

Egészségbiztosítási reform: tőkebevonás vagy forráskivonás?

Dr. Bacskai Miklós, Healthware Tanácsadó Kft.

A forrásteremtés és forrásfelhasználás tervezése sokáig nem kapott kellő figyelmet a finanszírozói tevékenységben. Ebben közrejátszott az OEP inkább pénztári, mint biztosítói berendezkedése, valamint kvázi költségvetési szervként betöltött szerepe. Különös módon értékelődik fel a pénzügyi tervezés hatékonyságának elve, ha valamilyen formában szóba kerül a finanszírozói privatizáció vagy a tőkebevonás igénye. Kérdéses, hogy az ágazatba bekerülő tőke mennyire képes eredeti céljának szolgálatára, vagy csupán elpárolog a korábbi forráshiányos gazdálkodás által kitermelt működési tőkehiány feltöltésekor. Problémát jelenthet az is, hogy az egészségügyi ellátórendszer és a finanszírozói oldal átszervezése egy időben történik, valamint ennek során jelentős befolyással bíró tőkebefektetők szólhatnak hozzá a szolgáltatások, a szabályozás és finanszírozás átalakításának folyamatához.

For a long time, the third-party payer had not enough regard to the optimal resource management and allocating mechanism in Hungary. The function of National Health Insurance Fund is closer to a simple health fund than a real insurance fund. The low price of services and short-time planning to observe the budget can not be maintained with the reason for the insufficient resources. The financing risk management will be emphasized by the venture capital investments planned in Health Insurance Sector in Hungary. The great challenge: the way to do working capital from venture capital and private equity considering the ethical, efficiency and profitability requirements.

HÁTTÉR

Napjainkban kitüntetett figyelemmel fordulunk az egészségügy témája felé. Jelen kormányzati ciklus során a reformok közé sorolt folyamatok legfőbb tárgya az egészségügy átszervezése. A változások sodrában, a korábbiakban kissé rezignált társadalom is a véleményalkotók sorába lépett. A népszavazás eredménye rávilágított, hogy a reform nem csupán a társadalmi, gazdasági és politikai berendezkedés részleges megváltoztatása politikai eszközökkel, hanem egy sok figyelmet követelő változtatási folyamat. A helyzetértékelés, tervezés, irányítás és végrehajtás végtelenbe nyúló ciklusai során kellő figyelmet kell szentelni a tájékoztatás minőségére, arra, hogy a változás terheit viselőikben milyen jövőkép alakul ki. Ennek hiányában a hosszú távon jelentkező előnyök elhomályosulnak,

és a sikertelenség bármely reformkísérlet későbbi elfogadottságát is nehezíti.

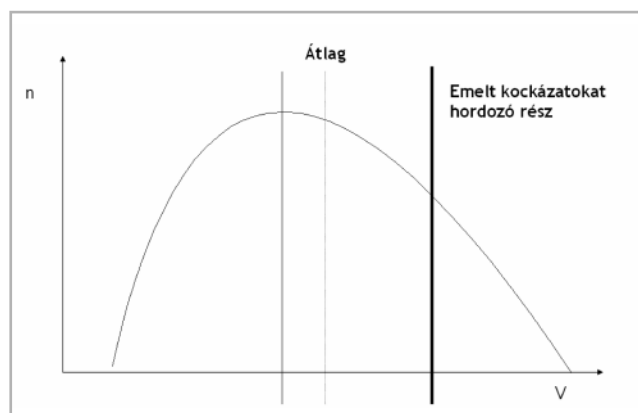
Érdemes elkülöníteni az egészségügyi ellátórendszer szerkezeti és a finanszírozás biztosítási reformját. Míg az előbbi főképpen a rendelkezésre álló erőforrások leghatékonyabb felhasználását célozza meg a legjobb minőségben, biztosítva a legszélesebb hozzáférést az elfogadott méltányossági elvek szerint, addig utóbbi a rendszer gazdaságos működtetéséről, fokozatos bővítésének tervezhetőségéről, fenntarthatóságának biztosításáról szól. Természetesen a fenti érdekek érvényesüléséhez szükséges lépések folyamatosan feladattal látják el az egészségügy szereplőit. A strukturális változásokat (a szolgáltatások és szereplők állandó bővülését) a szabályozási és finanszírozási elvek módosulásainak kell követnie, mindehhez a pénzügyi háttér folyamatos biztosítása szükséges a források megfelelő allokációja mellett. [1]

A FINANSZÍROZÓ KOCKÁZATKEZELÉSE

A forrásteremtés és forrásfelhasználás tervezése sokáig nem kapott kellő figyelmet a finanszírozói tevékenységben. Ebben közrejátszott az OEP inkább pénztári, mint biztosítói berendezkedése, valamint kvázi költségvetési szervként betöltött szerepe. Továbbá az, hogy a hazai ellátások ellenértéke jelentős mértékben elmarad az Unió egyes területein érvényesülőétől. Az „olcsóbb” szolgáltatások azonban csak egy ideig tarthatók fenn a finanszírozás módszeres alultervezésével. Különös módon értékelődik fel a pénzügyi tervezés hatékonyságának elve, ha valamilyen formában szóba kerül a finanszírozói privatizáció vagy a tőkebevonás igénye. Azaz, az ágazatba bekerülő tőke mennyire képes eredeti céljának szolgálatára, vagy csupán elpárolog a korábbi forráshiányos gazdálkodás által kitermelt működési tőkehiány feltöltésekor. Mindemellett teljesen új kihívásokat jelent az egy éves tervezésből való kilépés és szemléletváltás is.

Azt persze beláthatjuk, hogy finanszírozónak lenni nem könnyű feladat. Amennyiben az OEP esetleges megtakarításai a következő évre átemelhetők lettek volna, aligha tudták volna fedezni a következő időszak valamennyi tervezési kockázatát. A leggondosabb tervezés során is elkerülhetetlen, hogy számos korrekciót tegyünk meg az ellátás szervezése során, hogy bizonyos kiadási pontokat megfogjunk, s a nagy kockázatú, nagy költségű eseményeket a megfelelő mértékben elkerüljük. A kockázatkezelés sikertelensége esetén azonban nem marad más, mint a következmények áthárításának lehetősége.

Egy kiadás tervezése során a várható kiadás összesített értéke általában normális eloszlást mutat. Előfordulhat azonban olyan eset is, amikor jóval a várható értéket meghaladó összegekkel szembesülünk. Ekkor a finanszírozó tartalékai után nyúl, vagy arra törekszik, hogy a nem várt kiadásokat – elfogadható méltányosság mentén – csak a leginkább rászorultak részére biztosítsa. Ha a finanszírozói kockázat nem mérséklődik, akkor marad a várólisták kialakításának lehetősége, vagy az adott szolgáltatás finanszírozására a piac egyéb szereplőinek bevonása. Ha a forrásteremtés egy új finanszírozó bevonásával történik, akkor horizontális kockázat-megosztásról beszélhetünk. Ha a kockázatok nem a biztosítási piacra, hanem az egészségügyi szolgáltatókra hárulnak, akkor a kockázat áthárítása a szolgáltatási lánc mentén vertikálisan történik. [1, 2]



1. ábra
A bekövetkező kiadások várható értékének valószínűségi eloszlása

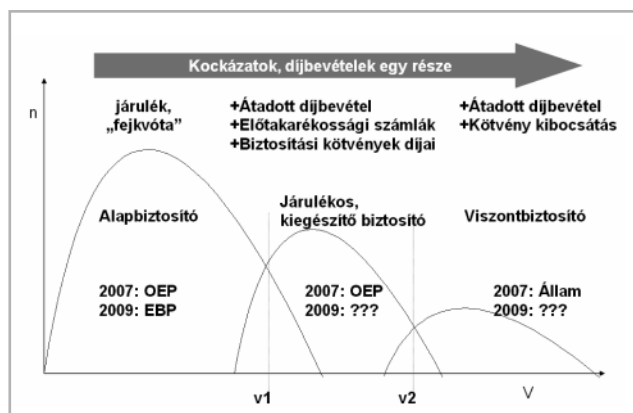
Minden megoldásnak vannak előnyei és hátrányai. Idővel minden kockázat kezelésében a fenti variációk optimális ötvöze alakul ki, de hosszabb távon a költségek és igények növekedésével a magánkiadások egyre nagyobb részét magába foglaló kiegészítő biztosítás kialakulására számíthatunk. A kockázatok szétválasztásában egy-egy kassa kezelésekor az OEP is élen jár. Gondoljunk csak a különkeretre a gyógyszerek, ill. a csillagos HBCS-k esetére a fekvőbeteg-ellátás keretein belül.

KOCKÁZATOK KEZELÉSE TŐKEBEVONÁSSAL

A horizontálisan kezelt kockázatok átvállalásának perze ára van. A direkt biztosító az általa kezelt díjbevétel egy részét az átvállalt kockázatokért megosztja az indirekt biztosítóval. Ezen felül persze saját díjbevétele is lehet a szolgáltatáscsomagra vonatkozólag, ill. a kockázatok egy részét maga is továbbadhatja. A viszontbiztosítási lánc új szereplőkkel bővülve a rendszer jelentős kockázatait nyelheti el, stabilizálva a finanszírozó pénzügyi helyzetét, lehetőséget adva a nagyobb léptékű változtatások kivitelezéséhez is. [3, 4] Napjainkig a fenti biztosítói szerepkörök csaknem 100%-

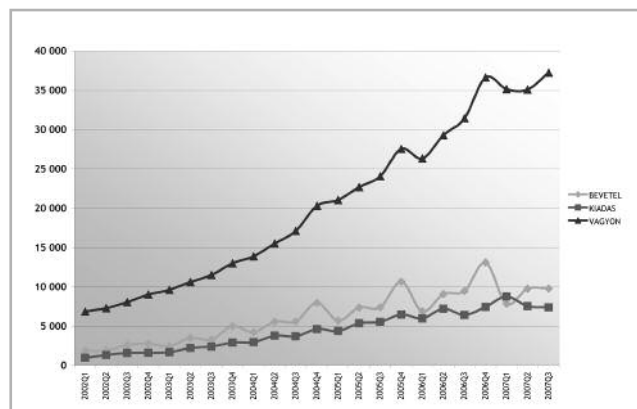
os állami irányítás alatt álltak az egészségügyben. Az „alapsomagot” az OEP szakfőosztályai kezelik, a kiegészítő szolgáltatásokat az egyedi méltányosság keretein belül lehet igénybe venni. Abban az esetben, ha a költségvetési előirányzat kevésnek bizonyul, a parlament adóbevételekből pótolja a hiányt. A helyzet centrálisan történő kezelése valóban lefedi a finanszírozás kockázatait addig, amíg az alapsomag felépítésével és szolgáltatásainak minőségével a lakosság elégedett.

Ha ennek változtatásához tőkét szeretnénk a rendszerbe emelni, bizonyos szolgáltatások kiengedésével biztosítói lánc alakulhat ki. A viszontbiztosítói oldalon az ágazattól független pénzek – pl. hazai és külföldi nyugdíjalap-kezelők befektetési alapokba történő befektetési – segíthetik eliminálni a kockázatokat, ezen felül speciális szakmai tőkebefektetéseket is támogathatnak közvetlen megjelenésükkel. A rendszer likviditásának ára van. A viszontbiztosítói láncon keresztül a nyereség nagy valószínűséggel külföldre távozik. A kedvezőtlen tendencia mérséklésére az államnak gyakorlatilag minden szinten kitüntetett szereplőnek kell maradnia a folyamatban. Ideális esetben az átvállalt kockázatok ellentételezései fajlagosan olcsóbbá is válhatnak szabályozott versenykörnyezetben, míg a felhalmozott tőke forrást teremt újabb szolgáltatások kialakítására, a várólisták alacsony szinten tartására. [5]



2. ábra
Horizontális kockázatmegosztás elvi sémája

Egy járvékos szolgáltatásokat nyújtó biztosító kialakításához jelentős tőkebefektetés kell. A korábbi előtakarékosági pénztári formák nem voltak képesek az elmúlt időszakban akkora felhalmozásra, ami lehetőséget adna arra, hogy intézményi befektetőként léphessenek fel. Ez ellen szólt persze az ide vonatkozó szabályozás szigorodása is, amelyek az adókedvezmények csökkentését, ill. 2004-től csak az egyéni számlavezetést tették lehetővé számukra. Ennek ellenére az önkéntes pénztárak vagyona 2007-ig 37 Mrd Ft fölé növekedett, míg az egészségbiztosításban érdekelt biztosítóintézetek éves bevételei 15,7 Mrd Ft-ot tettek ki, jelentősen hozzájárulva a betegterhek térítéséhez. Jelenleg a kifizetések a bevételek kétharmadát teszik ki az előbbi, s közel felét a második esetben. [6]



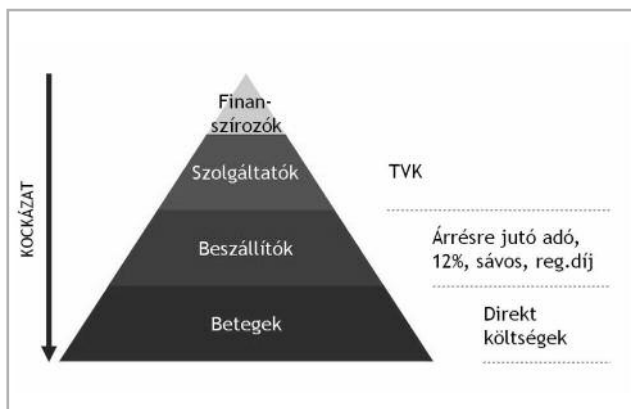
3. ábra
Egészségpénztárak bevételei és kiadásai 2002-2007 (millió Ft)
(Forrás: PSZÁF)

KOCKÁZATKEZELÉS RÖVIDTÁVON: A FORRÁSOK ÁTCSOPORTOSÍTÁSA

A finanszírozói kockázat áthárításában napjainkig a kockázatok vertikális megosztása dominál. Ennek során az alapok betartásának kockázatát a szolgáltatók veszik át, míg az átvállalt terhek miatt gyakran elmarad az érintett terület átszervezése, fejlesztése. A magára hagyott szolgáltatási szegmens az igénybevétel tartós fennmaradása esetén csak a betegek közvetlen hozzájárulásaiból tartható fenn.

A betegterhek emelkedésének visszafogására az állam számos esetben az ellátási láncban érdekelt szolgáltatók és szolgáltatók hozzájárulását kérte. A kezdetben konszenzus alapján átvállalt terhek nagyságrendileg nőttek az elmúlt időszakban, jelentős bizalmatlanságot kialakítva az állami szerepvállalással szemben. Például a teljesítményvolumenkorlát bevezetése direkt és indirekt hatással járt a kórházakra és beszerzői társaságokra, míg a gyógyszergyártói és nagykereskedői befizetések adó jellegének kialakítása 2003-tól napjainkig a kezdeti 6,8 Mrd Ft-ról 31,4 Mrd Ft-ra nőtt. Különösen nagy a bizalmatlanság egy leendő új szereplő részéről, aki befektetéseit nem azért teszi az egészségügyi piacon, hogy az állam ugyanakkora forráskivonással éljen. Bár a hozzájárulások csökkentették a betegterhek emelkedésére irányuló nyomást, a szereplők lassan elérik teljesítő képességeik határát, mely magával vonja a betegeknek jelentkező térítés jellegű díjak emelkedését (4. ábra).

A folyamat lassításához a rendszer konszolidációjára és/vagy többevonásra van szükség. A korábbi időszakok elmaradt kiigazításainak következtében a rendszer rendelkezhet még tartalékokkal. Ennek példaként szolgál az a tény, hogy a járulérendszer kialakítását követő több éves késlekedés után, az eddig „potyautasként” viselkedő újonnan bevont befizetők plusz járulékbefizetése csaknem 100 Mrd Ft többletbevételt eredményeztek 2007-ben az E. Alap számára. Elsősorban ez a tétel eredményezte az alap pozitív zárását.



4. ábra
Vertikális kockázatmegosztás a szolgáltatási lánc mentén

Szükség is van a többletbefizetésre, miután 2006. óta folyamatos az átcsoportosítás a Tb alapok bevételei között. A munkáltató által fizetett járulékon belül az egészségbiztosításra szánt hányad 11%-ról 5%-ra csökkent a nyugdíjbiztosítási alap javára. Az így keletkezett hiányt adóbevételekből pótolja az állam. Ez, valamint a relatív kisszámú járulékfizető ösztönözhette a kormányzatot, hogy ne adó, hanem díj jellegű hozzájárulásokkal is csökkentse az E. Alap bevételi hiányát. Mindez persze a kiadások visszafogását is szolgálta, azonban a betegek oldalán jelentkező közvetlen terhek, a jelenlegi szerepével és jövőbeli mértékével kapcsolatos társadalmi bizalmatlanság március 9-e után a helyzet megváltoztatására kötelezi a kormányzatot. Való igaz, hogy a társadalom a sokat bírált járulékfizetésben egyre inkább felismeri a nemzeti kockázatközösség és előtakarékoság előnyeit.

Év	Foglalkoztató által fizetendő				Biztosított által fizetendő					
Társadalombiztosítási járulékok				Kor ked vez.	Nyugdíj befizetések			Egészség- biztosítási járulékok		
Nyugdíj- biztosítási járulékok	Egészség-biztosítási jár. (eg.b.j.)		Biz- tosí- tási járu- lék							
	Természet- beni eg.b.j.	Pénzbeli eg.b.j.								
					mpt. tag	nem mpt. tag	mpt. tagdíj	Termé- szet- beni eg.b.j.	Pénz- beli eg.b.j.	
2008	24	4,5	0,5	13*	1,5	9,5	8	4	2	
2007	21	5	3	13*	0,5	8,5	8	4	3	
2006	18	7	4	0	0,5	8,5	8	4	2	

1. táblázat
A fizetendő járulékok megoszlása 2006-2008 (Forrás: APEH)

A kieső 15-17 Mrd-os bevétel körül lezajló vita is rámutat a finanszírozó szűk mozgásterére. A kiadásmérséklő hatás és az elmaradt valós szükségleten alapuló igénybevétel megoszlása talán örökre felemlített kérdés marad. A romló közhangulatban a közeljövőben kis esély van a járulékok emelésére, miközben az OECD kimutatásai szerint

hazánkat csak Belgium előzi meg a közterhek százalékos nagyságában. Az adó- és járulékkerhelés a teljes munkaerőköltség 54,4 százalékát tette ki Magyarországon, és ez 10-15%-al magasabb a régió országaira jellemző értéknél. További kedvezőtlen tény, hogy az OECD vásárlóerő-paritáson dollárra átszámolt adatai alapján a nettó bérek Szlovákiában 14%-kal, Lengyelországban 16%-kal, Csehországban pedig 37%-kal haladják meg a magyar szintet. [7] Emellett tény, hogy a KSH fogyasztói kiadásokat összesítő adatai szerint a háztartások több mint 460 Mrd Ft-ot költöttek 2006-ban egészségügyi célokra, ami alapján a magánkiadások közel 30%-át teszik ki az egészségügyre fordított összességnek. [8] A közkiadások arányának jövőbeli növekedése elsősorban a járulékfizetési hajlandóság függvénye, ami nagymértékben függ a gazdaság teljesítőképességétől, a bérek emelkedésétől, ill. azok közterheinek csökkentésétől. A jelenlegi gazdasági és járulék viszonyok között megfontolandó a lakosság partnerségi szerepének felértékelése a társadalmi juttatások átalakítása során. [2]

A LAKOSSÁGI RÁFORDÍTÁSOK VÁRHATÓ ALAKULÁSA

A lakosság jelen és jövőbeli terheinek optimális kezelése a meghirdetett reformok során elég kínos fejezetnek tűnik. Az ellátórendszerben lévő további megtakarítások, valamint a forrásallokációs mechanizmusok hatékonyságának növelésére a kormányzat a teljes rendszer funkcionális privatizációját választotta. A kockázati tőke számára csak olyan befektetések jelentenek vonzerőt, ahol a hozam garanciáit vagy menedzsmenti, vagy tulajdonosi szinten befolyásolni tudja. Másrészt a kockázati tőke mint fejlesztőtőke olyan működési folyamatokat támogat, amelyek várhatóan sikert eredményeznek. Ahol a kockázatok jelentősnek mutatkoznak, az elvárt kezdőtőke esetében is csak a megfelelő önrész esetén hajlandó részt venni. [9] Milyen pluszfedezetet tudna az állam letenni, amennyiben nem garantálja a hozamot? A pénzügyi források hiányában vagyoni vagy funkcionális privatizációs bevételeket, vagy a lakossági hozzájárulások jelen és jövőbeli értékét. Ezen érték nagyságának növelése azonban nem látszik eredményesnek csak az előtakarékosság szintjének növelésével, amihez további, a jelenleginél eredményesebb ösztönzők kialakítása szükségesnek látszik.

Várhatóan az egészségügybe beérkező egyszeri 80-120 Mrd Ft nem tűnik elégségesnek, hogy a vertikális kockázatmegosztás kedvezőtlen folyamatait kellőképpen lassítsa. Ennek legalább a fele a megalakuló egészségbiztosítási pénztárak tartalékképzését szolgálja, és egy része – annak ellenére, hogy a pénztárak nem fizetnek osztalékot az első három évben – a fejkvóta-képzés kezdeti nehézségei miatt túlffinanszírozott régiókban felhalmozódva kivonódik a működésből. Ráadásul az EBP-k is a vertikális kockázat átterelésének hatásait erősítik. Amennyiben az EBP-k jelenlététől a szolgáltatások ellentételezésének és minőségének

tartós javulását várjuk, azt várhatóan csak akkor tudják biztosítani, ha a rendelkezésre álló kapacitásokat csökkentik, és a várólisták hosszát növelik.

Nem feledkezhetünk meg persze arról sem, hogy a pénztárak a szolgáltatási lánc mentén kétirányú érdekképviseletet érvényesítenek. Míg erősítik a kormányzat újraelosztó, kapacitásredukáló egészségpolitikáját, egyre több pénzt igényelnek a rendszerből kiadásai fedezetére, a fejkvóta rendszer igazságtalanságainak kiigazítására. Egy valamennyi szereplő igényeit kielégítő fejkvóta kialakítása több tíz évre kiterjedő folyamattá válhat. Ha nem így lenne, már mindenhol ezt használnák a teljesítményalapú finanszírozás helyettesítésére a világon. A valódi szükségleteket közelítő demográfiai és betegség-specifikus algoritmus kialakításáig az adott területre jellemző kiadási mintákkal simított számítás lesz alkalmazásban.

A fejkvóta elégtelensége esetén folyamatos nyomás lesz a kormányzaton a korrekcióra vonatkozólag. Ekkor a hiány vagy kiigazításra kerül a fejkvóta finomításával, vagy bizonyos ellátások kikerülnek a rendszerből, és a támogatás összegét kockázatmegosztó szabályozással viseli a fejkvótát osztó és az azt kezelő pénztár. [10] Persze azt is mondhatjuk, hogy a kudarcok folyamatosan visszakerülnek az állam térfelére. Ha ezt állami részről nem követi a források megfelelő kiigazítása, egy adott ponton felmerülhet az ellátáshoz történő lakossági hozzájárulás mértékének emelése is, ill. az alapsomagból egyes szolgáltatások kivétele. Ez a kedvezőtlen fogadtatáson túl annál is inkább a lefőlözés veszélyét hordozza magában, minél nagyobb arányban történik meg az egymást kiegészítő és nem csak helyettesítő szolgáltatások között.

A fenti folyamatok akkor jelenthetik a lakossági terhek rohamos növekedését, ha a felügyeleti kontroll elégtelensége miatt túl gyorsan és indokolatlan mértékben zajlanak le. [1, 2, 11]

A felálló EBP-k szakmai tőkebefektetésükhöz kockázati tőkét használnak fel. Abban az esetben, ha a rendszer átalakítása és hatékonyságának fokozása során nem tesznek szert kellő megtakarításra, akkor felgyorsíthatják a szolgáltatási lánc mentén a finanszírozási terhek betegekre irányába történő terelődését. Az ügyfélkörök bővítéséhez kevés differenciált szolgáltatást nyújthatnak, ezért a hangsúlyt könnyen a kiegészítő biztosítások ügynöki teendőire fektethetik.

A kiegészítő biztosítók érdekei átfedik a kialakuló viszonyokat, a növekvő lakossági terhek és várólisták mentén nagyobb üzletkötési potenciál alakulhat ki. Egy financiálisan feszített, gyorsan beszűkülő alapsomag azonban nagymértékben növeli a szelekció és lefőlözés veszélyét.

MEGFONTOLÁSOK

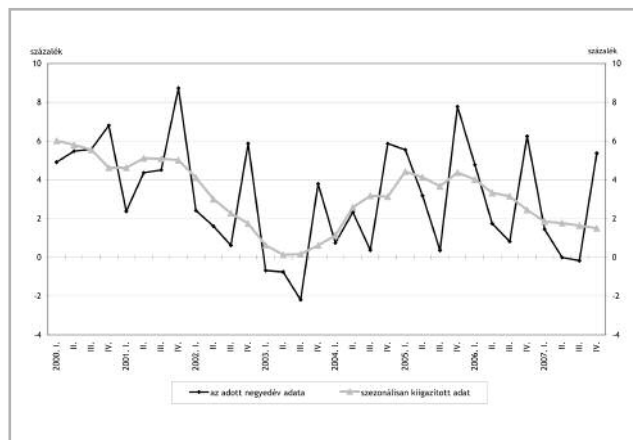
A kedvezőtlen folyamatok felerősödése csak az ellátórendszer kockázati tőke kizárása mellett történő átalakításával, vagy annak célzott és szabályozott beemelésével küszöbölhető ki. Az ellátórendszer konszolidációjának rész-

ben meg kellene előznie az egészségbiztosítás átalakítását. A korábbi tapasztalatok alapján a központi szabályozás – egy adott ellátási területen – bevont többletforrások esetén gyakran csökkentette a finanszírozás mértékét. Ez jelentősen mérsékli a további befektetési, ill. hozzájárulási hajlandóságot. Az ágazatba várt 100 Mrd Ft tőke várhatóan nem elegendő egy változtatási folyamat középtávú finanszírozására, így további forrásallokációs mechanizmusok beindítása várható. Ezek vagy a betegek terheit növelik, vagy egyes finanszírozott területekről további forráskivonást jelenthetnek. A sikert nagymértékben elősegítené egy erre a célra elkülönített Reform Alap, amely több éves időszakra enyhítené az átalakulás terheit, valamint a szükségtelen tőkebevonás igényét az elvárt eredmények jelentkezéséig.

Megfontolandó tőkebevonás az, ami a lakosság egészségügyi célra történő megtakarításait támogatja. Az egészségbiztosítási rendszerek általában egy, az adott társadalom számára elfogadható vegyes finanszírozású rendszer felé konvergálnak. [2, 11] Gondos mérlegelést kíván a folyamatok tervezése és indokolt mértékű végrehajtása. A részleges tőkebevonás, az alapsomag meghatározása mellett kisebb társadalmi kockázatokat hordoz magában, mint a folyamatok egymás mellett futtatása. Mindazonáltal a horizontális kockázatmegosztás sikeressége csökkentheti a nagy pénzügyi kockázatú ellátások várólistáit, a járulékos kapacitások kialakításával és a folyamatos tőkebevonással. Nem felejtendő el azonban, hogy az egészségbiztosítási rendszer hosszú távú fenntarthatósága, korszerű bővíthetősége és a hozzáférés szintjének fenntartása érdekében történő tőkebevonás árát folyamatosan meg is kell fizetni. Bár a sikeres gazdálkodás eredményeiből biztosított hozam adott időszakra forráselvonásként jelentkezik, elfogadhatósága esetén újabb tőkét vonz, és a szolgáltatások díjainak féken tartása és a várólisták elfogadható nagyságának kialakítása esetén hosszú távú stabilitást eredményez.

Az ellátórendszer átalakítása bizonyos területekről forráselvonást jelent, és a szolgáltatás iránti igény fennmaradása esetén ez a teher a betegek oldalán jelentkezhet. A legszerűsebb változtatás során is szerencsés, ha a lakosság egészségügyi célú megtakarításokkal rendelkezik, különösen akkor, ha éppen a tökefedezeti alapú öngondoskodás megerősítése az egyik cél. Az előtakarékosság megfelelő kialakítása – gondolva a nyugdíjrendszer átalakítására a 90-es években – nem rövidtávon zajló folyamat. Ennek ösztönzése a reformok felügyelete és a garanciák kialakítása mellett ugyancsak az állam feladata. Ezek lehetnek további adókedvezmények az önkéntes pénztárakok részére, vagy

akár hosszú távra szóló kedvezményes hitelek egy egészségügyi célokra igénybe vehető befektetési alap kötvényeire. Ebből a szempontból talán érdemes megfontolni, hogy akkor, amikor a háztartások nettó finanszírozó képessége folyamatosan csökken, a lakosság lehetséges befektetéseit ne csak az Új Tulajdonosi Program lebonyolítása után próbáljuk meg az egészségügyi reform szolgálatába állítani. [12]



5. ábra

A háztartások nettó finanszírozási képessége (nettó pénzügyi megtakarítása) a GDP százalékában (forrás: MNB)

ÖSSZEGZÉS

Egy reform a változtatásmenedzsment legösszetettebb kihívása. A végrehajtására szánt idő túlnyúlik az adott kormányzati ciklusokon. A siker elengedhetetlen záloga a társadalmi konszenzus, aktív és produktív társadalmi és egészségpolitikai párbeszéd. A jelenlegi változások után a rendszer még sok irányba mozdulhat el, ezért indokolt a figyelem fenntartása és a törekvés arra vonatkozólag, hogy egyértelmű válaszokat kapjunk a változtatások céljait illetően. Hiszen tudnunk kell, hogy a köztes és végső célok sikertelensége esetén milyen érdekek mentén kerülnek korrekcióra az egyes lépések, kik és milyen mértékben viselik a változások további terheit.

Némi bölcsességgel kijelenthetjük: a jelenlegi reformot azzal kellett volna kezdeni, hogy megállapodunk arról, hogy az egészségügyet érintő törvényi szabályozás módosításához kétharmados szavazati többség szükséges, mely egy várhatóan hosszú távú társadalmi konszenzus alapjain nyugszik.

IRODALOMJEGYZÉK

[1] Orosz Éva (2001): Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarországért Egyesület.

[2] Colombo, F. and N. Tapay (2004), „Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems”, OECD Health Working Papers, No. 15, OECD Publishing.

- [3] Erik Banks (2004): *Alternative Risk Transfer: Integrated Risk Management through Insurance, Reinsurance and the Capital Markets*, Wiley Finance Series
- [4] Christopher L. Culp (2003): *Risk transfer : derivatives in theory and practice*. Wiley Finance Series
- [5] Kerényi István (1998): *Viszontbiztosítás*, Aktuárius Jegyzetek 5. kötet (BKE)
- [6] Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete: *Tájékoztató a PSZÁF által felügyelt szektorok adatainak idősorairól*
- [7] OECD's *Taxing Wages Report 2007*
- [8] Központi Statisztikai Hivatal: *A háztartások fogyasztása 2006*
- [9] Makra Zsolt (2006): *A kockázati tőke világa*. Aula Kiadó, Budapest
- [10] Nagy Balázs, Sipos Júlia, Dr. Nagy József (2007): *Illusztrációk a fejkvótás forrásallokáció számításához Magyarországon – még csak a logikát ismerjük*. IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja VI. évf. 10. szám. 2007. december, 5-13.
- [11] WHO: *The role of the private sector and privatization in European health systems*. Regional Committee for Europe, 52 session, EUR/RC52/10 Provision Agenda Item
- [12] Magyar Nemzeti Bank: *Tájékoztató az államháztartás és háztartások pénzügyi számláinak 2007. negyedik negyedévi előzetes adatairól*

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Bacscai Miklós a Healthware Tanácsadó Kft. ügyvezető igazgatója. Diplomáit Debreceni Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán (1999), a Szegedi Tudományegyetem Közgazdaságtudományi Karán

orvos-szakközgazdász szakán (2000) szerezte. 2000-től az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Gyógyszerügyi Főosztályán dolgozott, 2001-2002 között elemzési osztályvezető, 2002-2004 között gyógyszerátviteli osztályvezető munkakörben. Szakmai gyakorlatait farmakoökonomia és információs rendszerszervezés területén szerezte.



Az Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Kara
Gyógyszerpolitika és gyógyszergazdaságtan szakirányú továbbképzést indít a 2008/09-es tanévben

Végzettség:
gyógyszerpolitikai és gyógyszergazdaságtani szakértő

Szakfelelős oktatók:
Dr. Bodrogi József, Dr. Kaló Zoltán, Prof. Orosz Éva

Képzési idő, hely: 2 félév, Budapest

Jelentkezési határidő: 2008. május 2.

Bővebb információ: <http://egk.tatk.elte.hu/>