

Gondolatok az egészségügyi magánkiadásokról

Péteri János, GKI–EKI Egészségügykutató Intézet Kft.

A hazai egészségügyi rendszer finanszírozásában a magánfinanszírozás hányadának növekedése több mint egy évtizedes trend. A magánfinanszírozás szereplői közül a legjelentősebb szerepet a háztartások töltik be, 2011-ben az összes egészségügyi kiadás 26,8%-át finanszírozták. Erre a szerepre a háztartások jó része nem, vagy nem kellően felkészült, ezért a jövőben felértékelődik és intézményesülni fog a szolgáltatásszervezés. A cikk bemutatja az elmúlt évtized trendjeit és a várható változásokra igyekszik felhívni a figyelmet.

Since more than a decade it is a growing trend that private resources contributes more and more to the financing of the national health care system in Hungary. The most important source of private financing is the out-of-pocket payment of Hungarian households, they covered 26,8% of the total health expenditure in 2011. Most of the households are not or not well prepared for this new role, therefore in the future, the organisation of health care provision will gain more importance and will be institutionalized. This article summarizes the trends of the past decade and aims to draw attention to the forthcoming changes.

Többen írnak mostanában erről. Ki azért hivatkozik a témára, mert üzleti céljait támasztja alá ily módon, ki meg azért, mert politikai törekvéseit erősíti/másikét gyengíti, ki kérdezi lehetséges-e, ki meg állítja, hogy ez túlzás, hogy mértéke ennél jóval több/jóval kevesebb, aránya ekkora, vagy kisebb, vagy nagyobb, vagy túl magas... A fő téma általában az, hogy az elmúlt években hogy is alakult az összes egészségügyi kiadás (múlthoz, GDP-hez, egészségi állapot mutatói alakulásához stb. képest), s különösen a közkiadás, vagy különösen a magánkiadás.

Sietek leszögezni, hogy nem tiszttem sem a kételyek sem az állítások megerősítése, de azokhoz tartozom, akiknek az a véleményük, hogy ideje lenne mélységében kutatni ezt a témát, és legalább arra választ adni, hogy most mi mennyi és kinek a kiadásai (lakosság, háztartás, privát szektor...) tekinthetők köz-, illetve magánkiadásnak! Persze ez sem könnyű, hiszen ez ügyben módszertani problémák sokasága vethető fel, melyek a tisztánlátást nehezítik. Magam most csak két problémát említek előljáróban azért, hogy ezzel is jelezzem, ezek és más módszertani kérdések szakmai kitérőjét is indokoltnak tartom. Úgy tudom, ez utoljára a 2009-es OLEF feldolgozása során merült fel (lásd még [2]).

- Forrásról vagy kiadásról beszélünk, és ha kiadásról, akkor az egészségügyi rendszerre történő kiadásról vagy egészségügyi célú kiadásról van szó? A hálapénz pl. a háztartás egészségügyi célú kiadása, de nem feltétlenül lesz finanszírozási forrás az egészségügyi ellátás rendszerében. Nem pótolja még a hiányzó orvosi bért sem, hiszen nem feltétlenül orvosi munkáért, sokkal inkább a rendszerben megoldatlan szervezésért, a hozzáférésért és hozzájárulásért jár, és éppen ezért helyettesítheti a szívdesszák cseréje, a hatalmi döntéshez való hozzáférés lehetősége, azaz sok minden más is, illetve fordítva, mindezeket megszerezhetővé teszi a háztartás „hálája”.
- A másik kérdés, ami foglalkoztat: mekkora magánkiadási, magánfinanszírozási hányad esetén beszélhetünk még mindig a közfinanszírozás dominanciájáról, és milyen szerepű magánfinanszírozásra gondolunk akkor, amikor az utóbbinak már 37% a részaránya? Kiegészítő szerepkörűre, pusztán azért, mert a közfinanszírozásból származó kiadás még mindig – meddig – jóval magasabb arányú? Vagy – legalábbis egyes területeken – szimbiózisról beszélhetünk a két fő csoport között? Ha igen, akkor erre a viszonyra tekintettel kell lenni az ágazat stratégiájának és szabályozásának alakításánál is. A magánfinanszírozásnak és döntően a háztartásoknak ugyanis már nem pótolható a szerepük (nincs rá pénz és a funkció sem vehető, veendő át) legalábbis a gyógyszer és gyógyászati segédeszköz finanszírozásban, de a jövőben egyre inkább ez várható a gyógyító ellátás területén is.

Nem folytatom a módszertani problémák felsorolását, hiszen írásomban, – bár mint látható, ok éppen lenne rá –, én sem fogok, mert nem is tudok kilépni az eddigi értelmezési keretből. Nem fogom tehát azt sem firtatni, hogy a különböző módszerű mérések és számbavételek eredményei mennyire feleltethetők meg egymásnak, mindezen kérdések feltevéle és megválaszolása is módszertani kutatás feladata lehet.

A MAGÁNFINANSZÍROZÁS HÁNYADÁNAK NÖVEKEDÉSE TÖBB MINT EGY ÉVTIZEDES TREND

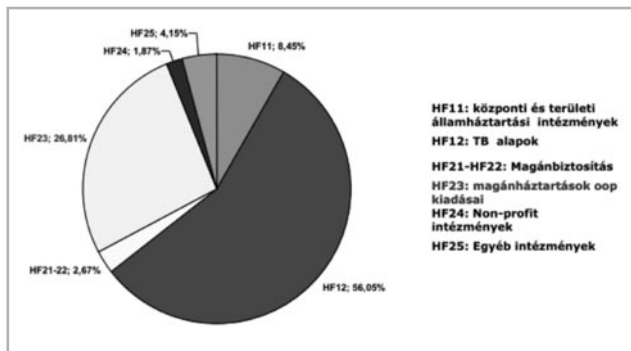
Egészségügyi célú előtakarékosági termék tervezéséhez történő adatgyűjtés során, az OECD adatbázis vizsgálata [1] kapcsán figyeltem fel arra, hogy 2012-ben már 37%-ra nőtt a magánfinanszírozás részaránya az egészségügyi kiadásokban. Az idősoros adatokból látható az is, hogy nem egyszerűen egy „szembeötlő nagyságú” magánfinanszírozási hányadról van szó, hanem összességében és a szimbiotikus területeken egyre jelentősebbről, az elmúlt bő egy

évtized során – néhány év kivételével – mindvégig növekvőről (1. ábra).

Az is tudható, hogy a trendet kifejezetten, a magánfinanszírozás jelentős, ill. a közfinanszírozás ettől jelentősen elmaradó, szolid növekedése együtt alakították. Egy 1992-ig visszanyúló kitekintés szerint a „... magánkiadások reálértéke 2009-ben az 1992. évi érték 3,8-szerese volt, míg a közkiadások reálértéke csak 30%-kal volt magasabb (az összes egészségügyi kiadásé pedig 62%-kal), mint 1992-ben” [2].

A MAGÁNFINANSZÍROZÓKRÓL

A magánkiadásokon belül az egyes szereplők (finanszírozók) részesedésének adatai alapján látható, a háztartások vezetnek: 2011-ben az összes egészségügyi kiadás (2.136 milliárd Ft a beruházások nélkül) 26,8%-a, illetve az összes magánkiadás 75,5%-a a háztartásoktól származik (2. ábra).



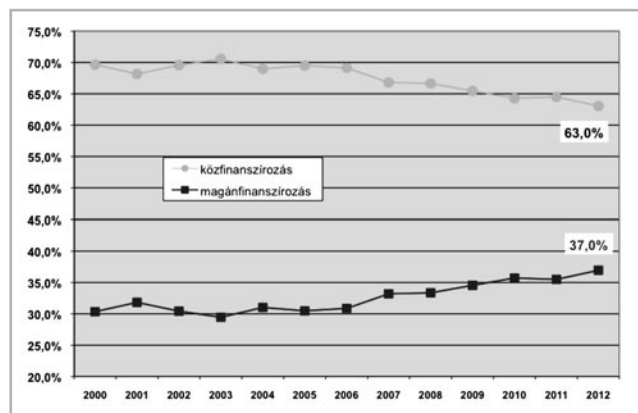
2. ábra A főly egészségügyi kiadások (USD PPP/fő) megoszlása a szereplők között 2011-ben (%)

hogy a halálzási mutatók (pl. az egyes korokban még várható élettartam) javulnak.

- A javulás, a felhasználás minden gondja ellenére vizsgálja az egészségügyi ellátásra történt köz- és magán ráfordításokat.

Ára is van azonban a hosszabb életnek. A háztartások finanszírozási súlyának növekedésében biztosan szerepe van annak, hogy sokaknál az ellátással megszerzett élethevek jelentős hányada (is) betegségben telik, s így különösen a legdrágább ellátások: a krónikus betegséget kezelő, valamint az élethosszig tartó egészségügyi ellátások, összességében a társadalombiztosítási szolgáltatások tömege és költségei növekednek. Persze ehhez hozzájárul, hogy e jelenségre ráült az egészségügyi ellátás közterheinek a háztartásokra történő áthárítása.

Erre a folyamatra nagyon különböző a háztartások felkészültsége (jövedelmi helyzete, de képessége is), a kiadások növekedése jelentős részüket kényszerként érinti. A ráfordítások (az átlag háztartások esetében) ugyanis meglehetősen stabilitást mutatnak, azaz az egészségügyi kényszerektől nem lehet eltekinteni. Azt gondoljuk, hogy a középrétegek jó része is feltehetően csak a háztartás kiadási szerkezetének átalakításával tarthatta meg az egészségügyi kiadás terén korábban elért pozícióit (1. táblázat).



1. ábra A köz és magánfinanszírozás arányának alakulása az egészségügyi kiadásokban Magyarországon (2000-2012; %) [2]

Ennek okai és következményei egyaránt ellentmondások:

- A népesség egészségi állapotát régóta meghatározó és jellemző negatív jelenségek, tendenciák változatlanul megvannak, ám meg-megtörni látszanak. Örvedetes,

A háztartások egy főre jutó egészségügyi kiadásai	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006	
	Ft,é/év	%	Ft,é/év	%	Ft,é/év	%	Ft,é/év	%	Ft,é/év	%	Ft,é/év	%	Ft,é/év	%
Gyógyárú* vásárlása	9 641 Ft	70,3%	13 334 Ft	78,2%	15 726 Ft	81,5%	18 419 Ft	82,2%	19 901 Ft	81,2%	20 059 Ft	75,7%	20 323 Ft	76,5%
Egészségügyi szolgáltatás	3 803 Ft	27,7%	2 884 Ft	16,9%	2 835 Ft	14,7%	2 810 Ft	12,5%	3 381 Ft	13,8%	4 363 Ft	16,5%	4 996 Ft	18,8%
Egyéb egészségügyi kiadás (pl. hálapénz)	275 Ft	2,0%	841 Ft	4,9%	743 Ft	3,8%	1 183 Ft	5,3%	1 237 Ft	5,0%	2 080 Ft	7,8%	1 258 Ft	4,7%
Összes egészségügyi kiadás egy főre	13 719 Ft	100,0%	17 059 Ft	100,0%	19 304 Ft	100,0%	22 412 Ft	100,0%	24 519 Ft	100,0%	26 502 Ft	100,0%	26 577 Ft	100,0%
Háztartás nettó jövedelme egy főre	424 595 Ft		506 273 Ft		573 247 Ft		656 610 Ft		730 103 Ft		804 104 Ft		840 891 Ft	
E.ü. kiadás a nettó jövedelem %-ában	3,23%		3,37%		3,37%		3,41%		3,36%		3,30%		3,16%	
Gyógyárú* kiadás a nettó jövedelem %-ban	2,27%		2,63%		2,74%		2,81%		2,73%		2,49%		2,42%	

A háztartások egy főre jutó egészségügyi kiadásai (folyt.)	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	Ft,é/év	%	Ft,é/év	%	Ft,é/év	%	Ft,é/év	%	Ft,é/év	%	Ft,é/év	%
Gyógyárú* vásárlása	24 058 Ft	78,2%	26 989 Ft	81,0%	28 048 Ft	80,2%	29 819 Ft	80,4%	30 463 Ft	81,3%	31 806 Ft	80,4%
egészségügyi szolgáltatás	5 326 Ft	17,3%	4 784 Ft	14,4%	4 949 Ft	14,2%	5 115 Ft	13,8%	4 998 Ft	13,3%	5 469 Ft	13,8%
egyéb egészségügyi kiadás (pl. hálapénz)	1 388 Ft	4,5%	1 527 Ft	4,6%	1 972 Ft	5,6%	2 150 Ft	5,8%	2 027 Ft	5,4%	2 277 Ft	5,8%
Összes egészségügyi kiadás egy főre	30 772 Ft	100,0%	33 300 Ft	100,0%	34 969 Ft	100,0%	37 084 Ft	100,0%	37 488 Ft	100,0%	39 552 Ft	100,0%
Háztartás nettó jövedelme egy főre	875 837 Ft		874 504 Ft		867 658 Ft		939 396 Ft		988 927 Ft		994 876 Ft	
E.ü. kiadás a nettó jövedelem %-ában	3,51%		3,81%		4,03%		3,95%		3,79%		3,98%	
Gyógyárú* kiadás a nettó jövedelem %-ban	2,75%		3,09%		3,23%		3,17%		3,08%		3,20%	

* gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök

1. táblázat A háztartások egy főre jutó egészségügyi kiadásai (2000-2012; Ft és %) [4]

De igen sok háztartásban erre nincs, vagy csökkent a fedezet. „... A válság előtti évekhez képest közel kétszer annyian vannak azok Magyarországon, akik úgy érzik, még élelemre sincs elég pénzük. Az OECD (Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet) felmérése szerint 2011/2012-ben a magyarok 30 százaléka tartozott ide” [3].

A magánfinanszírozás lehetőségei szemszögéből nézve a dolgot, régóta tudjuk, hogy (az egészségpénztári szolgáltatások kivételével) nem nagyon megy a háztartási kiadások intézményesítése. A fő gond a kiadásokon belül a készpénzes kiadások elsősorú súlya (amit persze a gyógyszer kiadások dominanciája is magyaráz), s hogy a költés nem a magánfinanszírozókon keresztül (számlával, a finanszírozó által ellenőrzött módon, ellenőrzött helyeken szervezett ellátásért) történik. Az elmúlt 2-3 év tapasztalatai alapján úgy látjuk, hogy ennek megfordításához nem elegendők a pénzügyi preferenciák (az adó és járulékkedvezmények), hanem még legalább két dolog kell:

- legyen mit megvenni (ez megfelelő szabályozás esetén kiterjedhetne a közfinanszírozott egészségügyi rendszerből történő vásárlásra is)
- szervezett legyen a szolgáltatásokat kereső polgárok és a szolgáltatók, valamint a finanszírozók találkozása.

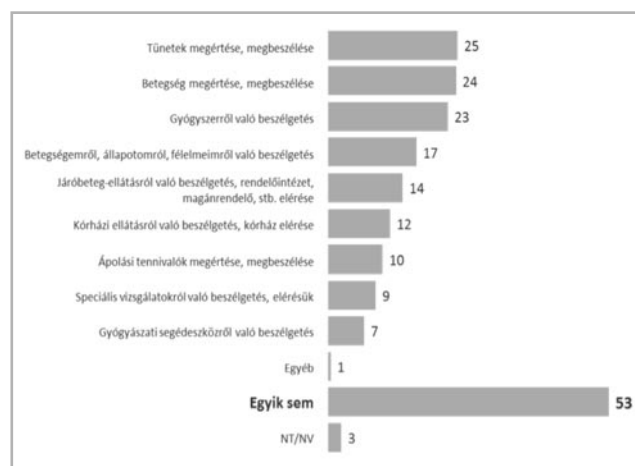
Az utóbbi feltételre nézve az a becslésünk, hogy az ilyen célú szolgáltatásszervezés a jövő egyik meghatározó funkciója, kiépülése a következő évek egyik legfontosabb innovációja lesz. Másképp ugyanis a háztartás (mint fő fogyasztó és finanszírozó), és az egészségügyi fogyasztásában érdekelt szereplők egyike sem hozható helyzetbe.

Az innovációs folyamat nem lesz könnyű, de bizakodhatnak azok, akik ezzel foglalkozni kívánnak. Erre utalnak azok a válaszok, amelyeket az Ipsos Zrt. jóvoltából feltett kérdéseinkre kaptunk a felnőtt lakosságot reprezentáló 1000 főtől egy februári vizsgálatban.

A 3. ábra szerint a válaszadók 53%-ának nem nagyon lesz szüksége szolgáltatásszervezésre, és a kiváltó okok előfordulása egyike sem jelez nagy intenzitást, pedig ma a szolgáltatások többségét maguk az igénybe vevők szervezik meg. Igaz az ilyen problémákra segítséget kínáló szolgáltatások sem nagyon fordultak eddig elő, s az emberek

talán az előidéző okokra sem koncentrálnak annyira, hogy azokat kérdésre válaszolva felidézzék.

Ezt jelezheti az, hogyha sokaknál most még nincs is igény rá, mégis a kérdezettek jelentős hányada jelzett valamilyen mértékű nyitottságot a segítő szolgáltatások iránt. A 2. táblázatban látható, hogy miként viszonyulnak a válaszadók az elképzelt interaktív szolgáltatásokhoz. Eszerint az időpontfoglalásra és az általános információk (mi, hol van, hogy érhető el, mennyibe kerül stb.) nyújtásra többen tartanak igényt, mint ahányan elutasítják azt. Ez lesz a szolgáltatásszervezés fő funkciója. A szolgáltatásszervezés többi elemétől egyelőre többen ódzkodnak, mint érdeklődnek irántuk. Fontos jelzés az is, hogy a válaszadók nagyobb hányada a betegségről és gyógyszerrel való információkat nem egy elkülönült új intézménytől, hanem feltehetően inkább a gyógyító ellátást végzőktől és a patikusoktól várja.



3. ábra Segítség iránti igény egészségügyi témákkal kapcsolatban

A kérdés ez volt: Kérem, mondja meg, hogy előfordult-e Önnel az elmúlt 12 hónapban, hogy az alábbi egészségügyi témákkal kapcsolatban Ön segítségre szorult vagy segítségre szorult volna? (Az adatok az „igen” előfordulását (%) jelzik, kivéve az „egyik sem” fordult elő válasz esetén.)

A kérdés ez volt: „Most kérem, képzelje el, hogy lenne egy olyan interaktív szolgáltatás, amelynél egészségügyi té-

	igénybe venné	vacillál, nem tudja	nem venné igénybe
Időpontfoglalás szakrendelésre	45,3	24,8	29,9
Információnyújtás általános ügyekben	36,8	28,2	35,0
Információnyújtás vizsgálatokról	34,3	27,7	38,0
Tanácsadás betegséggel kapcsolatban	34,1	26,5	39,4
Információnyújtás betegségről	32,4	26,6	41,1
Információnyújtás gyógyszereszedésről	32,0	26,4	41,7
Információnyújtás orvosokról	31,6	29,3	39,1
Tanácsadás gyógyszereszedéssel kapcsolatban	30,4	29,2	40,5

2. táblázat Interaktív szolgáltatások iránti (feltételezett!) igény

mákkal kapcsolatban rögtön választ kaphatna a kérdéseire, és igény esetén ügyet is intézhetne. Kérem, hogy az alábbi területekre vonatkozóan mondja meg, hogy mennyire valószínű, hogy Ön igénybe venné a szolgáltatást!” (5-ös ill. 4-es besorolást adott az, aki biztosan, vagy majdnem biztosan igénybe venné a szolgáltatásokat, 3-ast aki vacillál, és 2-t illetve 1-est aki jelenleg nem kívánna élni ezzel a lehetőséggel.)

De mennyit lennének hajlandók ilyen szolgáltatásokért fizetni havonta? Azok körében, akik nyitottak az ilyen szolgáltatások iránt (a kérdezettek 72%-a), havi 500 Ft-ra jött ki a szerintük vállalható összeg úgy, hogy 24%-uk, bár érdekli a szolgáltatás, nem lenne hajlandó érte egy fillért sem adni. 800 Ft/hó viszont a vállalt összeg átlaga azokra számolva, akik nyitottak és fizetnének is érte. Érdemes tehát még job-

ban megismerni és feltárni az igényeket és annak alapján dolgozni a szolgáltatásszervezést.

Azt gondoljuk, hogy a szolgáltatásszervezés kialakulása és intézményesülése esetén várható az is, hogy a jövőben a háztartások mellé belépnek, és jelentősebb szerepet vesznek a foglalkoztatók. Erőfeszítéseik növelését, illetve társadalmi szerepük kiteljesedését célozzák az utóbbi években végre bevezetett megszerzhető adó- és járulék kedvezmények. Ez indokolt, hiszen a magánfinanszírozás fejlődése nemcsak magánérdek, közérdek is. Az egészségügyi rendszerbe bekerülő magánforrások növelése, hatékony elköltése, az ennek révén elérhető egészség-nyereség a szektorban dolgozóknak és a társadalom tagjaiért felelősséget viselőknak legalább annyira érdekük, mint maguknak a háztartásoknak, a polgároknak.

IRODALOMJEGYZÉK

[1] <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#> (saját számítások 2013.08. hónapban készült lekérdezések alapján)

[2] Orosz Éva: „A köz- és a magánszektor szerepe az egészségügyben. Kényszerpályák és lehetséges alternatívák” (Önkormányzati Egészségügyi Napok, 2011. augusztus 31.)

[3] http://www.penzcentrum.hu/karrier/a_magyarok_harmadanak_nincs_eleg_penze_etelre.1039665.html#. Uy kumMWrfrc.facebook (letöltés 2014.03.18)

[4] http://www.ksh.hu/stadat_eves_2_2 (saját számítások 2014.02.10-n letöltött adatokból)

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Péteri János okl. szociológus, biztosítási tanácsadó, rehabilitációs gazdasági menedzser. A biztosítási szakmába kerülését megelőzően a központi államigazgatásban, majd kutatóként is a társadalombiztosítás, az egészségügyi és a szociális ágazat irányítása, szervezése és fejlesztése kérdéseivel foglalkozott. A biztosítás területén 1988

óta dolgozik, több biztosítónál volt a baleset- és betegség-biztosítási terület szakértője, szakmai vezetője. 2008 és 2011 között a MEDICOVER Zrt., majd Főnix Zrt. tanácsadója. Óraadóként tanított a Budapesti Corvinus Egyetemen és az ELTE Jogi Továbbképző Intézetében, 2011-től az ELTE Egészségpolitikai és Egészség-gazdaságtani Tanácskörtanára. 2005-től kezdve jelenleg is a GKI-EKI vezető tanácsadója, biztosítási szakértője.

IME

VIII. IME-META Egészség-gazdaságtani Továbbképzés és Konferencia

2014. június 18-19.

Helyszín: Best Western Hotel Hungaria (1074 Budapest, Rákóczi út 90.)