

A magánbiztosítás lehetséges szerepe a hazai egészségügy többlet forrásainak megteremtéséhez

Dr. Rékassy Balázs, egészségpolitikai szakértő

Hazánkban a szűkülő közkiadások folytán a lakosság jelentős összeget költ egészségügyi ellátásokra [1]. A magán egészségügyi kiadások döntően közvetlen költségként jelentkeznek, így nagyfokú megterhelést jelentenek egy-egy betegnek, illetve a családja számára. A jelen helyzetben igazságosabbá, szélesebb körben hozzáférhetővé válhatna egy színvonalasabb egészségügyi ellátás, amelyben az állam is felismeri, hogy a kiegészítő és/vagy magánbiztosítás kialakításának szükségszerűsége elkerülhetetlen, és az itt keletkező források közvetlenül, vagy közvetve visszahatnak az állami egészségügyi ellátórendszer javítása irányába. A jelen összefoglalóban megfogalmazott javaslat a kiegészítő magánbiztosítás kereteinek mihamarabb történő megteremtése, és a megvalósítás egyik lehetséges opciója mellett tör lándzsát. Mindehhez természetesen kiszámítható politikai és gazdasági környezetre, és az állami rendszer mellett a magánbiztosítás kiépítéséről döntő és támogató egészségpolitikára lenne szükség.

Javaslatom relatíve könnyen és rövidtávon megvalósítható és plusz forrást hoz a rendszerbe, továbbá segíti a rendszer szerves fejlődését. Létezne olyan biztosított csoport, akiknek az alapbiztosítása csak a jelen fekvő- és járóbeteg finanszírozási érték 70-80%-át fizetné, viszont a kiegészítő biztosítás további 40-50%-ot nyújtana. Ezen betegért versengenének a szolgáltatók, és a az OEP kasszában keletkező megtakarítás, a többletfinanszírozás, a verseny, mind a színvonalasabb ellátás irányába mozdítaná a rendszert.

Due to the shrinking volume of the Hungarian public health care budget (under 5% of the GDP), direct private health care spending is growing. These expenses are direct, on-the-spot cost elements, and provide substantial burden to the patients and to their families. The present system could improve on its equity and quality, if government realise the importance of private supplementary health insurance. Extra resources emerging around private health insurance have a direct and indirect effect on public health care services.

This paper advocates creating the framework of supplementary private health insurance in Hungary, and introduces a potential model for further policy consideration. However it states for successful policy implementation successful change in health care, Hungary needs predictable political and economical environment, and supporting health policy.

Our proposal describes a new system, where those with supplementary health insurance would have a cost

sharing system: 70-80% payment would come from public budget, and extra 40-50% payment would come from private insurance. This creates a substantial surplus in payment for in- and outpatient services. Providers offers higher quality, better service to these patients and indirectly it introduces quality improvement, meanwhile our proposal represents a saving to the public funds.

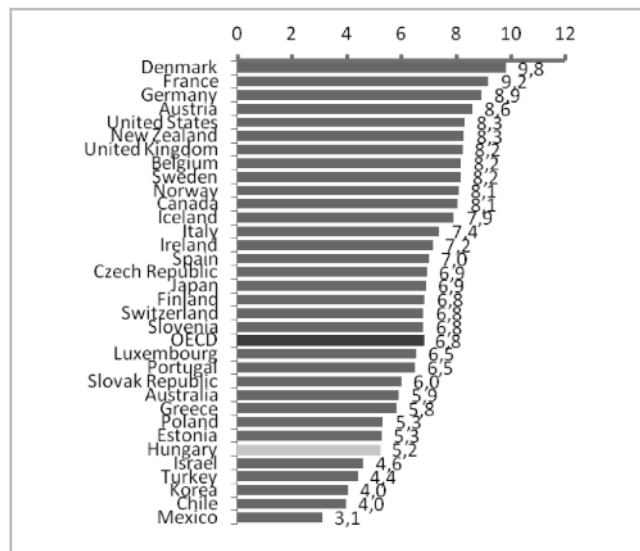
BEVEZETÉS

Magyarország kormányai az egyik legalacsonyabb (és egyre csökkenő) összeget költik a közfinanszírozott egészségügy finanszírozására. A költségmegtakarításra összpontosító átalakítása mellett szükség van azonban a hosszabb távú fenntarthatósági gondolkodásra is. Magán egészségügyi szolgáltatók, biztosítók és – közvetítők szerint, soha nem látott társadalmi érdeklődés (és fizetőképes kereslet) mutatkozik meg egy valós, vélt, vagy remélt, jobb egészségügyi ellátást magába foglaló magán egészség-biztosítás iránt. Míg a gyógyszeres esetében társadalmilag elfogadott a co-payment rendszerre, mindez a betegellátás terén a szakmai, és a társadalmi köztudatban is ördögtől való tevékenységként tűnik fel. 2007-ben sajnos politikai vita tárgyává vált az a megoldás, amely az alapellátástól kezdve a kórházi fekvőbeteg ellátásig minden téren bevezette volna a bizonyos fokú co-payment rendszerét a vizitdíj, kórházi napi díj formájában. Számos ország példája bizonyítja, hogy e szerény mértékű hozzájárulás tudatosítja a lakosságban az egészségügyi ellátás értékét, és megteremti egy kiegészítő biztosítás alapját.

A szakma sem igazán vitatta meg, nem tisztázta, hogy mi lenne a magán egészségbiztosítás szerepe. Meg akarjuk-e oldani, hogy a jelen lakossági közvetlen fizetések (paraszolvencia, fee-for-service alapú fizetések, co-payment stb.) magánbiztosítás, magán egészségpénztári megtakarítás formájában előtakarékosként jelentkezzenek, átlátható tiszta pénzeket adva a rendszer számára? Netán bizonyos társadalmi csoportoknak való kiugrást szeretnénk biztosítani, vagy vegyes rendszert szeretnénk, amely kiadás csökkenéssel jár az állami oldalon? Vagy marad az egyre csökkenő, ma már a GDP 5%-át súroló közkiadások rendszere, amely mellett jelentős az átláthatatlan, igazságtalan, esélyegyenlőtlenséget növelő legális és illegális magánfizetések rendszere?!

A tisztázás nem könnyű, hiszen Magyarországon nincs és egyelőre nem lehet definiálni azt, hogy mi jár a jelenlegi biztosítottak számára, és mi nem. Egyazon betegség ellátása között lényeges különbségek lehetnek, amelyet ma már nem csak a hálapénz, a beteg kapcsolati tőkéje, hanem

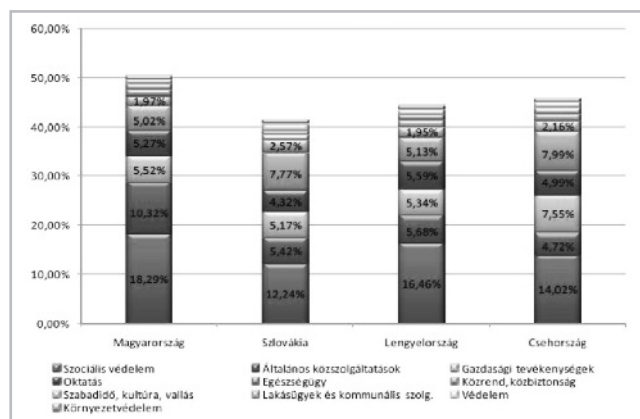
a beteg szerencsége, az adott intézmény felszereltsége, szakmai felkészültsége, az esemény helye és időpontja is befolyásolja.



1. ábra
Az egészségügyi közkiadás mértéke a GDP arányában, 2009 (illetve legfrissebb elérhető év)
Forrás: OECD Health Data 2011 alapján saját szerkesztés. (Hollandia nem szerepel a felsorolásban, mert nem választható el világosan egymástól a magán- és a közkiadás)

A szakma által gyakran hangoztatott tény, hogy a visegrádi, európai átlaghoz közelítve, minimum 2%-kal kellene növelni az egészségügyre szánt közkiadások mértékét, (amely hozzávetőlegesen extra 500 milliárd forintot jelentene), de erre nem túl sok esélyt látunk (1. ábra). Mindezek mellett további tény, hogy a lakossági magán egészségügyi kiadások mértéke növekszik, és közvetlen kiadasként jelentkeznek, így jelentős terhet ró minden érintett egyén, család számára.

Egy másik tanulságos ábra, amelyben a visegrádi országokkal való összehasonlításban is látható, hogy mindamelllett, hogy hazánkban a legmagasabb az állam újraelosztó szerepe, mi költünk legkevesebbet egészségügyi kiadásokra (2. ábra).

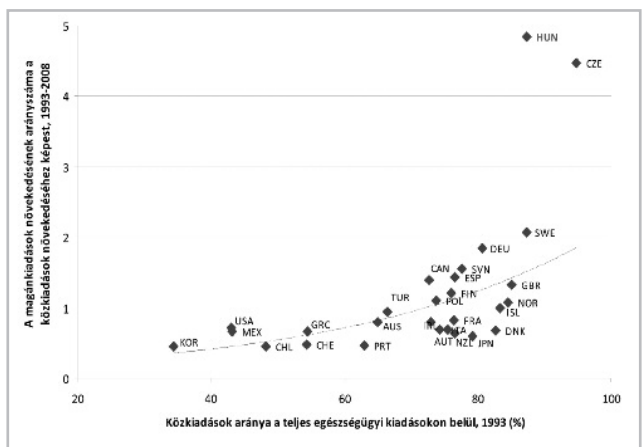


2. ábra
A közkiadások megoszlása a visegrádi országokban
Forrás: OECD Health Data 2011

Jól látható, hogy miközben csökkennek az állami kiadások, szükség lenne egy becsatornázott plusz forrásra, a növekvő társadalmi igények kielégítésére.

MÁR MOST IS MAGAS A MAGÁN KIADÁSOK ARÁNYA...

Igen, valóban, a hazai egészségügyben már most is nagyon magas a magánkiadások részaránya, viszont strukturális probléma, hogy ezen kiadások nem egyenletes, havi kis összegű teherként, előtakarékoság, biztosítási díj formájában jelentkeznek, hanem közvetlen zsebből történő fizetésként, sokszor váratlanul, aránytalanul nagy terhet jelentve egyes betegek, családok költségvetésére. Az egészségügyi kiadások növekedésének trendje azon nemzetközi folyamat eredménye, hogy bizonyos országokban, ahol korábban alacsonyabb volt a közkiadás mértéke, elsősorban a közforrások ide való átcsoportosítása növekedett (Portugália, Írország stb.), ahol pedig jellemzően elsősorban közfinanszírozott egészségügy kiadások működtek, ott a közvetlen lakossági kiadások nőttek meg (lásd például hazánkat, extrém pozíciót töltünk be a magánkiadások növekedésében, 3. ábra).



3. ábra
A közkiadások aránya
Forrás: OECD 2010 Value for money in Health Spending

Az OECD felmérés ábrájából egyértelműen látszik, hazánk magánkiadás növekedésének aránytalan mivolta, és még ebből az elemzésből nem is tűnik ki, hogy ezen magán kiadások mögött előtakarékoság nincs is!

Az OECD tanulmánynál konkrétabb, hazai elemzés Németh Renáta lakosság közvetlen gyógyszerkiadásairól szóló tanulmánya, amely megemlíti, hogy a krónikus betegek 11%-a (több, mint 540 ezer ember) havi 11 600 Ft-ot meghaladó összeget költ rendszeresen gyógyszereire. Szintén ezen elemzés arra az igazságtalanságra hívja fel a figyelmet, hogy a legrosszabb jövedelmi helyzetben lévők számára a gyógyszerek megvásárlása havi költségvetésüknek jelentős részét teszi ki, 2,4x magasabb a gyógyszerkiadásuk, mint az azonos csoportba tartozó krónikus betegségtől mentesek esetében.

HOGYAN ALAKÍTHATÓ KI MAGÁNBIZTOSÍTÁS?

A magánbiztosítás kialakulásának alapja a tiszta világos és kiszámítható szabályok megléte. A ma piacon lévő 29 biztosító jelenleg is ajánl különböző egészségbiztosítási termékeket. Mégis elterjedésüknek, számos akadálya és jellemzője van:

- a biztosítók magán-egészségügyi szolgáltatókkal kívánának elsősorban szerződni, hiszen ott tudják elérni és biztosítani a normális szolgáltatói attitűdöt ügyfeleik részére.
- jelentős gát az egységes szolgáltatói színvonal meghatározatlansága és kontrollálhatatlansága. A biztosító nem akar, és nem tud az ország 250 apró, lakásból kialakított magánrendelőjével szerződni, ahol nem tudja kontrollálni a rendszert. A biztosító egységes szolgáltatási csomagot szeretne, egységes ellátással, bárhol is bármi érje az ügyfelét. (Elvileg itt előnyt jelenthetne az állami rendszer szakmai protokolljainak szélesebb körű ismerete, és betartatása.)
- a magán egészségbiztosításban is jellemző a szolgáltató által indukált kereslet fogalma, azaz a biztosító szakmai fékeket, kontroll mechanizmust szeretne beépíteni, a szolgáltatások túlzott és indokolatlan igénybevételének elkerülésére.
- amíg a biztosítások száma nem ér el egy kritikus tömeget, addig a nem megfelelő mértékű kockázat közösség következtében nehéz versenyképes árral működtetni a rendszert.
- a hálapénz, vagy a közvetlen fizetés itt is lényeges versenyt gátló tényező.
- a biztosítási piac kiszámíthatósága, és a kockázatvállalási kedv ellen a közelmúlt központi intézkedései eléggé sokat tettek. Az ország fenntarthatóságát segítő pénzügyi extra adó, a magán-nyugdíjpénztári rendszer megszüntetése, mind a biztosítók kockázat-minimalizálása felé mutatnak.

Amíg a hálapénzzel el lehet érni megkülönböztetett ellátást, amíg nincs definiálva, vagy valamilyen mértékben limitálva az alapsomag (akár csak térben és időben, és nem is feladatban, ellátásban), addig esélytelen, hogy nálunk is kialakuljon széles körű kiegészítő biztosítás!

Eddig a közfinanszírozott egészségügy mellett azokban az országokban alakult ki a rendszerbe plusz forrásokat hozó magánbiztosítás, ahol:

- a rendszer kapacitásai és szolgáltatási csomagja világosan limitáltak, és megkerülhetetlen beteg-utak és várólisták vannak. (pl. UK, Hollandia)
- jelentős a co-payment mértéke, illetve érdemi szolgáltatások találhatóak a magánbiztosítási csomagban (pl. Franciaország és Szlovénia)
- bizonyos magasabb jövedelmű társadalmi csoportoknak kötelező kilépés és magánbiztosítás javasolt (pl. Németország)

Amennyiben Magyarországon is valós cél lenne az egészségügybe plusz források becsatornázása, és a rendszer átláthatóságának növelése, úgy csak a magánbiztosítás jelenthet megoldást, a közkiadásokból egyre kevesebbet költő állami

egészségügyi ellátórendszer fenntartására, és mindenkinek az igényeinek megfelelő szintű és színvonalú ellátás biztosítására. Csak akkor van esély plusz forrás megteremtésére, ha a betegutakat limitáljuk, és megteszünk mindent a reális szakmai és finanszírozási irányelvek kidolgozása és betartása érdekében, illetve egységes szakmai ellátási szinteket várunk el.

MEGOLDÁS AZ EGÉSZSÉGÜGY FENNTARTHATÓSÁGÁRA

Alapvető feladat a plusz forrás bevonása szempontjából a hozzáférési esélyegyenlőség megőrzése, és a társadalom további kettészakadásának megakadályozása. Bármily meglepő, de egy kétszintű egészségügyi ellátórendszer, amely plusz magánforrásokon keresztül, szabályozottan működik, igazságosabb (!) és színvonalasabb ellátást tud biztosítani. Nemzetközi szakmai szervezetek felméréséből [4, 5] is nyilvánvaló, hogy a hazai egészségügyi ellátórendszer hozzáférhetősége elvileg széleskörű, szolgáltatásának színvonala változó, kiszámíthatatlan. A vélt jobb ellátás reményében sokszor a hálapénz és egyre növekvő mértékben a fee-for-service alapon működő magán ellátás nyújt megoldást, a kapcsolati tőkével és megfelelő anyagi háttérrel rendelkezők számára. Ez se nem áttekinthető, se nem igazságos, és nem is kiszámítható, és semmiképpen nem nyújt rendszerszintű megoldást. Napjainkban az államnak fel kell vállalnia, hogy a jelen forrásokból csak egy limitált hozzáférésű, bizonyos szempontokból (az emberi méltóságot, társadalmi alapértékeket, mint hozzáférési esélyegyenlőséget nem csorbító) limitált rendszer tartható fent.

AZ ALAPCSOMAG MEGÁLLAPÍTÁSA ÁLTALÁBAN

Az alapsomag meghatározása elvileg az alábbi oldalakról lenne megközelíthető:

- a közfinanszírozásban nyújtható szolgáltatások meghatározása szakmai protokollok, költséghatékonysági mutatók, és finanszírozási protokollok alapján. (pl. csípőprotézis esetén milyen beavatkozási módszer, hány éves korig, és milyen implantátum felhasználásával jár az alapsomag részeként). Mindenképpen ez lenne a jobb, de sokkal hosszabb, nehezebb és folyamatosan újításra szoruló szakmai munka ezek meghatározása.
- A másik megoldás, valamilyen térben és időben való korlátozás, amely a betegutak meghatározásával szabályozott (pl. csak a lakhelyemhez tartozó, a területi betegúthoz és progresszivitási szinthez hozzárendelt intézményeket vehetem igénybe, plusz díjfizetés nélkül. Az ettől való eltérés világos díjfizetést von maga után, amely hálapénzzel sem kiváltható).
- További megoldás lehet a költséghatékonysági szempontok erősítése. Társadalmi igazságosság szempontjából is eldöntendő, hogy mi az, az egy főre jutó egy teljes egészséget jelentő életév (QALY) értéke, amelyet meg tud engedni magának a jelen források mellett az ország. A bizonyítottan ez alá eső ellátások természetesen az alap támogatotti csomag részét kell, hogy képezzék. Itt is az át-

láthatóságot növelheti, ha 2 szint kerül meghatározásra: az alapsomagban is támogatott igen magas költség-hatékonyságú beavatkozások, szolgáltatások és termékek köre (pl. vakcinációs programok, bizonyos műtét típusok vagy terápiák stb.), illetve egy második szint, amely az alapsomagba nem fér bele, de (pl. kevés tapasztalat van vele, de új innovatív és költséghatékony terápia) a magasabb szintű biztosítás része lehet. Erre több országban van kezdeményezés, amely az ország GDP-jéhez köti azt a szintet [6], amely egy teljes év alatti teljes egészségben eltöltött értékét határozza meg, és ehhez köti a közpénzből támogatható terápia, beavatkozás értékét.

A QALY nagyságrendje 30.000 € körüli a nyugat-európai országokban. Az USA-ban, a Medicare programban 50.000\$ az elfogadott, de számunkra a leghasznosabb a WHO ajánlása, amely szerint az ország egy főre jutó GDP-jének 3-szorosa. Az Egészség-gazdaságtani Szakmai Kollégium által javasolt gyakorlat lehetne az a GDP 2-szerese és 3-szorosa per fő közötti sáv, mint költséghatékonysági sáv. Az egészségpolitikai döntéshozatalban azt az eljárást nevezzük költséghatékonyknak, amely egy minőségi életév nyereséget az egy főre jutó GDP háromszorosánál kisebb többlet egészségügyi költséggel állít elő. Ez hazánk esetében 7,8 millió Ft/QALY-t jelent.

Ez nem azt jelenti, hogy bárki nem jutna ellátáshoz, mivel az alapsomag részeként az alapvető ellátáshoz való jogosultság megmaradna, így döntenie kell a közösség szempontjainak figyelembe vételéről, mi az ami az közpénzekből, költséghatékonyan megengedhető.

Tisztában vagyok vele, hogy politikai kérdéssé emelkedett anno a vizitdíj és kórházi napidíj kérdése, de számos ország példája bizonyítja, hogy ez is visszatartó erő lehet a szükségtelen igénybevételtől. Amennyiben létezik a co-payment-re és a direkt fizetésekre, vizitdíjra való magánbiztosítás, úgy ennek bevezetése politikailag felvállalható lenne, sőt mértéke, aránya tovább növelhető lenne. A szlovén, francia példa is azt bizonyítja, hogy a magasabb co-paymentekre bevezethető biztosítás, amelyek növelése nem jelent elviselhetetlen terhet, amennyiben a lakosság döntő része rendelkezik kiegészítő egészségbiztosítással. Szlovéniában a co-paymentek 5-95% között elég magasak, és a lakosság 93%-a rendelkezik kiegészítő biztosítással. Itt 1993-ban vezették be az önkéntes kiegészítő egészségbiztosítási rendszert, amit főként a kötelező egészségbiztosítás által fizetendő önrész fedezésére hoztak létre. A co-paymentek aránya viszonylag magas, ugyanakkor a szigorú állami szabályozás következtében (a magánbiztosítás díja kortól, nemtől és egészségi állapottól függetlenül az országban egységes) kiegészítő biztosítást kedvező díjakkal lehet kötni (kb. 30 €). Ennek következtében a kötelező egészségbiztosítással rendelkezők több, mint 95%-a rendelkezik kiegészítő biztosítással is. Így az ellátáshoz való hozzáférés nem szenved csorbát, miközben egy magasabb járulékból több bevétele van az ellátórendszernek [7].

AZ ALAPCSOMAG MEGHATÁROZÁSA MAGYARORSZÁGON

Ahogy fentebb írom, az alapsomag lényege a korlátozás. A kiegészítő csomag lényege a nagyobb szabadság, nagyobb orvos és intézményválasztás lehetősége. A mostani egészségügyi reform folyamat elképzeléseibe szervesen illeszthető a betegutak meghatározására alapuló igénybevétel szűkítése.

Legegyszerűbben ez úgy lenne megoldható, hogy az közfinanszírozásból nyújtott alapsomag részeként, pl. a lakóhelyemhez legközelebb lévő 2 intézmény közül választhatok, csak a progresszivitási szintnek megfelelő helyen kaphatok ellátást, megszűnne a szabad intézmény- és orvosválasztás, illetve kialakítható lenne egy alapgyógyszer és gyógyászati segédeszköz-lista, amely költséghatékonysági mutatók alapján kerül meghatározásra. Így ezáltal tiszta, szabályozott körülmények között kerülne minden állampolgár ellátásra az alapsomag biztosítottjaként.

A jelen gazdasági és politikai helyzetben nyilvánvalóvá kell tenni, hogy a GDP 5%-ából (kb. 1600 Mrd Ft-ból) mi az ami nyújtható és mi ami nem. Az alapsomag hozzáférést biztosít, de korlátozza a választás szabadságát. Meghatározása a Semmelweis Tervben felvázolt betegutakkal szabályozott helyzetből, illetve gyógyszer esetén a jelen befogadási és támogatási listából indul ki. Itt a jelen finanszírozást vennénk alapul, tehát a jelen 100%-os HBCs, német pont illetve gyógyszer-támogatási értékek lennének a kiindulási pontok (4. ábra).

Ezen hozzáférési lehetőségek hálapénzzel sem lennének megválthatóak, mivel a szolgáltató nem kap teljesítménye után finanszírozást, amennyiben jogosultság nélküli beteget lát el az intézményében.



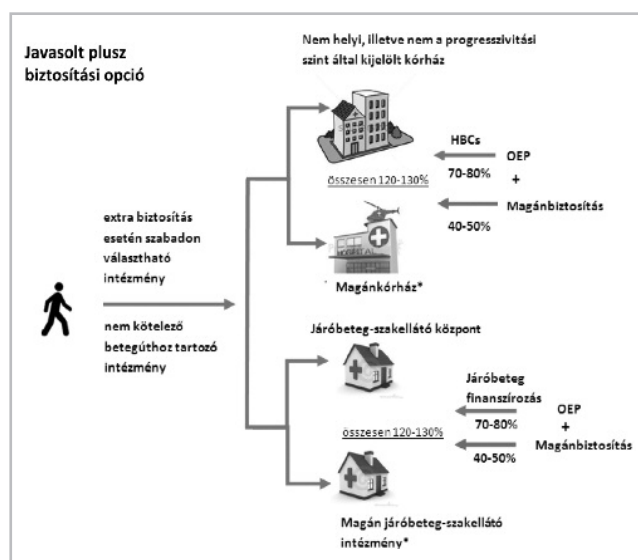
4. ábra
Betegutak a jelen helyzetben

Ezzel szemben az extra biztosításért cserébe szabad intézmény választást tenne lehetővé a rendszer, és verseny alakulna ki a szolgáltatók között. Jelentős hívószó, hogy az adott intézmény, amely ilyen plusz biztosítással rendelkező beteget lát el (2 forrásból), magasabb összeget kap (javaslatom szerint 120-130%-ot) (lásd 5. ábra).

Minden ilyen beteg ellátása az OEP kasszájának megtakarítást jelent, hiszen nem kell a teljes finanszírozási összeget kifizetnie, hanem csak annak a 70-80%-át, így az OEP-nek is érdeke ezen betegkör terjedése. A magánbiztosító is jól jár, hiszen csak az extrát fizeti meg, (40-50%-ot), és a plusz biztosítással rendelkező beteg is megkapja többlet szolgáltatását.

Amennyiben a magánbiztosító is vállalja, az állami egészségügyi rendszer szakmai, és finanszírozási feltételei-

nek való megfelelést, úgy ezen plusz biztosítással rendelkező kör ellátására ő is szerződhet. Hozzáadott és vonzó értéket biztosíthat (és régóta megoldatlan problémára nyújt megoldást), a szektorsemleges finanszírozása a magasabb csomagban (magyarán magánorvoshoz is mehetnek a biztosításmagban). Ahogy itt nem érvényesül oly szigorúan a progresszivitási szint és a betegút, választható lenne magán egészségügyi szolgáltató is, amely az adott közfinanszírozott intézmény által nyújtott feltételekkel kötele vállalni az ellátást, és az OEP-től a finanszírozási összeg 70-80%-át kapja meg. Ezzel csökkenteni az állami ellátás leterheltségét, versenyhelyzet révén emeli a színvonalat. A javasolt rendszer plusz előnye, a jövedelmek kifehérítése irányába történő közvetett hatása, hiszen a valós jövedelménél jelenleg alacsonyabb jövedelemre és alacsonyabb adóra bejelentett vállalkozói réteg számára lesz igazán vonzó ezen plusz biztosítás.



5. ábra

Finanszírozás a javasolt kiegészítő biztosítási rendszerben
*szektorsemleges finanszírozás nyomán magánintézmény is szerződhet az OEP-pel, és megkapja az aktuális HBCs/német pont érték 70-80%-át az OEP-től, + kieg. biztosítótól plusz 40-50% finanszírozást. Így a végén összesen az ilyen betegek után 120-130%-os finanszírozáshoz jutna a szolgáltató, amely lehetőséget teremt a szolgáltatás színvonalának emelésére

JÖVEDELEM SZERINTI ELKÜLÖNÍTÉS – KÖTELEZŐ VERSUS SZABADON VÁLASZTOTT

A kétszintű, de igazságosabb, és magasabb bevételeket hozó ellátás kialakítható társadalmi jövedelemcsoportok oldaláról is. A magasabb jövedelműek ma is egyre nagyobb mértékben vesznek igénybe magán fee-for-service alapon működő egészségügyi szolgáltatót amellet, hogy vagy valós jövedelmük szerint (pl.: alkalmazotti státuszban lévő vezetők), vagy csökkentett mértékben, de fizetnek társadalombiztosítási hozzájárulást (tipikusan vállalkozói réteg). Ők jelenleg joggal érezhetik demotiválva magukat a járulékfizetésre, amennyiben nem közfinanszírozott szolgáltatót vesznek igénybe.

Amennyiben célunk, hogy plusz pénz kerüljön a rendszerbe, növelnünk kell a potenciális extra, plusz biztosítást fi-

zetők számát, és mindezeket a szolgáltatásokat biztosítani akarjuk a középrétegek számára is, úgy elosztott terheket, azaz kiegészítő biztosítást kell nyújtanunk szélesebb körben.

Az igazi újdonság, egy olyan plusz járulékkal működő, kiegészítő biztosítási rendszer lenne, amely az alacsonyabb és közepes jövedelműek számára opcionális, és bizonyos jövedelemszint felett kötelező. Így a plusz járulék-befizetést keresztül, az elő-takarékossági formában, kockázatközösséget alkotva résztvevők szabad orvos- és szolgáltató-választást gyakorolhatnak, plusz szolgáltatók, plusz extra szolgáltatások közül választhatnak, amely tisztább feltételeket, és kiegyensúlyozott teherviselést jelent számukra is. Javaslatom szerint bizonyos jövedelemszint felett kötelezően, bizonyos jövedelmi szint alatt szabadon választhatóan jönne létre a fent vázolt 2 forrásból összetett biztosítási csomag.

KI MŰKÖDTESSÉ A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁST?

Az OEP informatikai és szervezeti rendszere lenne a legalkalmasabb a kiegészítő plusz biztosítás működtetésére. Ennél fogva semmi nem indokolja, hogy az állam ne vegyen részt a biztosítás szervezésében. Már csak azért is, mivel minden egyes, ezen plusz biztosítást igénybevevő szerződött ügyfél megtakarítást jelent az OEP számára.

Emellett az állam versenyezhetne magán biztosítókkal is a biztosítottak pénzének megtartásáért, menedzselésért. A kb. 500 Mrd Ft-os piac kreálta verseny okozta előnyök, a rendszert átláthatóbbá, minőségileg jobbá tennék, miközben az állam szerepe és versenyben való részvétele illeszkedik a jelen politika vezetés koncepciójába. A magánbiztosítók részvételénél biztosíték lehetne a holland példa alkalmazása, amely egy kockázatosító központi alapról semlegesíti az egyéni kockázatbeli különbségeket. A holland több biztosító modell is jó bizonyítéka, hogy a biztosítók között megvalósuló, szabályozott, és kontrollált verseny növeli az ellátás minőségét, transzparenciát eredményez, amely végül az ellátás minőségét is emeli.

ÖSSZEFOGLALÁS

A magyar egészségügyben fennálló szolgáltatási csomag kereteinek hiánya és a szabályozatlan hozzáférési szintek, betegutak nem teszik lehetővé egy valódi, tiszta, átlátható, plusz biztosítás alapú forrás bevonását a rendszerbe. Mindeközben már nemzetközi mércével mérve is egyre jelentősebbek a lakosság közvetlen egészségügyi kiadásai, nincs megoldva egy extra biztosítási rendszer kialakítása. Míg nemzetközi összehasonlításban is az egyik legkevesebbet költünk egészségügyre közkiadásokból, relatíve sokat költünk magánkiadásokból. Jellemző, hogy ezek az egyéni egészségügyi kiadások, terhek on-the-spot, zsebből fizetődnek, és nagy terhet jelentenek egy viszonylag szűk, krónikusan beteg, amúgy is hátrányosan megkülönböztetett rétegre, mivel semminemű költségteher porlasztó megtakarítás hazánkban nem elterjedt. Ez a legrosszabb és legigazságtalanabb verziót eredményezi.

A jelen javaslat 3 ponton hordoz alapvetően új elemet:

- térben és időben, illetve csak költséghatékonysági szempontok szerint limitálja csak a közfinanszírozott alapcsomagot. Ez a Semmelweis Tervben megfogalmazott betegutak kialakításával könnyen megvalósítható.
- megteremt a formáját, egy plusz kiegészítő biztosításnak, amely a közkiadásokból kisebb részt használ fel (70-80%), de ezt kompenzálja egy kiegészítő magánbiztosítás (40-50%), amely végén a szolgáltató jobban jár, hiszen ezen betegek után magasabb finanszírozást kap, és így magasabb színvonalú szolgáltatást tud nyújtani a plusz biztosítással rendelkező ügyfél számára. A kiegészítő biztosítás a kötelező betegúttól való eltérést, szerződött magán vagy magasabb progresszivitási szintű szolgáltató igénybevételét teszi lehetővé.
- A kiegészítő biztosítások megteremtése fontos és átlátható extra forrás lenne, a forrás szűkében levő hazai egészségügynek. Jelen javaslat egy alternatívája bizonyos jövedelem szint felett kötelező formában javasolná az extra biztosítás megkötését, amely extra szolgáltatásaival magával húzná a közepes jövedelmi kategóriába esők, illetve jövedelmük egy részét eltitkolók önkéntes extra biztosítás iránti érdeklődését.

Extra biztosítás valójában csak akkor teremthető meg hazánkban, ha megfelelő szabályozással tudjuk segíteni a megvalósulását, és mozgásának keretfeltételeit. Amíg ez nem létezik, a hálapénz, és a növekvő magán egészségügyi szolgáltatások csak egy szűk réteg számára biztosítanak limitált mértékben jobb ellátást, miközben negatív, kiszípolozó hatással vannak a közfinanszírozott egészségügyre. Az extra biztosítás és megfelelő keretrendszer létrehozásával az állami és magán egészségügyi szolgáltatók között egy egészséges verseny indulhatna meg a betegekért, és plusz forrásokat lehetne a rendszerbe csatornázni. A magánrendszerbe való plusz források becsatornázása tehermentesíti valamelyest az állami ellátórendszert, amely középtávon minőségi javulással lesz kénytelen válaszolni a verseny okozta kihívásokra, amely végső soron a teljes rendszer jobbítását szolgálja.

Ahogy egy kedves barátom fogalmazta, „a hazai egészségügy számára 3 út létezik: az egyik az összecsuklás, a második, hogy az állam jelentősen megnöveli az egészségügyre fordítható kiadásokat, a harmadik a magánkiadások becsatornázása.” – Aki tud más megoldást, annak várjuk szíves javaslatát!

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Orosz Éva előadása: ELTE Társadalomtudományi Kar: „A szociális és egészségügyi rendszerek globális kihívásai” konferencia 2012 szept. 8.
http://egk.tatk.elte.hu/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=208&Itemid=68
- [2] Egy hajóban evezünk, de hogyan? Az üzleti egészségbiztosításokról megfogalmazódó kérdések egészségügyi magán szolgáltatói és biztosítói oldalon konferencia – 2012 április 2. Praxis Server Kft. Budapest, XI. Dayka Gábor u.3.
- [3] Németh Renáta PhD, ELTE Társadalomtudományi Kar, Statisztikai tanszék, Egészségügyi Gazdasági Szemle 2011/6 A lakosság közvetlen gyógyszerkiadásai az ELEF2009 alapján
- [4] http://sgi-network.org/pdf/SGI11_Hungary.pdf
- [5] Korrupciós kockázatok Magyarországon 2011 – Nemzeti Integritás tanulmány Transparency International Magyarország
- [6] Louis P. Garrison Jr, PhD: On the Benefits of Modeling Using QALYs for Societal Resource Allocation: The Model Is the Message VALUE IN HEALTH Volume 12 • Supplement 1 • 2009
- [7] Health Systems in Transitions: Slovenia, European Observatory on Health Systems and Policies, Vol. 11 No. 3 2009 [6] <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf>

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Rékassy Balázs 1992-ben végzett a Semmelweis Egyetem Általános orvosi karán, majd a Londoni Egyetem-en (LSHTM and LSE) Health Service Management MSc végzettséget szerzett, ugyanitt további 2 évig kutató munkát végzett. Az ELTE Társadalomtudományi Kar, Gyógyszerpolitika és gyógyszer-gazdaságtani elemző szak-képzettséget szerzett 2010-ben. Volt az Egészségügyi

Minisztérium Miniszteri tanácsadója, a Világbanki Program Iroda népegészségügyi projektjeinek munkatársa, majd az Irányított betegellátás programjának egyik kidolgozója. Saját orvosi könyv- és orvosi folyóirat kiadóját (Meditation) 2000-ben alapította. Az ING biztosító Egészségbiztosítási osztályának vezetője, a Vitalitás biztosítás és kórházi matrix osztály létrehozója. Egészségpénztár alapítója, az Egészség Kutató Intézet alapítója, majd az utóbbi 7 éve a gyógyszeriparban dolgozik. 2012 január óta GlaxoSmithKline Kft. kormányzati kapcsolatok és kommunikációs igazgatója.