

Az Egészségbiztosítási Alap pénzügyi instabilitásának okairól

Szigeti Szabolcs, egészségügyi közgazdász

A jelenlegi államháztartási hiány és finanszírozási válság kialakulásért számos szakértő és közéleti szereplő a társadalombiztosítási alapokat, kiemelten az Egészségbiztosítási Alapot teszi felelőssé. A hiány kialakulását az OEP természete rendszer-specifikus problémájának tartják, így az egészségbiztosítási rendszer átfogó reformjától az Egészségbiztosítási Alapok pénzügyi helyzetének rendeződését várják [4]. Mások „a bérjárulék rendszer potyautas magatartási ösztönzői” miatt tekintik pénzügyileg fenntarthatatlannak a jelenlegi rendszert, és javasolják a verseny bevezetését a kötelező egészségbiztosítási rendszerbe [3]. A hiány természetét részletesen vizsgáló Állami Számvevőszék jelentése ugyanakkor arra az álláspontra helyezkedett, hogy az OEP a kiadási és a bevételi előirányzatok tekintetében olyan kényszerpályán mozogott, ami miatt a hiány kialakulása tekintetében felelőssé nem tehető [5], hiszen nem rendelkezett megfelelő döntési szabadsággal. A hatékony vásárlói szerep gyakorlásához szükséges döntési autonómia hiányát egyes nemzetközi tanulmányok közel egy évtizede megállapították [13].

In Hungary couples of experts and outstanding figures make the National Health Insurance Fund (NHIF) and health insurance financial system responsible for the current state debt crisis of Hungary as one of the most important root of the indebtedness. The State Audit Office concluded in its special 3-year study that the NHIF had not the necessary decision freedom to influence the factors, which determined the level of the deficit emerging at health insurance fund year by year. Therefore it cannot be blamed for the aroused debt. The author looks at root-causes of the emerged deficit and at the most important factors behind the deficit. He draws the conclusion from the presented facts that the most important root-causes are not inherent of the current health financing system, but they have to do rather with the government wider economic and employment policy strategy. Many experts and prominent personalities mistakenly portray the deficit of the NHIF as efficiency problem of the current health financing system.

A TANULMÁNY CÉLJA

Korábban már egy tanulmány részletesen leírta az Egészségbiztosítási Alap pénzügyi egyensúlyának alakulását [1]. A szerző azonban nyitva hagyta azt a kérdést, hogy milyen okok vezettek a hiánygazdálkodás kialakulásához. Az alábbi tanulmányban szeretném bemutatni az Egészség-

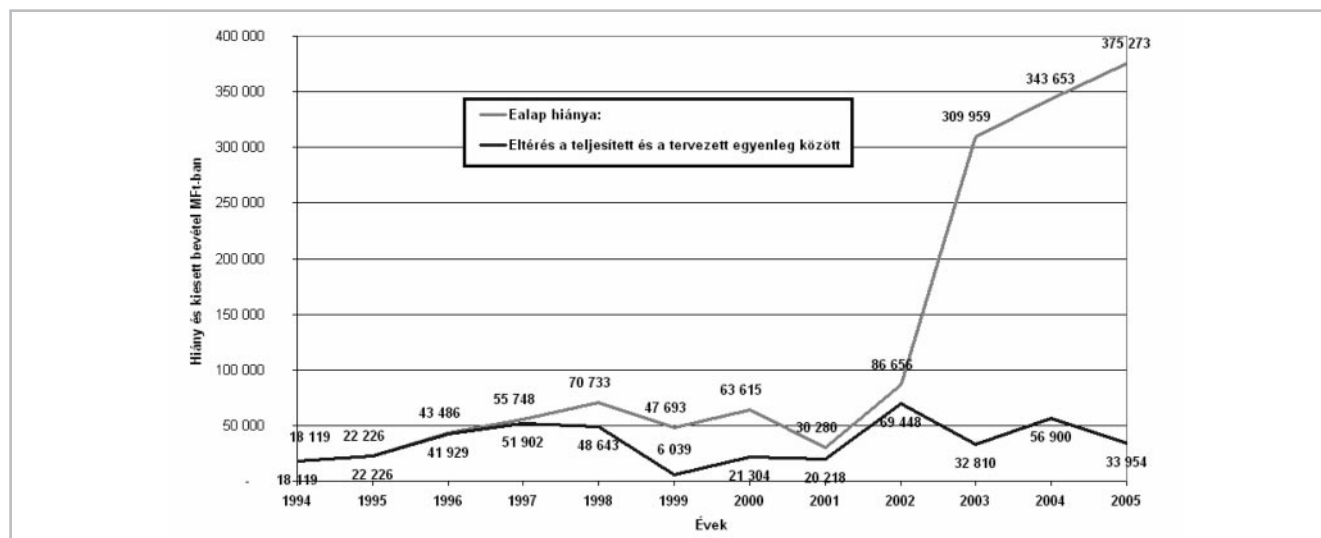
biztosítási Alapnál keletkezett hiány általam legfontosabbnak vélt okait. Úgy gondolom, ezek átfogó és mélyebb számbavétele hozzájárulhat ahhoz, hogy az egészségbiztosítási rendszerünk reformjával kapcsolatban ne legyenek megalapozatlan várakozásaink. Az államháztartás egyensúlyi folyamatainak objektív megítéléséhez más szerzők [7] is fontosnak tartják az idősoros elemzéseket, tendenciájuk feltárását, magyarázatát, illetve a kiadási és bevételi tételek dinamikájának bemutatását.

AZ ÉRTÉKELÉS MÓDSZERTANA

A felhasznált adatok az OEP nyilvános főkönyvi és statisztikai évkönyveiből, illetve a KSH adataiból származnak, amelyeket egyszerű leíró statisztikai eszközökkel elemzek. A kiadások reálértéken történő bemutatásához a KSH egészségügyi inflációs indexét használtam fel. A demográfiai adatokat az OECD Health Data 2006-ból vettem. A hiány alakulásának bemutatása után először a bevételi, majd a kiadási oldalt meghatározó tényezőkkel foglalkozom. A járulékterhek százalékos és fix elemeit egyenértékűsítve mutatom be, az egészségügyi hozzájárulás mint fix elem százalékos tényezőre történő átszámításával (azaz annak kiszámításával, hogy hány százalékponttal magasabb százalékos munkáltatói járulék felelt volna meg az egészségügyi hozzájárulással megnövelt összes munkáltatói befizetésnek). A járulékcsökkentésből származó bevételkiesés nagyságát az így számított egyenértékűsített járulékulcs 1994-hez képesti csökkenése miatti bevételkieséssel számszerűsítettem.

A HIÁNY KIALAKULÁSA

Az Egészségbiztosítási Alap hiánya jelentősen megemelkedett a kilencvenes évek közepe óta (1. ábra). A hiánnyal kapcsolatban két fontosabb mutatót különböztethetünk meg: (1) a tényleges hiány mértéke, és (2) a tervezett és tényleges egyenleg közötti eltérés. A tényleges hiány magában foglalja a tervezett és tényleges egyenleg közötti eltérést, illetve a kettő különbsége megadja az előrelátható, tervezett hiány nagyságát (1. táblázat). Látható, hogy a tervezett és a tényleges egyenleg eltérése évről-évre lényegesen jobban alakult, mint a nominál értékben kimutatott éves deficit. Az évközben keletkező hiány nagysága több évben töredékmértékű volt a tényleges hiány mértékéhez képest (1. ábra és 1. táblázat). Ez az érték jól tükrözi azt a tényt, hogy a hiány meghatározó része már a költségvetési tervezéskor előrelátható volt. Az Állami Számvevőszék idézett jelentése szerint a költségvetési tervezésben a szakmapolitikai szempontok korlátozottan érvényesültek, az előirányza-



1. ábra
Az Egészségbiztosítási Alap hiánya 1994 és 2005 között.
Adatforrás: OEP főkönyvi adatok

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Egészségbiztosítási Alap hiánya a teljesített kiadások arányában:	6,80%	7,97%	3,31%	7,80%	23,21%	23,80%	23,75%
Tervezett hiány a teljesített kiadások arányában	5,94%	5,30%	1,10%	1,55%	20,75%	19,86%	21,60%
Évközben keletkezett hiány a teljesített kiadások arányában	0,86%	2,67%	2,21%	6,25%	2,46%	3,94%	2,15%

1. táblázat
Az Egészségbiztosítási Alap hiánya a teljesített és a tervezett kiadások arányában.
Adatforrás: OEP főkönyvi adatok alapján számított

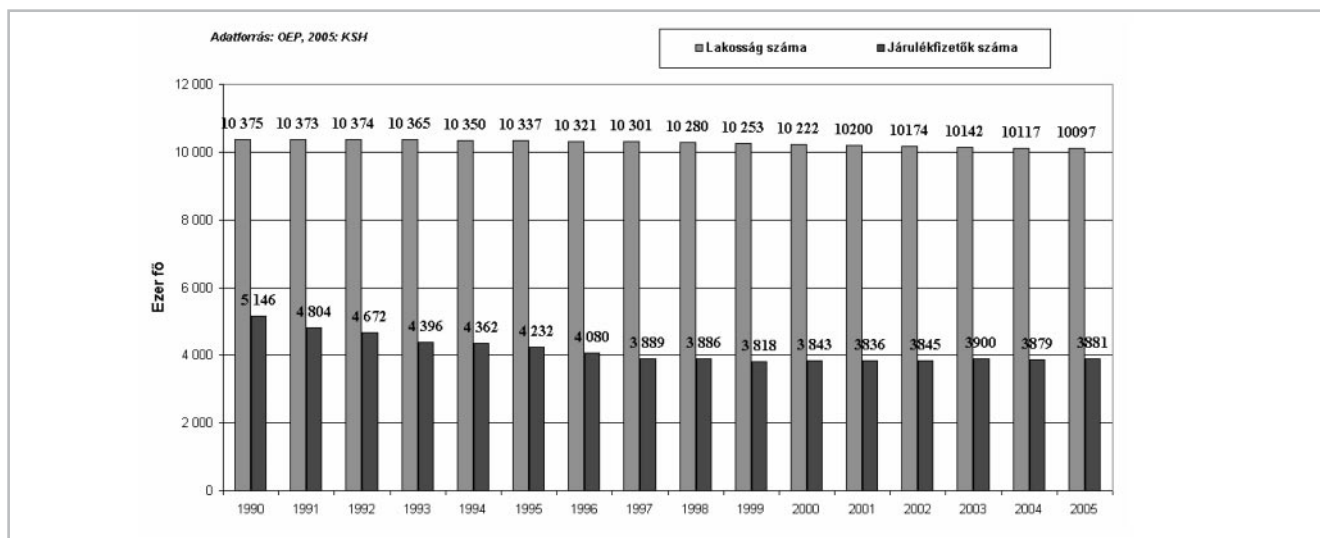
tok meghatározásánál (paradox módon) az államháztartás egyensúlyi helyzetének javítása volt a meghatározó szempont, nem az egészségbiztosítás tervezett kiadásai [2].

A HIÁNY ALAKULÁSÁT MEGHATÁROZÓ TÉNYEZŐK A BEVÉTELI OLDALON

Célszerű először a bevételeket meghatározó tényezők alakulását számba venni. A kilencvenes években az egészségbiztosítás finanszírozásának alapproblémája nem a demográfiai viszonyok alakulásából, hanem a piacgazdasági átmenet munkaerőpiaci következményeiből származott. Demográfiai értelemben ezekben az években az eltartási terheket viselő 20 és 65 év közötti generációkra egyre kisebb és kisebb teher jutott, tekintettel a nyolcvanas évek óta egyre meredekebben csökkenő gyermekszámra. Míg 1980-ban száz fő 20 és 65 év közötti lakosra hetvenegy fő 19 év alatti, illetve 65 év feletti életkorú lakos jutott, addig ez a szám 2002-ben hatvanegyre csökkent. Az eltartási teher ugyanakkor nyilvánvalóan rohamosan nőni fog belátható időn belül az egyre kisebb korosztályok meghatározóvá válásával az aktív korosztályok között. A hiány szempontjából azonban sokkal jelentősebb problémát okozott, hogy szá-

mos foglalkoztatás-politikai intézkedés ellenére jelentősen eltorzult a kilencvenes évek közepére a járulékfizetők és egészségbiztosítási ellátásokra jogosultak aránya a gazdasági átmenet egyik következményeképpen (2. ábra).

Az ábrán látható, hogy a kilencvenes évek közepére a kiinduló állapothoz képest (1990) jelentősen, több mint húsz százalékkal csökkent a biztosítottak becsült száma (1 millió 265 ezer fővel 1990 és 2005 között), amely a 3%-os lakosságszám-csökkenéshez képest nagyon magas. Az eltartottsági mutató tehát nem demográfiai, hanem járulékfizetési értelemben romlott jelentősen. A gond önmagában nem abban van, hogy jelentős számban vannak nem fizető igénybevevők, hiszen a társadalombiztosítási rendszer – bizonyos megszorításokkal – mindig is jogosultként kezelte a hozzátartozókat (házastárs, gyermekek, nagyszülők). Ez így volt már 1928-ban is, amikor kihirdették a kötelező baleseti és betegségi biztosításról szóló 1927.évi XXI. törvénycikkelyt. A gond sokkal inkább az, hogy a fizetők száma soha nem képzelt mértékben és gyorsaságban csökkent 1990 és 1997 között. Azóta évi 4-5%-os GDP növekedés és jelentős mértékű állami munkaerőpiaci beavatkozás ellenére sem sikerült megtalálni a mélypontra süllyedt aktivitási szint gazdasági ellenszerét (3. ábra).

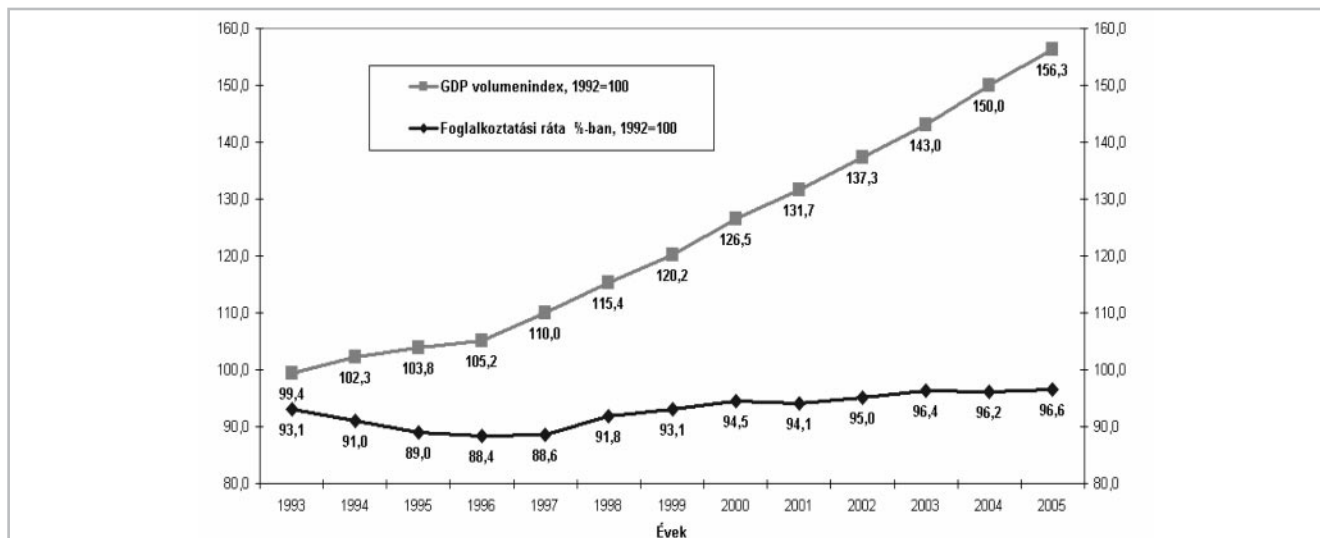


2. ábra
A lakosságszám¹ és biztosítottak számának alakulása 1990-2005² között, ezer fő.

¹Ez gyakorlatilag megegyezik az egészségügyi ellátásokat igénybevevők számával.

²OEP Statisztikai Évkönyv, 2005. Egyrészt a biztosítottakhoz (járulékfizetők) tartoznak a munkanélküli segélyben részesülők, másrészt a biztosítási jogviszonnyal nem rendelkező személy is lehet a KSH munkaerőfelmérése szerint foglalkoztatott, ha az adott héten legalább egy órányi, jövedelmet biztosító munkát végzett. Ezért a biztosítottak és a foglalkoztatottak száma ugyan eltérő, de a foglalkoztatottak száma meghatározó a biztosítottak számának alakulásában.

Adatforrás: OEP Statisztikai Évkönyv (Az OEP 1998-ig rendelkezett saját adatokkal a biztosítottak számáról. A biztosítottak jogosultságát járulékfizetési kötelezettségük teljesítése alapozza meg. Az OEP becsléssel határozta meg a járulékfizető biztosítottak számát a járulékbeszedés APEH-hez történő átszervezése után)

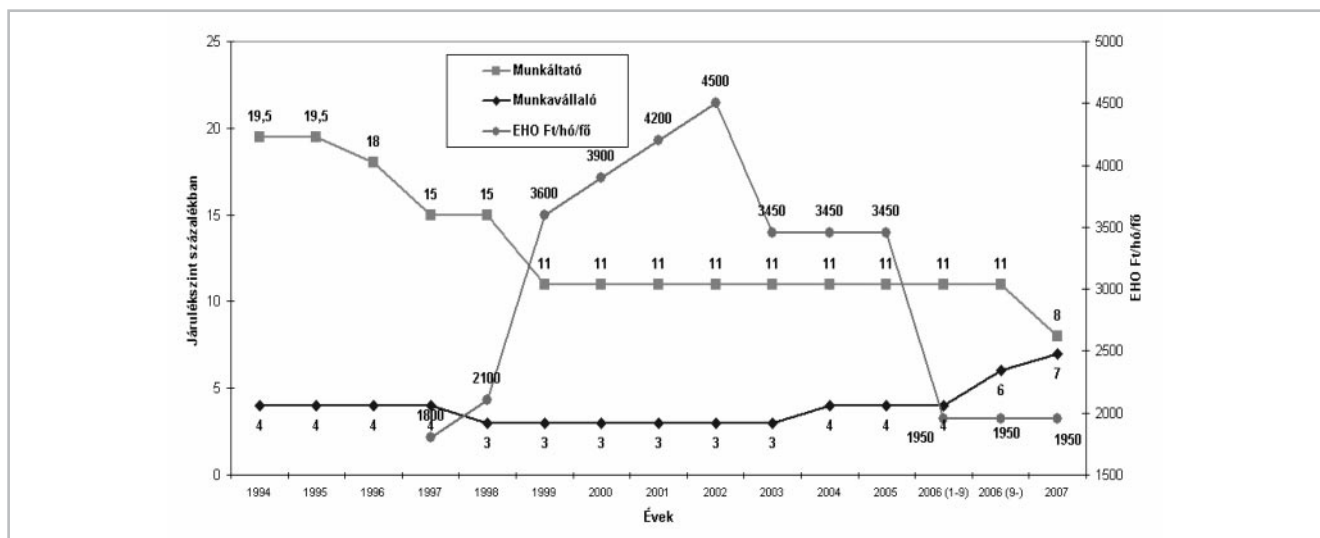


3. ábra
A foglalkozási ráta és a GDP volumenindexének alakulása.
Adatforrás: KSH adatai alapján saját számítás

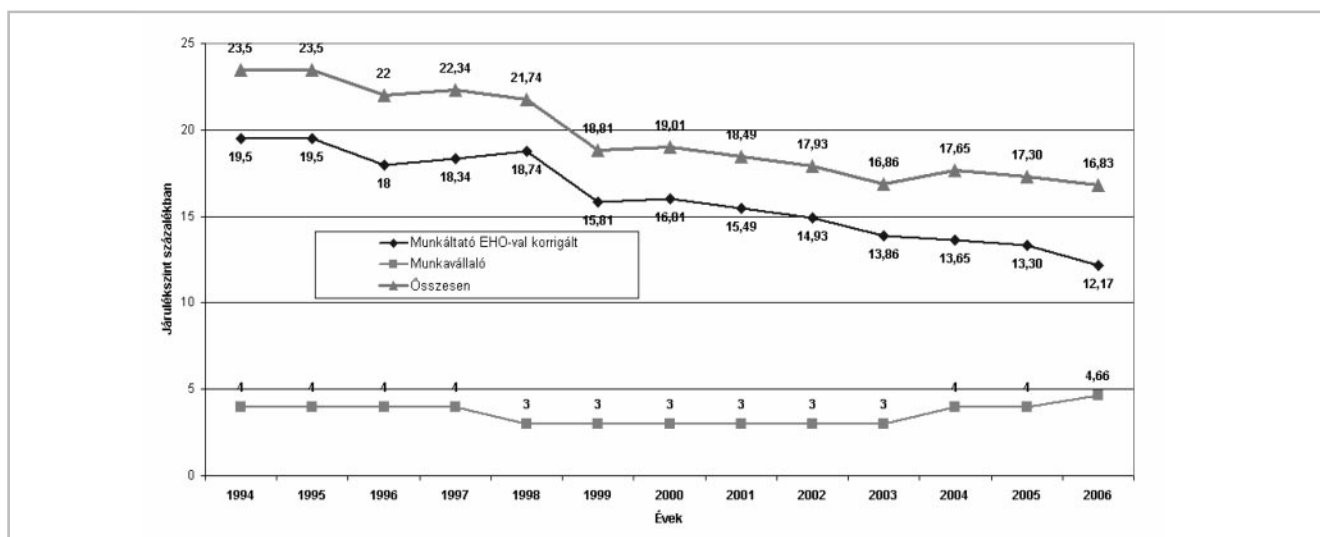
Látható az ábráról, hogy a GDP egyre nagyobb ütemben nőtt 1994-től kezdve. Két évvel ezelőtt, 2005-ben az előállított bruttó hazai össztermék már majdnem 1,6 szorosa volt az 1992-ben mért értéknek. Ezzel szemben a foglalkoztatottság még 2005-ben (50,7%) sem érte el az 1992-es (52,5%) szintet. A foglalkoztatási ráta csak 1996-ban érte el a mélypontját (46,4%), majd érezhető javulás következett be 1997 és 2000 között, ugyanis 235 ezer fővel nőtt a foglalkoztatottak száma, de az egész vizsgált időszakban érdemi elmozdulást számottevően nem sikerült elérni a foglalkoztatottságban a dinamikus gazdasági környezet ellenére sem. Mindössze 30 ezerrel

nőtt a foglalkoztatottak száma 2001 és 2005 között.

A foglalkoztatás növelésére, a versenyképesség fokozására és a gazdaság élénkítésére a mindenkori kormányok 1996-tól kezdődően egyre gyakrabban nyúltak az egészségbiztosítási járulékcsoökkentés eszközehez. Ez különösen a munkáltatói egészségbiztosítási járulékra igaz, hiszen ennél a járulékfajtánál 1996 és 2007 között 11,5 százalékponttal csökkentette a kormányzat a fizetendő terheket. A következőképpen fellépett bevételecsökkenést ellensúlyozta a kormányzat az egészségügyi hozzájárulás 1996-os bevezetésével és későbbi jelentős növelésével (A százalékos rész



4. ábra
Járuléktehrek alakulása 1994 és 2007 között.
Adatforrás: APEH



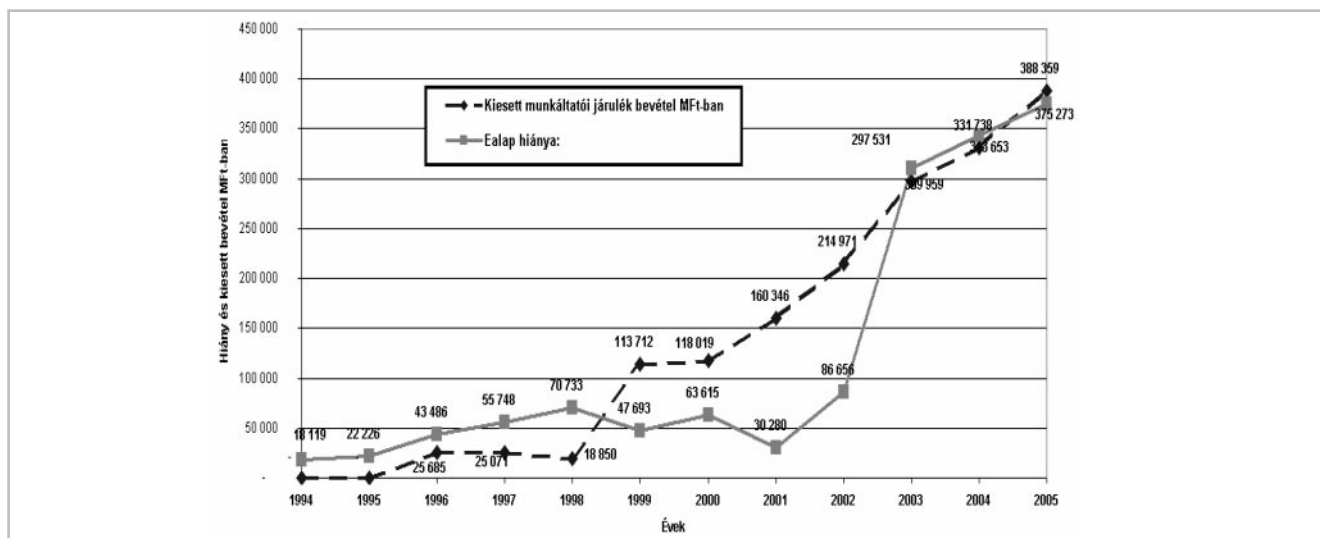
5. ábra
Az egyenértékűsített járulékteher alakulása 1994 óta.
Adatforrás: APEH adatok és OEP főkönyvi adatok alapján saját számítás

csökkentése és fix elem bevezetése a kisvállalkozások terhére rendezte át a munkáltatói járuléktehket), majd 2006-tól kezdődően a munkavállalói járulék egyre jelentősebb emelésével, 4-ről 7%-ra (4. ábra).

Ha az egészségügyi hozzájárulást átszámítjuk százalékosan munkáltatói járulékra (5. ábra), akkor látható, hogy az egészségügyi hozzájárulás bevezetése ellenére is jelentősen csökkent a munkáltatói járulékteher 1994 (19,5%) és 2006 (12,17%) között. Az elmúlt évben a kormányzat jelentősen, újabb három százalékponttal csökkentette munkáltatói járulékokat, és az Egészségbiztosítási Alap forrásigényére hivatkozva megemelte jelentősen (három százalékponttal) a munkavállalói egészségbiztosítási járulékot. Ebből következően az utóbbi intézkedésnél csak teherátrendezésről beszélhetünk a munkavállalók és a munkáltatók között,

az előbbieket terhére. Az Egészségbiztosítási Alap egyensúlyi helyzete nem ettől az intézkedéstől javulhat majd 2007-ben. Az összes bevételnövelő és -csökkentő járulékpolitikai intézkedést figyelembe véve azt láthatjuk, hogy 1994-től (23,5%) 2006-ig (16,83%) 6,67%-al csökkentették az egyenértékűsítéssel számított összevont járuléktehket (a fix egészségügyi hozzájárulás átszámításával százalékos munkáltatói járulékra).

Ez a járulékpolitika több száz milliárd forintos bevételekiesést jelentett az egészségbiztosítási alap szempontjából. Úgy is fogalmazhatunk, hogy a gazdasági növekedés és a foglalkoztatásbővítés céljára ekkora összeget engedett át a kormány a gazdaság szereplőinek. Ez az összeg 388 milliárd forintra becsülhető 2005-ben (ha feltételezzük, hogy a járulékmérték-csökkenés nem befolyásolta a gazdasági nö-



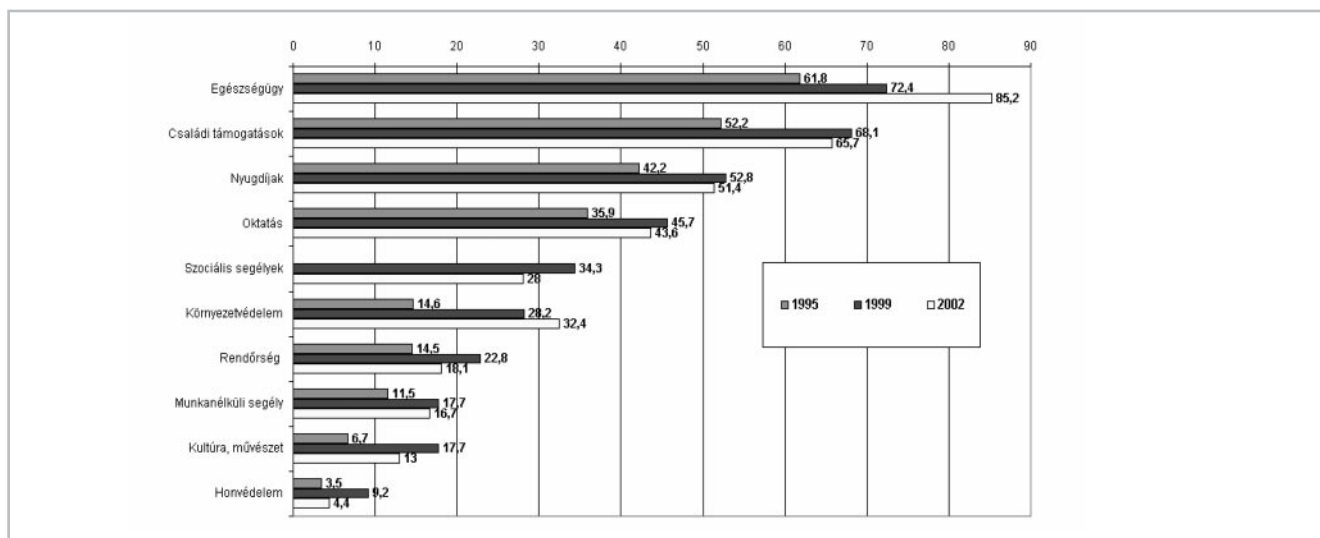
6. ábra
 A munkáltatói járulékcsökkenés hatása az Egészségbiztosítási Alap egyenlegére.
 Adatforrás: OEP főkönyvi adatok, illetve főkönyvi adatok alapján számított

vekedést és 19,5%-os járulék esetén ugyanekkora lenne az egy százalékpontonra eső bevétel), ami valamivel több volt, mint az Egészségbiztosítási Alap teljes azévi hiánya (375 milliárd forint) (5. ábra). A járulékcsökkenés hatását pontosan nem ismerjük a gazdasági növekedésre vonatkozóan, de azt biztosan állíthatjuk, hogy összességében tekintve a foglalkoztatás jelentősen nem nőtt a kilencvenes évek eleje óta (3. ábra). Látható, hogy egy átgondoltabb járulékpolitika-val az Egészségbiztosítási Alap bizonyos években még a csökkenő munkáltatói járulékok mellett is egyensúlyban tartható lett volna (6. ábra).

Az államháztartási törvény rendelkezései korábban előírták a kormány számára, hogy a járulékok emelésével vagy az ellátások csökkentésével járó javaslatot kell tennie az Országgyűlésnek a pénzügyi egyensúly helyreállítására

abban az esetben, ha a társadalombiztosítási alapok bevétele nem fedezi a várható kiadásokat. Ez a kötelezettség az államháztartási törvény módosításával megszűnt 2006. január 1-jén [2]. A korábbi időszak járulékpolitikája azonban arra is utal, hogy a pénzügyi egyensúly helyreállítása a járulékbévételek növelésén keresztül nem képezte részét a kormányzati terveknek.

A járulékcsökkenést középpontba helyező kormányzati intézkedésekkel szemben a lakosság világosan kifejezte preferenciáit az egészségügy finanszírozási helyzetének javítására a közfinanszírozás jelenlegi rendszerén keresztül. A TÁRKI 2002 augusztusában publikált jelentéséből kiderül [14], hogy a magyar lakosság az egészségügyet szinte egybehangzóan támogatandónak tartja, még járulékemelés árán is. A 7. ábrán látható diagramról leolvasható, hogy ar-



7. ábra
 Az egyes közkiadások növelése tekintetében a lakossági támogatottság százalékosan.
 Adatforrás: TÁRKI, 2002 [14]

ra a kérdésre: „Mely területeken támogatná az állami kiadások növekedését abban az esetben is, ha így az adók növekednének, az adózók kézhez kapott jövedelme viszont csökkenne?“, a magyar lakosság a négyévente megismételt kérdésre egyre növekvő, végül szinte teljes konszenzussal vélte úgy, hogy az egészségügyet még a közkiadások növelése árán is támogatni kell (7. ábra).

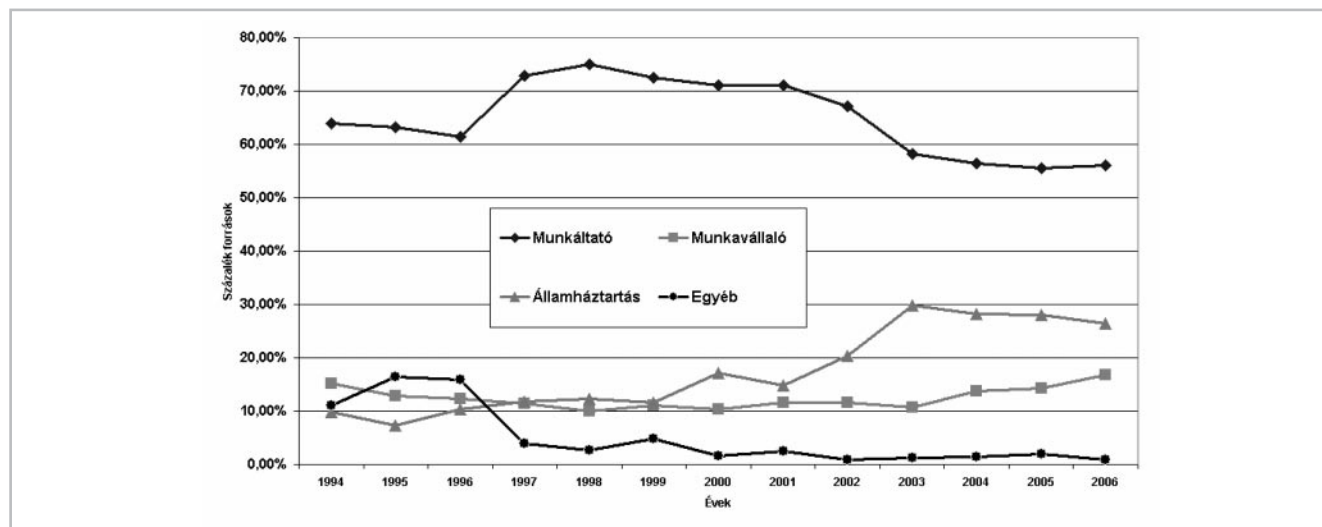
A járulékesbeszedés 1999-ben átkerült az adóhatósághoz abban a reményben, hogy ez majd javítani fogja a járulékfizetési fegyelmet és a szürkegazdaság kifehéritése is hatékonyabb lesz. A foglalkoztatási adatokból láthattuk, hogy a bejelentett foglalkoztatottak száma nem nőtt észrevehetően 1999 óta. Az ÁSZ legfrissebb jelentése számos problémára világított rá a tartozások behajtásával és a nyilvántartások megszervezésével kapcsolatban. A tartozások esetében az APEH az ÁSZ által kifogásolt módszerrel és mértékben írta le a tartozások 63,3%-át, valamivel több, mint 60 milliárd forintot 2005-ben. Az APEH a tartozások értékvesztésének megállapításához valószínűsített értéken csoportos értékelési eljárást hajtott végre a törvény által megkövetelt egyedi értékelés elvével szemben [5]. A tartozások 72,6%-a működő szervezeteknél halmozódott fel, és jelentős része 180, illetve 90 napon belül keletkezett.

Az értékvesztés mértéke nőtt 2004-hez (61,1%) és 2003-hoz (53%) képest is [2, 5]. A leírás mértékét túlzónak, az eljárás módját pedig a számviteli törvény előírásával ellentétesnek találták az ÁSZ szakértői. Álláspontjuk szerint a számviteli törvény alapján csak kis összegű követelések esetében lehet eltérni az egyedi értékeléstől, míg az APEH értelmezése szerint a 319/2005 Kormányrendelet alapján ténylegesen bármilyen, nagyságtól független követelés alapján egyszerűsített értékelési eljárás alkalmazható [5]. Az ÁSZ szakértői úgy vélik, hogy az idézett kormányrendelet nem tett mást, mint az APEH kifogásolt gyakorlatát jogszabályi szintre emelte, ami továbbra is ellentmond a számviteli törvényben foglaltaknak. Kifogásolták azt is, hogy ilyen

mértékű járulék elengedésére működő szervezetek esetében került sor.

Az Állami Számvevőszék idézett vizsgálata azt is megállapította, hogy „a járulékokkal kapcsolatos feladatok APEH-hez kerülése óta, 1999-től a jogalkotó nem rendelkezett sem az ellátások igénybevételének a járulékkötelezettség alapján történő, sem pedig a járulékkötelezettségnek a jogviszony nyilvántartás alapján történő automatikus ellenőrzéséről, az ehhez szükséges egyedi adatátadásokról, így a jogviszony nyilvántartás felhasználásának lehetősége az OEP-nél a pénzbeli ellátások megállapítására, ellenőrzésére szűkült” [2]. Az egységes járulék-nyilvántartási rendszer, és az egyéni járulék számla kialakítását célzó jogszabályi módosítások csak 2005 nyarára születtek meg. A jogszabályi feltételek hiányában az egészségbiztosítási ellátások igénybevételénél a jogosultság megállapítására még elméletileg sem volt lehetőség. Az APEH a lefolytatott járulékelőrzésekről és a járulékesbeszedés hatékonyságáról nem tájékoztatta az OEP-et, mindössze a beszedett járulékokról jogcímenként és gazdálkodási formaként adott összesített beszámolót havi jelleggel. A vonatkozó jogszabályok egyébként nem adtak felhatalmazást az egymás közötti adatátadásra, járulékadatok felhasználására az OEP csak egyedi ügyekben kapott lehetőséget [2]. Másfelől az OEP által kezelt jogviszony nyilvántartási rendszer megbízhatósági szintje még 2006 elején sem tette lehetővé az adatok ellenőrzési célú, rendszerszintű felhasználását [2]. Az APEH és az OEP által kezelt nyilvántartás rendszerszintű együttműködésének a kialakítására nem történt kísérlet.

A munkáltatói járulékcsoökkentés hatására a munkáltatók részaránya meredeken csökkent az Egészségbiztosítási Alap bevételeinél az államháztartással és a munkavállalókkal szemben. A munkavállalók 1998-ban még a bevételek 75%-át teremtették elő, ez az arány 2004-re 56%-ra csökkent (8. ábra). Ezzel párhuzamosan a munkavállalók részesedése jelentősen megnőtt 10%-ról 17%-ra, míg az állam-



8. ábra

Az Egészségbiztosítási Alap forrásai százalékos megoszlásban a hiányfinanszírozással együtt.
Adatforrás: OEP főkönyvi adatok alapján számított

háztartás társadalombiztosításon kívüli forrásainak részese-
dése 12%-ról 27%-ra emelkedett. Ez alapján azt mondhat-
juk, hogy túlzóak azok a szakértői megállapítások, amelyek
4:1-hez értékelik a munkáltatók és a munkavállalók közötti
járulékkerhek megoszlását [3, 6]. Érdemes még figyelembe
venni azt a tény is, hogy az államháztartás adókból és
hitelekkel finanszírozott hozzájárulása lényegesen nagyobb
arányban terheli a lakosságot. Az egyéb bevételek a kilenc-
venes évek elején az alapok közötti elszámolásból származ-
tak döntő mértékben (8. ábra).

A járulékcsoökkentési tendenciával párhuzamosan a kor-
mány 2002-ben fedezet nélkül kezdeményezte az Egész-
ségbiztosítási Alap útján a közalkalmazotti bérek emelését
az egészségügyi szektorban. Ugyan a béremelés szüksé-
gessége vitathatatlan volt (akkor és jelenleg is), de a kor-
mány a béremelésre nem biztosított fedezetet az Egész-
ségbiztosítási Alap költségvetésében, hanem utólag a zársám-
adásban rendezték az így keletkezett hiányt. A központi
költségvetés ezzel a lépésével jelentősen növelte szerepét
az egészségbiztosítási alap finanszírozásában még akkor
is, ha a finanszírozást – utólagosan - hiánygazdálkodáson
keresztül (a bevétellel nem fedezett kiadások hitellel történő
finanszírozása) oldotta meg.

Tévedés azonban azt gondolni, hogy csak Magyarorszá-
gon vállal magas részt az államháztartás társadalombiztosí-
táson kívüli része az egészségügyre fordított források
előteremtésében. Inkább az tekinthető magyarországi sajá-
tosságnak, hogy az államháztartás belől az önkormány-
zati és a központi költségvetés fejlesztési forrásai elhanya-
golható nagyságúak a teljes egészségügyi kiadásokhoz ké-
pest, és így az államháztartás szerepe túlnyomóan az
Egészégbiztosítási Alap kiegészítő finanszírozására és a
kormányzati intézmények fenntartására szűkül. Nemzetközi
összehasonlításban azt láthatjuk, hogy az egészségügyi tár-
sadalombiztosítási rendszert működtető országok közül

	2002	2003
Görögország	48,0	52,0
Svájc	30,9	30,7
Ausztria	30,0	30,2
Luxembourg	14,1	19,5 b
Magyarország	18,7	16,6 e
Lengyelország	13,8 b	14,0
Németország	12,8	12,6
Belgium		12,6 e
Csehország	11,4	12,0 b
Hollandia	6,2	4,5 e
Franciaország	4,7 b	4,6
Szlovákia	3,6	6,5

Copyright OECD HEALTH DATA 2006, June 2006
"e": becslés

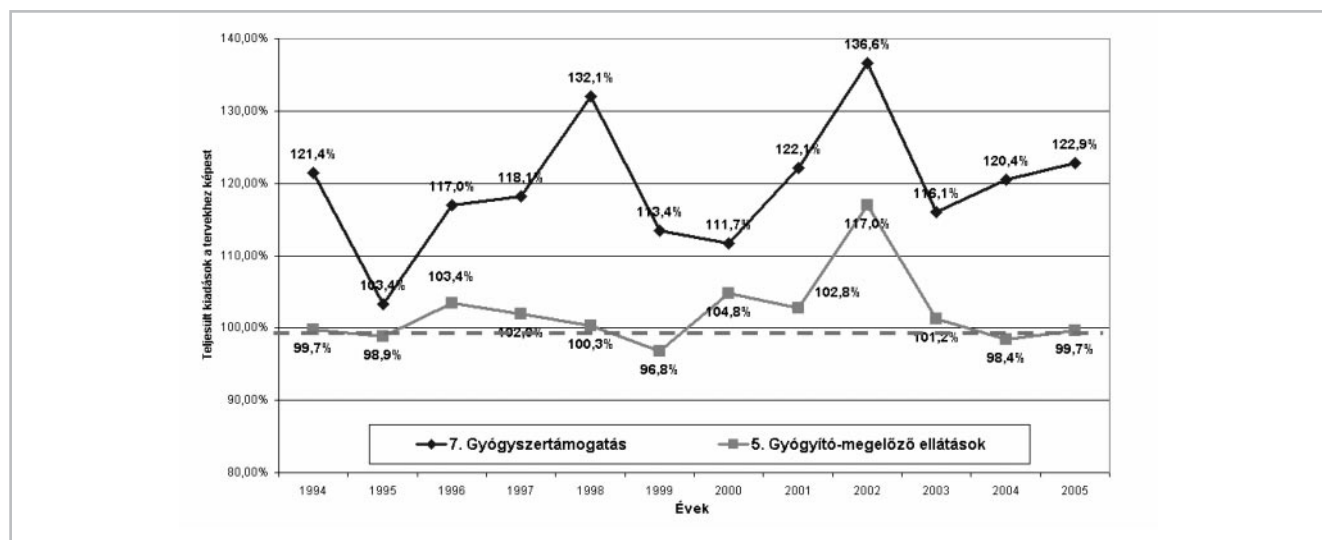
2. táblázat.

Az államháztartás társadalombiztosításon túlmenő részese-
dése százalékosan, a közcélokra fordított egészségügyi források finan-
szírozásában, nemzetközi összehasonlítás.

Adatforrás: OECD Health Data 2006

Ausztriában és Svájcban az államháztartás egyéb szektorai
lényegesen jelentősebb, Németországban és Lengyelor-
szágban közel hasonló szerepet játszanak az egészségügy
finanszírozásában, mint Magyarországon (2. táblázat).

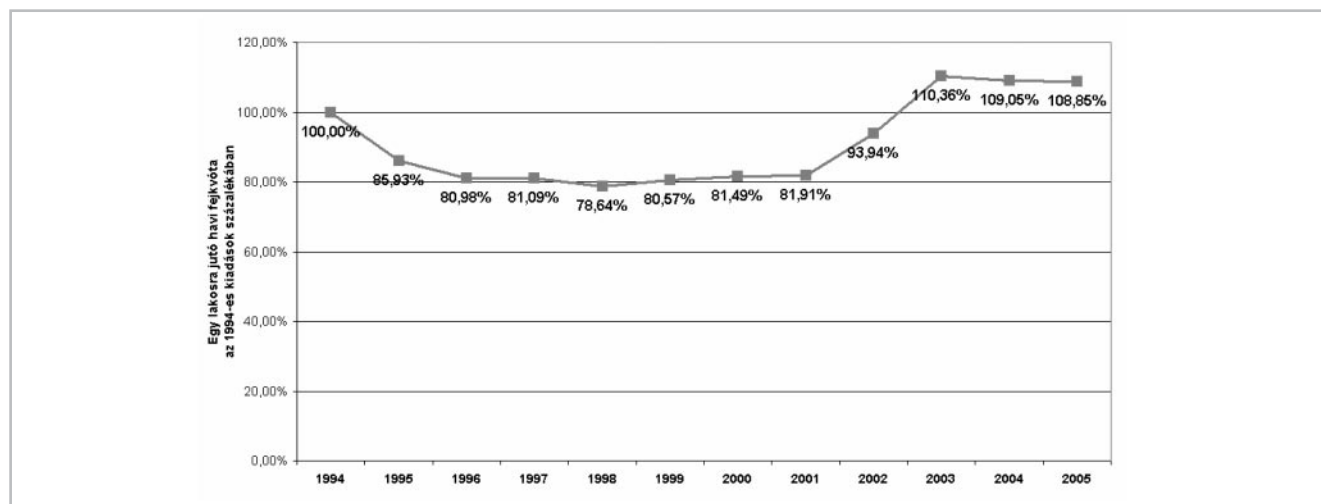
Az európai példák arra utalnak, hogy hamis az a véleke-
dés, mely szerint a magyar egészségbiztosítási és egész-
ségügyi rendszer esetében az egészségügyi kiadások a
munkáltatók és a munkavállalók járulékból fedezhetőnek
kellene lennie, és az államháztartás további jelentős részve-
tele csak a jelenlegi rendszer finanszírozhatatlanságának a
jele. Azokban a nyugat-európai országokban, ahol az állami
szerepvállalás mértéke lényegesen kisebb (Hollandia és
Franciaország), a magán kiegészítő biztosítások – és ezzel
párhuzamosan a lakossági terhek - lényegesen magasabb
szerepet kapnak a kiegészítő forrásteremtésben, mint Ma-
gyarországon. Ausztriában a jelentősebb állami szerepvál-
lítás egyben mérsékeltebb munkáltatói és munkavállalói já-
rulékkerheket is jelent.



9. ábra

A kiadások eltérése a tervezetthez képest a természetbeni ellátásokon belül.

Adatforrás: OEP főkönyvi adatok alapján számított



10. ábra
Gyógyító-megelőző kiadások egy lakosra jutó összege havi szinten 1994 és 2005 között, a 1994-es kiadások százalékában 1994-es árakon egészségügyi deflátorral számítva.
Adatforrás: OEP Statisztikai évkönyvi adatok alapján számított egészségügyi árindexet alkalmazva

A HIÁNY ALAKULÁSÁT MEGHATÁROZÓ TÉNYEZŐK A KIADÁSI OLDALON

Természetesen elengedhetetlen megvizsgálni azt a kérdést, hogy az egészségbiztosítási alap kiemelt előirányzatai – gyógyszer-támogatás és gyógyászati ellátások – milyen hatással vannak a tényleges hiányra. A 9. ábra azt mutatja be, hogy az egyes kiadási területek milyen mértékben lépték túl a számukra megszabott előirányzatot. Az ábráról leolvasható, hogy míg a gyógyszerkiadások jelentősen és folyamatosan, addig a gyógyító-megelőző kiadások egyetlen év kivételével soha nem lépték túl lényegesen a számukra megszabott költségvetési kereteket. Ez azt is jelenti, hogy nem tartható az a vélekedés, amely a gyógyító szolgáltatásokat nyújtó ellátói oldal finanszírozását fenntarthatatlannak tartja a jelenlegi keretek között az Egészségbiztosítási Alap hiányából eredően, hiszen az OEP évközben keletkező hiánya egyáltalán nem a gyógyító szolgáltatást végző ellátók finanszírozásából fakadt korábban. A vizsgált időszak egyetlen jelentősen eltérő évében is csak az évközben elhatározott, kormányzat által kezdeményezett közalkalmazotti, 50%-os béremelési lépéssel volt összefüggésben (9. ábra).

A gyógyászati ellátásokra fordított egészségbiztosítási források reálértéken tulajdonképpen alig változtak 1994 óta (10. ábra). Ez azt is jelenti, hogy az egészségügyi költség-robbanásnak nincs jele a gyógyító szolgáltatások finanszírozásában. Gyógyszervásárlások támogatására és a gyógyító-megelőző szolgáltatások finanszírozására havonta egy lakosra bontva 9 080 forintot költött az egészségbiztosító 2005-ben, ami bármilyen ágazati összehasonlításban rendkívül kedvező összegnek számít.

ÖSSZEGZÉS ÉS VITAPONTOK

Álláspontom szerint az Egészségbiztosítási Alapnál kialakult hiány okai döntően az egészségbiztosítási rend-

szerünktől független tényezőkben található meg. Ezek a tényezők a jelenleg alkalmazott finanszírozási rendszertől függetlenül okoznak évről-évre jelentős hiányt. Az egészségbiztosítási alapnál keletkezett hiányt a szakmai közvélemény nem jelentéktelen része tévesen állítja be az egészségbiztosítási, illetve egészségügyi rendszerünk hatékonysági problémájaként.

A kilencvenes évek közepétől az Egészségbiztosítási Alap bevételi oldalát meghatározó járulékpolitikát a kormány elszakította az egészségügy tényleges finanszírozási igényétől és eredménytelenül használta fel foglalkoztatáspolitikai célokra. Miközben a munkáltatói járulékcsökkentés mértéke igen nagy mértékű volt a vizsgált időszakban, illetve a gazdasági növekedés mértéke is jelentős volt, a foglalkoztatás bővülése nem történt meg. A járulékbeszedés átszervezése az APEH-hez sem hozott kimutatható hatékonyságjavulást a járulékbevételek növelése, a tartozások behajtása és a feketegazdaság kihéberítése területén.

Az Egészségbiztosítási Alap hiányára hivatkozva számos szakértő egészségügyi rendszerünk általános finanszírozhatatlanságát állapítja meg. Ezzel szemben úgy vélem, hogy a hiány meghatározó része a kormányzat járulékpolitikájával és a gazdasági átmenet foglalkoztatásra gyakorolt hatásával van összefüggésben. A gyógyító-megelőző ellátások esetében a kiadások egyáltalán nem jelentettek hiányképző tényezőt, hiszen egyetlen évtől eltekintve az előirányzatokat teljes egészében sikerült betartani az alkalmazott finanszírozási technikákkal 1994 és 2005 között. Hiánynövelő tényezőt alapvetően a gyógyszer-támogatási kiadásoknak a tervezetthez és az előző évhez képesti jelentős növekedése jelentett.

Ugyanakkor a finanszírozási rendszerünkben teljesen eltérő tendenciák figyelhetők meg hiányképződéssel kapcsolatban a finanszírozás két nagy területén, a gyógyító szolgáltatások és a gyógyszer-finanszírozás esetében. A gyógyszerkiadások aránya és hiányképző potenciálja jelen-

tós a társadalombiztosítási költségvetésben, bár nemzetközi mércékkel nézve az egy főre jutó nominális költség alacsony. Nemzetközi összehasonlításban az is látszik, hogy az államháztartási szerepvállalás még a hiányfinanszírozással együtt sem tűnik eltúlzottan magasnak. A fentiekből

következően nem tűnik kellőképpen alátámasztottnak az a vélekedés, amely az Egészségbiztosítási Alap hiányából vezeti le a reformkényszert a gyógyító-megelőző ellátások finanszírozására, az ellátások szervezésére vagy a biztosítási rendszer egészére nézve.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Dr. Boncz Imre (2005): Az egészségbiztosítási alap pénzügyi egyensúlyáról és hiánygazdálkodásáról, IME, IV. évfolyam 8. szám, 2005. november, 5.o.
- [2] Állami Számvevőszék (2007): Jelentés az Egészségbiztosítási Alap működésének ellenőrzéséről, 2006. december, 0651. sz., 15.o.; 21.o., 31.o., 41.o., 59.o.; 73.o.
- [3] Prof. Dr. Mihályi Péter és szerzőtársai (2007): A biztosítási piac megnyitása (szakmai vitaanyag), 2007. január, 10.o.; 13.o.
- [4] Dr.h.c.Kovács Árpád (2007): Az Állami Számvevőszék és az egészségügy, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 44. évf 4-5-6. szám, 11.o.
- [5] Állami Számvevőszék (2006): Jelentés a Magyar Köztársaság 2005. évi költségvetése végrehajtásának ellenőrzéséről, 39.o., 40.o., 205.o; 210.o.
- [6] Prof. dr. Mihályi Péter (2005): Az egészségügyi reform koncepcionális határai, Egészségügyi Gazdasági Szemle (43.évf. 5.szám), 6.o.
- [7] Dózsa Csaba, Borcsek Barbara, dr. Boncz Imre (2003): Az egészségbiztosítási alap bevételi és kiadási oldalának elemzése, 1994-2002, Egészségügyi Gazdasági Szemle (41.évf. 5.szám)
- [8] 1927. évi XXI. törvénycikk a betegségi és baleseti kötelező biztosításról, 32. bekezdés
- [9] Országos Egészségbiztosítási Pénztár statisztikai évkönyvei
- [10] KSH (2007): A KSH jelenti 2006/12.
- [11] KSH STADAT (2007/3/10): A 15-74 éves népesség gazdasági aktivitása nemenként, www.portal.ksh.hu
- [12] KSH (2002): A Magyar Nemzeti Egészségügyi Szám-lák (1998-2000)
- [13] Orosz Éva, Guy Ellena, Jakab Mellitta (1998): Reforming the Health Care System: The Unfinished Agenda, 232.o., in Public Finance Reform During the Transition edited by Lajos Bokros and Jean-Jacques Dethier, Worldbank Publication
- [14] TÁRKI – Bernát Ildikó (2002): Elemzések a gazdasági és társadalompolitikai döntések előkészítéséhez, 2002/6.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Szigeti Szabolcs egészségügyi közgazdász 1994-ben szerezte diplomáját a Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetemen, majd 2002-ben végezte el a SE Egészségügyi Menedzserképző Központ két éves posztgraduális képzését. Jelenleg az ELTE Szociálpolitikai doktori iskolájában folytatja tanul-

mányait egészségpolitikai és egészségbiztosítási témakörben. Kutatásának fő területe az egészségbiztosítási rendszer kiemelt teljesítménykritériumainak (hatékonyság, igazságosság, pénzügyi stabilitás) mérése és azok kormányzati észlelése. Az egészségüggyel kapcsolatos munkatapasztalatát az Egészségügyi Minisztériumban és az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnál szerezte 1998-tól kezdődően.



V. Infokommunikációs Konferencia

2007. április 18-19.

Új helyszín!

Best Western Hotel Hungaria – 1074 Budapest, Rákóczi út 90.

LARIX Kiadó Kft.

1089 Budapest, Kálvária tér 3. II. 29. • Telefon/fax: 333 2434, 210 2682

www.imeonline.hu • ime@imeonline.hu • www.larix.hu • larix@larix.hu