj\\_120518.html](http://www.apeh.hu/magyar_oldal/nav/ado/szja/taj_120518.html)
- [2] Kincses Gyula: A hálapénzről – még mindig nem utoljára. Egészségügyi gazdasági szemle, 2007. 45. évf. 4. sz. p. 2-10.
- [3] Petőfi Sándor: a XIX. Század költői
- [4] Kornai János [1998]: Az egészségügy reformjáról. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest
- [5] Bán Andrea: Amitől egy rendszer igazságos: Gondolatok az egészségügyi rendszer kívánatos rendezelvényeiről. Élet És Irodalom LVI. évfolyam, 27. szám, 2012. július 6.
- [6] Kincses Gyula: Provokatív gondolatok a demográfiai krízisről, mint legfontosabb sorskérdésről. Kritika, 2012. 41. évf. 4-5. sz. p. 2-7. [http://nol.hu/kritika/20120605-provokativ\\_gondolatok\\_a\\_demografiai\\_krizisrol\\_mint\\_legfontosabb\\_sorskerdesrol](http://nol.hu/kritika/20120605-provokativ_gondolatok_a_demografiai_krizisrol_mint_legfontosabb_sorskerdesrol)
- [7] <http://varolista.oep.hu/megtekintve>: 2012.07.10.
- [8] Kincses Gyula: A „köz” és a „magán” új együttélése az egészségügyben Praxis Server Kft. Budapest, 2002. [http://www.kincsesgyula.hu/dokumentumok/koz-magan\\_kincses.pdf](http://www.kincsesgyula.hu/dokumentumok/koz-magan_kincses.pdf)
- [9] Biztosításelmélet és üzemgazdaságtan; (Zavodnyik József: Biztosítási jog; Adorján Zsolt-Serfőző Györgyi-Péteri János-Zavodnyik József: Ágazati biztosítástan.) Perfekt, Budapest 2005.