

Magán és kiegészítő egészségbiztosítások lehetőségei Magyarországon



Készítette:

Dr. Rékassy Balázs
rekassy@t-online.hu

Készült az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet megbízásából

 Egészségügyi
Stratégiai
Kutatóintézet

Budapest, 2006. március

Tartalomjegyzék

1	Bevezetés	4
2	A kiegészítő egészségbiztosítások formái és típusai az Európai Unióban	7
2.1	Nemzetközi tapasztalatok	7
2.2	Háttér	7
2.2.1	Köz- és Magán egészségbiztosítás, a magánbiztosítások típusai	9
2.2.2	Miért is nem következett be árcsökkenés a magán egészségbiztosítók területén:?	13
2.2.3	For profit vagy non profit biztosító	14
2.2.4	Mik a magán egészségbiztosítás növekedésének a lehetőségei?	15
3	Kiegészítő egészségbiztosítás lehetséges területe Magyarországon	23
4	A magyar kiegészítő egészségbiztosítási piac jellemzői és mérete	27
4.1	Üzleti biztosítók	28
4.1.1	Biztosítótársaságok személybiztosítási szolgáltatásai	30
4.2	Önkéntes egészségpénztárak	31
4.2.1	Egészségpénztárak szolgáltatásai	34
4.2.2	Egészségpénztárak kiadásai	36
4.2.3	Egészségpénztári megtakarítások	38
4.2.4	Egészségpénztári Szolgáltatások minőségbiztosítása	39
5	Az egészségbiztosítás komplex rendszerének modellje	41
5.1.1	A szolgáltatás alapelvei	42
5.2	A biztosítás szintjei	45
5.2.1	Kiegészítő, magán egészségbiztosításból finanszírozott biztosítási szint (complementary)	46

6	Összefoglaló:	49
	Felhasznált irodalom	51
	Mellékletek	52
7	Összefoglaló felosztás az üzleti biztosítók lehetséges (elvi) szerepéről	53
7.1	Helyettesítő biztosítás	53
7.1.1	Részvétel a kötelező társadalombiztosítás rendszerében.	53
7.1.2	Nem teljeskörű biztosítás mellett teljes ellátási csomag nyújtása üzleti biztosítási alapon	53
7.2	Kiegészítő biztosítás	54
7.2.1	A kötelező co-payment finanszírozása	54
7.2.2	Közfinanszírozási intézményben a közfinanszírozású ellátás mellett igénybevett szolgáltatások	54
7.2.3	Nem közfinanszírozott intézményben igénybevett szolgáltatások	54
7.3	Egyes kockázatokat átvállaló biztosítás	54
8	A biztosítások kockázatmegosztásának elvi modellje	56
9	A kockázat-szelekció elvi lehetőségei	60
10	A teljeskörű biztosítottsági kötelezettség kérdése	64
11	A co-payment kérdése	69

1 Bevezetés

A nyugat európai országokhoz képest a magyar egészségbiztosítás sajátossága, hogy a rendszerváltozás óta a kiegészítő egészségbiztosítások nem tudtak megfelelő teret nyerni, így nem tudják az egészségügyi finanszírozási rendszerben betölteni szerepüket. Továbbra is él az a gyakorlat, hogy az állami, egységes rendszer kiterjed minden szolgáltatásra és a betegút minden területére a megelőzéstől, az alap-, szakellátástól, fekvőbeteg ellátástól az ápoláson keresztül a rehabilitációig. A mindent, mindenkinek, magas minőségben és ingyenesen szocialista alapelve mára már világossá vált, hogy nem valósítható meg, de viszont nem alakultak ki azok a definíciók, határok, amelyek világossá, és áttekinthetővé tudnák tenni a különböző szereplők, és biztosítási szintek jellegét, és szerepét a magyar egészségügy szabályozásában és finanszírozásában.

A piacgazdaság legnehezebben az egészségbiztosítás piacára tudott mindez idő alatt betörni. Az egészségügy sajátos, háromszereplős piacán a lakosság (betegek) és a szolgáltatók (orvosok, egészségügyi ellátók) heterogenitása mellett a finanszírozó (biztosító) piaca teljes homogenitást, monopolhelyzetet mutat. **Így nem teremődik meg a szabályozott kerete, a társadalombiztosítás mellett, az egyéni igényeket kielégíteni képes kiegészítő egészségbiztosítás rendszerének.**

Mindezen problémák mellett, ma is létezik a társadalombiztosítási járulékfizetésen felüli, egyéni egészségügyi hozzájárulás a betegek részéről, de ez döntően közvetlen (out of pocket), és nem, előre megtakarított folyamatos díjfizetési formában történik, hanem a paraszolvenciában, illetve egyéb co-paymentben (döntően gyógyszer egyéni hozzájárulás) jelentkezik. A rendszerváltás óta – a szlogenek szintjén mindenképpen – cél az, hogy a paraszolvencia szerepe visszaszoruljon, illetve megszűnjön, mivel a rendszer modernizációját alapjaiban bénítja meg.

De ne higyjük, hogy a magánbiztosítás bevezetése megoldja a hazai egészségügy szükös forrásainak kérdéskörét, vagy egymagában képes a paraszolvencia helyére, előtakarékossággként, és plusz jutatásokért járó legális forrásként belépni. **Nemzetközi**

tapasztalatok bizonyították, hogy a magán egészségbiztosítások nem képesek csökkenteni a közkiadások mértékét.

Ez egészségügyi finanszírozás válságtünetei ugyanúgy kimutathatók azokban az országokban, ahol a szolidaritáson alapuló betegbiztosítás dominál, mint ott, ahol a piaci érdekviszonyok kerültek jobban előtérbe. Az egészségügy finanszírozási problémáira a különböző országok eltérő válaszokat igyekeznek adni. Gyakran nincs összefüggés a finanszírozás mértéke és az egészségügyi szükségletek tényleges költsége között. Mindenütt megfigyelhető a különböző típusú egészségbiztosítási rendszerek egymás mellett élése, egymásra épülése.

Felmerül a kérdés, hogy a magyar egészségbiztosítási rendszer milyen átalakuláson ment keresztül az elmúlt 12 évben, hol tart most, jelenleg milyen hatások alakítják és milyen eszközökkel lehet ezt az átalakulást befolyásolni.

A magán egészségbiztosításnak befolyásoló szerepe van az egészségbiztosítási rendszer elé állított célok teljesítésében. **A magán egészségbiztosítás hatással van az egészségügyi rendszer egészére.**

Ennek ellenére a dolgozat készítői **nem** látnak reális esélyt, és szakmailag sem javasolják a **helyettesítő biztosítási** forma megalapozását, bizonyos magasabb jövedelemmel rendelkező kör, társadalmi csoport kiengedését a társadalombiztosítás köréből.

Úgy gondoljuk, hogy a hazai rendszer reformjánál **lehetséges alternatíva, egy olyan több szintű biztosítási rendszer megvalósítása, amelynél**

- **bizonyos alapvető szolgáltatások** minden állampolgárnak, biztosítási jogviszonytól függetlenül biztosítottak (mentés, vérellátó, köz-népegészségügy, prevenciók felvilágosítás, stb.),

- bizonyos **egészségügyi szolgáltatások a TB finanszírozásból** korlátozás nélkül igénybevehetőek (házi orvosi ellátás) és bizonyos kör, csak **adott korlátozással** vehető igénybe teljes támogatás mellett, (60+40% felosztása a kórházi finanszírozásnak)

- a harmadik körbe olyan **kiegészítő finanszírozás** tartozik, amely a második kör részbeni **korlátozásait hivatott kiegészíteni** és ezáltal a korlátozás mentességet biztosítani, (nem helyben történő, orvost megválasztó igény esetén a II. körből csak az ellátás 60% finanszírozható, az ellátás finanszírozásának a nem területileg illetékes helyen történő igénybevétele esetén 40% ebből fizetendő.)

- negyedik szint a kiegészítő biztosítások, egészségpénztárak köre. Itt döntően olyan szolgáltatások szerepelnek, amelyek egy elő-takarékosságot képeznek, és döntően nem egészségi állapot hirtelen rosszabbodásának megszüntetésében játszanak szerepet, hanem a váratlan költségek egyenlő teherviselésében, plusz egészségi állapot megőrzésében, javításában kiegészítő szolgáltatások, termékek megvásárlásához nyújtanak előtakarékoságot, biztosítást, egészségpénztári kedvezményeket.

A fenti elképzelés hozzájárulhat a költségek visszafogásához, a racionálisabb igénybevételhez, és igen jelentős lépés lehet a hazai egészségügy modernizációjában.

A téma – ezen dolgozaton felüli – jobb, és részletesebb kifejtéséhez, megvitatatásához szakmai fórum által történő vita megtartása javasolt.

2 A kiegészítő egészségbiztosítások formái és típusai az Európai Unióban

2.1 Nemzetközi tapasztalatok

A hazai egészségügy reformja keretében, a tartós és fenntartható finanszírozhatóság érdekében szükség van az egészségügy finanszírozásának, a biztosítási rendszernek átalakítására. Több szakmai elképzelés jelentős szerepet lát a magán egészségbiztosítás megerősítésében, úgy mint befolyásoló eszközben, amely hatással van az egészségügyi közkiadások pénzügyi nehézségeinek csökkentésében, az egyéni választás szabadságának növelésében, és a rendszer hatékonyságának növelésében, illetve - a Magyarországon oly magas - közvetlen, ellátás-függő kifizetések (out-of-pocket payments) mérséklésében. Evvel szemben a magán egészségbiztosítás (**Private Health Insurance - PHI**) ellenzői irányából elhangzó érvek, hogy a magán egészségbiztosítás pont a sebezhető társadalmi csoportokat zárja ki az ellátásokból, és a kormány helyzetét nehezíti meg az egészségügyi kiadások féken tartásában.

Jelen tanulmányunk a magán egészségbiztosítással kapcsolatos főbb jellemzőket igyekszik bemutatni a nemzetközi (OECD és EUs országok) helyzetén keresztül, azaz a magán egészségbiztosítási piac relatív előnyeit, és hátrányait mutatja be. Majd a magyar magán egészségfinanszírozás jelen helyzetét, és az esetleges hazai megoldási lehetőségeket, kitörési pontokat hivatott elemezni, annak érdekében, hogy a hazai döntéshozók pontosabb képet kaphassanak a magán egészségbiztosítás hazai megteremtésének lehetőségeiről, és annak a hazai egészségügyi reformban betöltendő szerepéről.

2.2 Háttér

A fejlett országok egészségügyi rendszereinek általános problémája a rendszer fenntarthatóságának biztosítása. Ennek fő okai általánosan ismertek, és elfogadottak: a lakosság korösszetételének megváltozása, a szolgáltatások lehetőségeinek, körének, és költségeinek növekedése, a vásárlói tudatosság emelkedő szintje.

Az egészségügyi rendszerek szervezésével foglalkozók egyik fontos feladata, több elvárás egyidejű biztosítása, az esélyegyenlőség megteremtése, a hatékonyság növelése, és a finanszírozhatóság biztosítása.

A magán egészségbiztosításnak befolyásoló szerepe van a fenti célok teljesítésében. **A magán egészségbiztosítás hatással van az egészségügyi rendszer egészére.**
Befolyásolja

- **az esélyegyenlőséget:**
 - finanszírozási esélyegyenlőséget,
 - hozzáférési esélyeket;
 - méltányosság
- **a költségeket és a hatékonyságot:**
 - magán és az állami szektor felhasználói oldalán (a szolgáltatások mérete és aránya)
 - a szolgáltatások és a támogatások árait,
 - a szolgáltatások igénybevételének mértékét;
- **minőséget:**
 - bizonyítékokon alapuló orvosláson (evidence based medicine) és annak elterjedésén,
 - a szolgáltatások minőségén keresztül;
- **és a rendszer flexibilitását (responsiveness):**
 - lakossági elégedettség,
 - választás, és választhatóság,
 - várakozási idő, (- egyes országokban ez jelentős)
 - a minőségről alkotott percepciónkban.

Nem várható viszont csoda, általános és minden országra érvényes megoldás a magán egészségbiztosítás elemzéséből, hiszen a tradíciók, a hagyományok, társadalmi elvárások, és meglévő rendszerek különbözősége eltérővé teszi az egyes országokban a magán egészségbiztosítás szerepét. Mégis az OECD országok között alkothatóak olyan koncepcionális alcsoportok, amelyek bizonyos hasonlóságokkal rendelkeznek a biztosítási rendszerükben, így a nemzetközi összehasonlításnak értelmét adják.

2.2.1 Köz- és Magán egészségbiztosítás, a magánbiztosítások típusai

Distinkciót az egészségbiztosítási fedezet finanszírozásának főbb forrásának módszerében találjuk meg: Míg a köz- (public) egészségbiztosítás az állam által beszedett adókból, vagy jövedelem arányos, célzott adókból, például társadalombiztosítási járulékból finanszírozott, addig a magán egészségbiztosítás egy definiált szolgáltatási körre irányuló szolgáltatás biztosítása, amely privát (nem jövedelem-függő) fizetésből (biztosítási díj) kerül kigazdálkodásra egy biztosító által létrehozott kockázatközösség keretein belül. A kockázatközösség létrehozásának értelmében, a kockázat és annak várható költségeinek csoportban történő egyenletes (vagy bizonyos előre meghatározott elveken alapuló) eloszlásában rejlik.

Ami az egyes emberek szempontjából „kockázatmegosztás”, az a biztosító szempontjából „kockázatgyűjtés”), ezáltal csökkenti az egyes személyeket fenyegető kockázatot. A kockázatgyűjtés azért képes csökkenteni a kockázatot, mert noha az esemény bekövetkezése bármely adott egyén szempontjából megjósolhatatlan, az egész csoportban bekövetkező események száma már megjósolható (noha nem tudjuk, hogy a csoport mely tagjainál lépnek fel).

A biztosítás tartalma, (fedezet köre) általában előre szerződésben meghatározott a biztosított illetve a biztosító között, amely a fizetés vagy az egészségügyi ellátásra vonatkozó fedezet módját és feltételeit rögzíti.

A magán egészségbiztosítás szolgáltatások körében való részvétel többnyire szabadon választott, sok esetben a munkakör függőek. (csoportos, céges vagy munkaköri biztosítások). Kötelező, alap-magán egészségbiztosítást ismerünk Svájcban, vagy kötelező magán egészségbiztosítást kötniük azoknak a társadalmi csoportoknak, akik kilépnek a szociális rendszer szolgáltatásaiból Németországban.

Vannak olyan OECD országok, ahol a magán egészségbiztosításnak meghatározó szerepe van az egészségügy finanszírozásában, és többségben vannak olyanok, ahol csak kiegészítő szerepet kap.

Meghatározó szerep, azaz alapvető szolgáltatásokat is nyújt a magán egészségbiztosítás, például USA-ban, Hollandiában (24,7%), Németországban, vagy kisebb társadalmi rétegek számára Belgiumban (magánvállalkozók kisebb, kórházon kívüli ellátásra), Spanyolországban (köztisztviselők), vagy Ausztriában (0,2% - néhány magánvállalkozó) számára. Azok, akik nem rendelkeznek fedezettel az állami közellátás által, vagy azért mert a.) nem jogosultak igénybevenni a közfinanszírozott biztosítást. Ezt alapvető – (**principal**) magán egészségbiztosításnak hívjuk, vagy b.) úgy döntöttek, hogy kilépnek az alapt biztosítási körből, és helyettesítő – (**substitute**) magán egészségbiztosítás-t választják alternatív biztosításként.

Duplikációs szerepkörnek hívjuk, azt ahol a magán egészségbiztosítás teljes egészében vagy részben ugyanolyan körű szolgáltatásokra terjed ki, amelyeket az állami egészségügy biztosít.

Szemben a helyettesítő (substitute) biztosítással, amely bizonyos meghatározott társadalmi csoportokra jött létre.

Számos országban, amely köz-egészségbiztosítást nyújt egy alapvető csomagra, ott a magán egészségbiztosítás kiegészítő szolgáltatásokra specializálódott, olyan rizikókra nyújt fedezetet, amelyeket a köz- vagy alapvető biztosítási csomag nem tartalmaz, (fogászat, luxus ellátás, gyógyszer, long term care, rehabilitáció, alternatív gyógyászat, extra hotel szolgáltatások, stb.) (pótlólagos –**Supplementary**).

Harmadik típus, amikor közellátási csomag által megkívánt, igénybevétel esetén történő hozzájárulás (co-payment) kiváltására jött létre, (**complementary** – kiegészítő) az egészségbiztosítás.

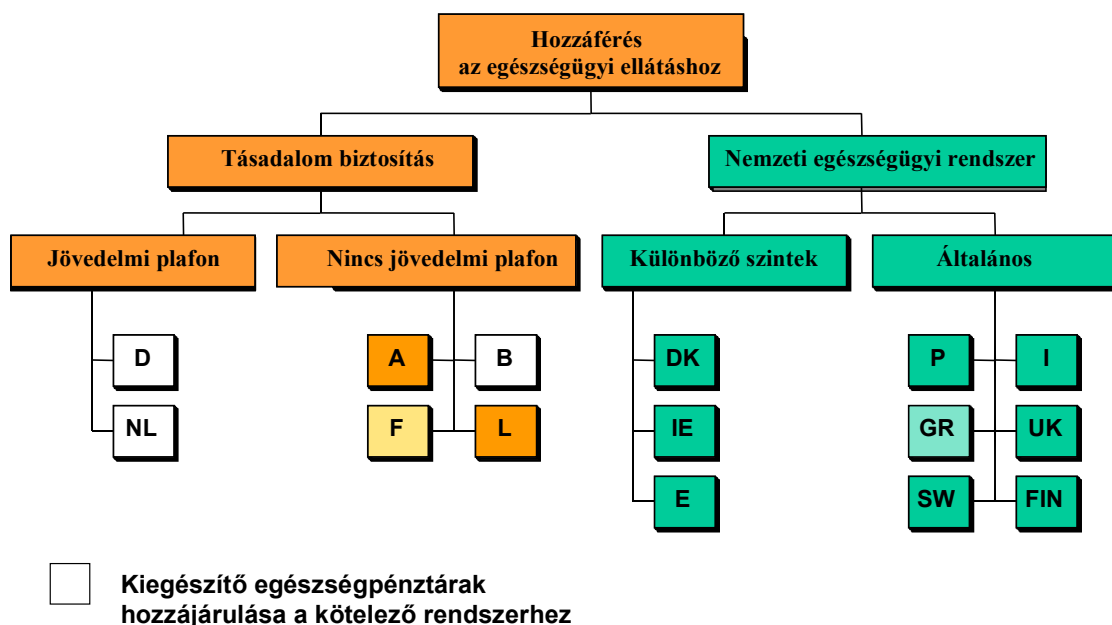
A fenti kategóriákból akár több is megfigyelhető egy-egy országban, de döntően egy a jellemző, domináns.

A különböző típusú magán biztosítások, az országok különbözősége ellenére, az Európai Unió országairól általánosságban elmondhatjuk, hogy az alap koncepció, hogy az egészségügy állami vagy egyéb közfinanszírozásból (biztosítás) finanszírozott és

jellegét tekintve, minden lakos számára igyekszik hozzáférést biztosítani, a fizetési képességtől függetlenül.

Ezen tény eredményeképpen, az egészségügyi ellátás finanszírozása terén a magánbiztosítás lehetőségei igen limitáltak. Európában a magán egészségbiztosítás döntően a pótlólagos (–supplementary) biztosítás a magasabb jövedelemmel, magasabb végzettséggel rendelkező rétegek biztosítása.

Kötelező egészségbiztosítás típusai az Európai Unióban



A vegyes rendszereken belül a magán egészségbiztosításnak különböző szerepe lehet a rendszer finanszírozásában. (pl. az állam megtilt vagy elvár bizonyos privát szolgáltatásokat. A legmagasabb a magán egészségbiztosítás szerepe Hollandiában, ott 17,7% a teljes finanszírozás magán biztosításból befolyó része, de mindez a legtöbb Unió országban 5% alatti.

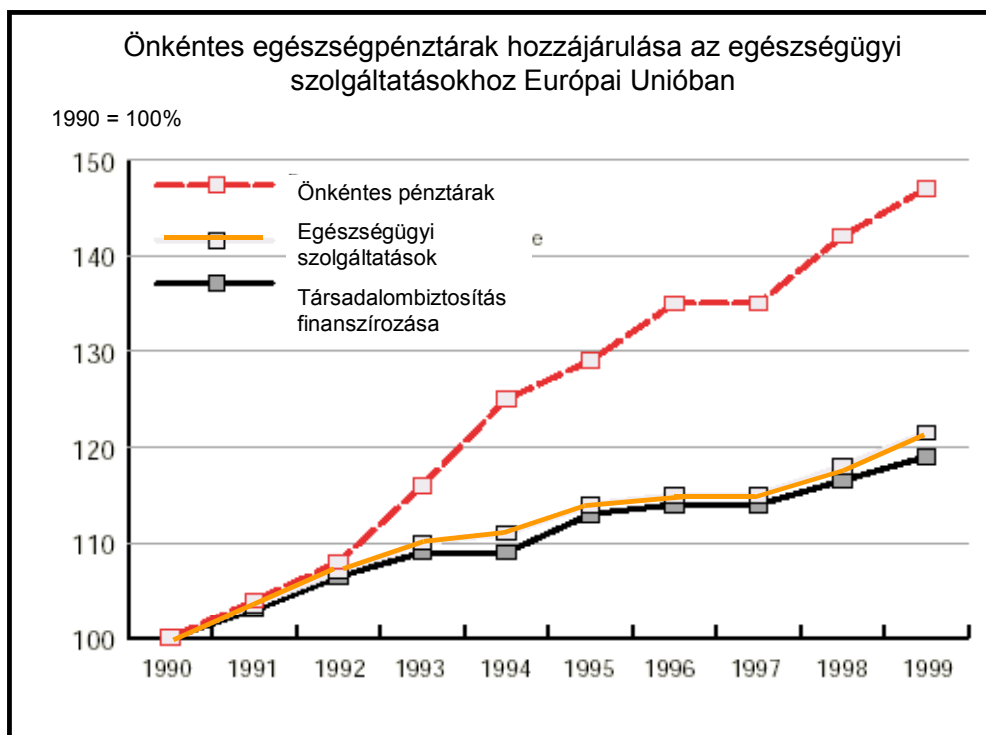
Az elmúlt évek egészségügyi kiadásainak növekedése a közszolgáltatások mellett növekvő egyéni hozzájárulásának fedezésére létrejövő biztosítások formájában valósult meg. Ennek ellenére nemzetközi tanulmányok alapján elmondhatjuk, hogy az

egyéni magán kiegészítő biztosítások piaca az Európai Unión belül nem nő, hanem stagnál. Növekedés, a munkahelyi, béren kívüli jutatásként biztosított kiegészítő biztosítások piacán figyelhető meg. (Általában itt társul a biztosítással a legnagyobb adókedvezmény is.) Ugyanennél a szegmensnél megfigyelhető, hogy az árnövekedés, a biztosítóval szemben álló partner (általában munkáltató) méreténél, és felkészültségénél fogva, kisebb mértékű, mint az egyéni biztosítások keretében, a biztosítottak számára nagyobb előnyöket, flexibilisebb biztosítási formát, és jobb árakat jelent.

Érdekes, de az EU kb. 10-12 évvel ezelőtt (EU **Council Directive 92/49/EEC**) igyekezett támogatni és szabályozni a kiegészítő egészségbiztosítások létrejöttét, és elterjedésének formáit. Az elképzelés az volt, hogy a nagyobb verseny csökkenteni fogja az árakat, jobb biztosítási ajánlatokat és szolgáltatásokat fog biztosítani az EU állampolgárai számára.

Az eredmény meglepően nem jelentkezett az egyéni magán egészségbiztosítás piacán, az árak gyorsabban nőttek, mint az eü.-i közkiadások mértéke. (Ennek eredményeképpen Németországban illetve Nagy-Britanniában kötelezővé tették, hogy a magánbiztosítók közzétegyék az árnövekedésük várható mértékét)

A kiegészítő egészségbiztosítások viszonylag limitált szerepük ellenére megfigyelhető, hogy a differenciálódó igények mellett gyorsabb növekedést mutatnak a finanszírozott szolgáltatások tekintetében, mint a társadalombiztosítások.



forrás: MUTUAL SOCIETIES IN EUROPE (Contribution of AIM to the preparation of a European Commission policy document) - January 2003

2.2.2 Miért is nem következett be árcsökkenés a magán egészségbiztosítók területén?

- Elsősorban a **vásárlói információs asszimmetria** miatt. Egy több termékes piacon, nagyon kevés az a vásárló, aki megfelelőképpen tud dönteni, és informált döntést hozni, hogy neki éppen mi a legmegfelelőbb biztosítás. Ebben a helyzetben az egyéni vásárlók nem tudják hatékonyan alkuszi, árbefolyásoló pozíciójukat érvényesíteni a biztosítóval szemben.

Bizonyítékok mutatják, hogy a több EUs tagországban a vásárlóknak nincs megfelelő döntési képességük a megfelelő biztosítás megtalálására, ennélfogva vásárlók nagy eséllyel nem megfelelő biztosítást kötnek, illetve a biztosítóknak a megfelelő standardizált (magán egészségbiztosítási) ellátási csomag híján nem érdekük az összehasonlíthatóság megteremtése, és az igazi árverseny megindítása.

A helyzetet tovább rontja, hogy amennyiben megvalósulna az igazi verseny, a biztosítók költségcsökkentő magatartása erősödne, amely a rizikó szelekció növelésében nyilvánul: a biztosítók igyekeznének az alacsony rizikócsoporthoz kötni, és a magasabb rizikójú csoportokat elutasítani. Ez pedig **esélyegyenlőségi , társadalmi igazságossági kérdéseket** vett fel. Különösen érvényes ez a helyettesítő – **substitute** PHI területén. Szakmai kutatások azt mutatják, hogy azokban az országokban, ahol a magán és az állami egészségügy közötti határok elmosódtak, különösen, ha a szolgáltatás kapacitása limitált, a szolgáltatókat a magán és az állami biztosítóból is finanszírozták, és ha a magán van olyan flexibilis, hogy a finanszírozásban előnyöket tud nyújtani, úgy az torzulást mutat az erőforrások allokációja, és a hozzáférési esélyegyenlőség terén.

A rizikószelekciós lépése a biztosítóknak természetesen az állami szabályozással valamilyen mértékben csökkenthető lenne, (pl. kötelező beléptetni minden jelentkezőt, automatikus szerződés megújítás, vagy limitálni a kizáró betegségeket.) de ez nagyban megváltoztatná, az amúgy is változó, magán egészségbiztosítási piacot.

2.2.3 For profit vagy non profit biztosító

Történelmi hagyományai vannak a non-profit jellegű biztosítóknak, amelyeknél a szolidaritás elvűség meghatározó elemként működik, de az elmúlt időben megfigyelhető a for-profit jellegű biztosítók piachódító szerepe.

Ennek ellenére, még további probléma, a **határon túli egészségbiztosítás kezelése**. Az Unió alapszabálya az állampolgárok szabad mozgása. Ennek ellenére, még a nemzetközi háttérrel rendelkező magán egészségbiztosítóknál sem tapasztalható széle körbena más EUs tagországban működő biztosítás. A fő magyarázat, az ország-specifikus háttér eltérés az egészségügyi rendszerek között.

2.2.4 Mik a magán egészségbiztosítás növekedésének a lehetőségei?

Az EU tagországi elkötelezettek a társadalom összes tagja számára biztosított közfinanszírozású egészségügyi rendszerek fenntartásában, de a közfinanszírozás biztosíthatósága egyre növekvő kérdés nagyobb problémát vett fel minden ország számára.

Az ismert okok, mint a társadalom öregedése, az új technológiák költségei, a társadalom növekvő elvárásai mind olyan tényezők, amelyek növelik az egészségügyi ellátórendszerrel szemben való elvárásokat, és ezáltal a költségnövekedést olyan mértékben fokozzák, hogy az már kérdővé teszi a társadalom közösségi fizetőképességét. Ennek az eredményeképpen várható, hogy egyes kormányok nem lesznek képesek megfelelő szintű egészségügyi ellátás biztosítására az egész társadalom számára, így a lakosság kvázi rá lesz utalva, hogy alternatív finanszírozási formákat kell, hogy keressen. Ebben az esetben a magán egészségbiztosítók számára szignifikáns lehetőség nyílik, hogy nagyobb szerepet kapjanak az egészségügyi ellátás finanszírozásában.

De nem hagyhatjuk figyelmen kívül (ahogy az USA példáján is látszik), hogy a magán egészségbiztosítások növekedése, nem fogja a közkiadások csökkenését automatikusan maga után vonni.

A közfinanszírozásból való kiengedés lehetősége, és helyettesítő magánbiztosítás megkötésének lehetősége, úgy tűnik, jelenleg nem prioritás egyik ország egészségpolitikája számára sem. Ahogy Németországban megadatott a lehetősége, hogy magas jövedelemmel rendelkező egyének „kiugorjanak”, a valóság azt mutatja, hogy igen kevesen élnek evvel a lehetőséggel. Vagy példának hozhatnánk a belga, vagy a holland egészségbiztosítás rendszerét, ahol bizonyos csoportok számára nem kötelező az állami ellátás, mégis a mostani **kormányok célja a kötelező egészségbiztosítás fenntartása az egész társadalom számára.**

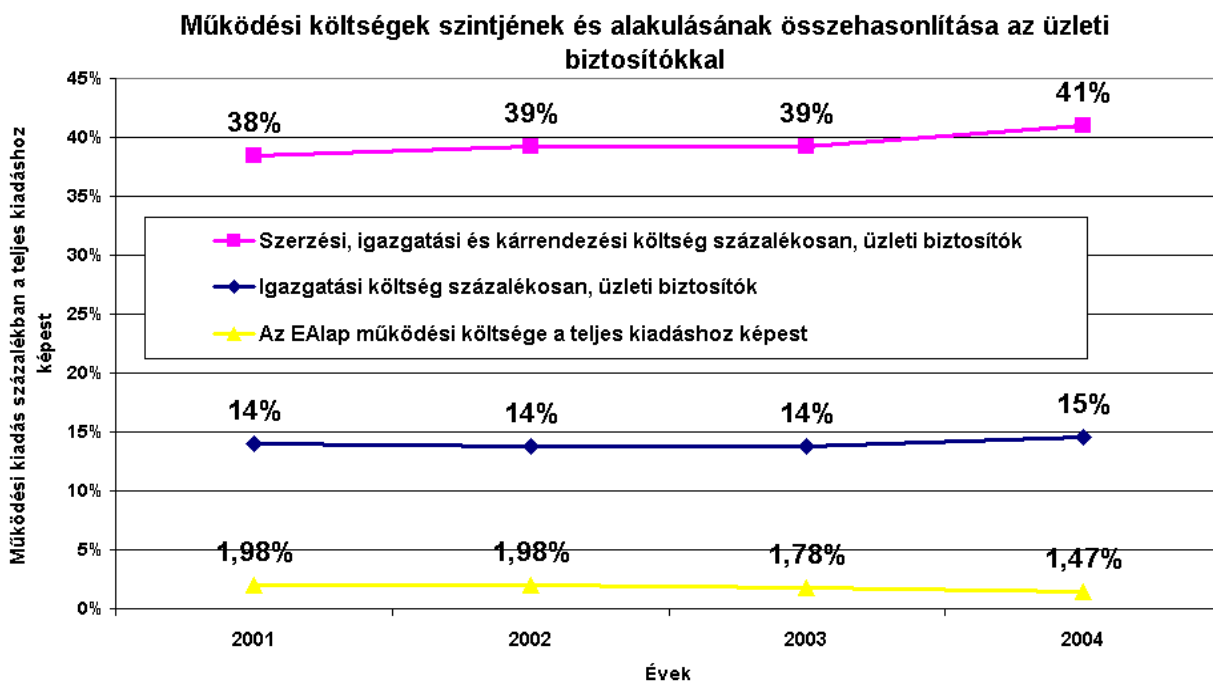
A kötelező szolgáltatások körének explicit csökkentése növelheti az igényt a (complementary) kiegészítő biztosítások körének növekedésére, míg kevésbé nyilvánvaló csökkentés lehet, hogy növeli a (supplementary) pótlólagos-biztosítások körében. De nem szabad figyelmen kívül, hogy a biztosítók által nem feltétlenül cél ezen kiegészítő biztosítások igényeinek kielégítése, azaz megfelelő szolgáltatások biztosítása, mivel ezek teljesítése nem tartozik a profitábilis szolgáltatások körébe. Az olyan jellegű pótlólagos (**supplementary**) **biztosítások** kiszolgálása lehet egy **bővülő piaci lehetőség**, mivel itt jelentős a magánszektor kapacitásbeli lehetősége. Fogászat, luxus ellátás, gyógyszer, long term care, rehabilitáció, alternatív gyógyászat, extra hotel szolgáltatások, stb.

Érdekes kérdés az **adókedvezmény kérdése** a magán egészségbiztosítások esetében. Az adókedvezmény mellett kardoskodók véleménye szerint a magán egészségbiztosítások növekedése csökkenti az állami egészségügyi kiadásokat. – Ez az állítás tudományosan nem bizonyított. Evvel szemben viszont a **magánbiztosítás után járó adókedvezmény esélyegyenlőségi kérdéseket** vett fel. Előnyben részesíti az adózó jövedelemmel rendelkezőket, pl. a nyugdíjasokkal szemben. Pláne a jövedelem bizonyos százalékában járó adókedvezmény - egy több sávós adórendszer esetén a magasabb jövedelműeknek nagyobb előnyt biztosíthat, és az árérzékenységet torzítja, addicionális költségeket jelent. Továbbá megteremti a lehetőségét egy esetleges adó megkerülésre, vagy esetleges csalásra. Amennyiben az adókedvezmény a magán egészségbiztosítások esetében drága, regresszív, és nem sikeres az igény növelésében, segítségével – amint több ország gyakorlati tapasztalata mutatja - a döntéshozók számára megfontolandó lehet, hogy azok az erőforrások, amelyeket az adókedvezményre fordítanak, azok jobban felhasználhatóak az állami finanszírozású egészségügy minőségi és mennyiségi javítására.

A magán biztosítások mellett kardoskodók egyik fő érve, hogy a magán egészségbiztosítások egyik közvetett előnye, nagyobb biztosítási fegyelem megteremtése. Valóban a magán biztosító jelentős erőforrást fordít az adminisztráció fenntartására, teszi ezt az egyéni számlavezetés, átláthatóság, és a profitabilitás

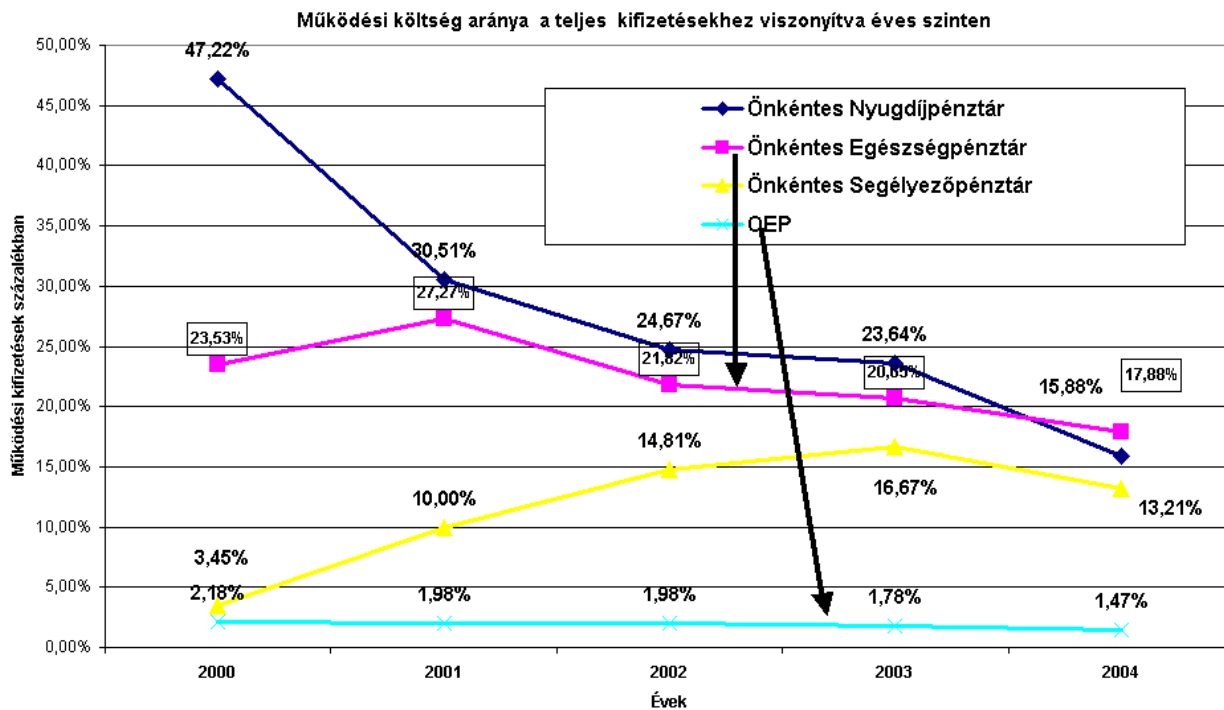
biztosítása érdekében. Ezáltal és a kisebb méreténél fogva, nehezebben valósítható meg a méretgazdaságosság, így a működési költségei jelentősen magasabbak lesznek. Nemzetközileg bizonyított tény, hogy míg az állami biztosítók üzemeltetési költsége tört részei a magán biztosítók üzemeltetésre fordított díjának.

- **Működési költségek összevetése az üzleti biztosítók és az OEP esetében a teljes kiadásokhoz viszonyítva.**



(Adatforrás: PSZÁF Beszámoló 2004 statisztikai melléklet, OEP).

- **A működési költségek viszonyítása a non-profit pénztárak és az OEP esetében a teljes kiadáshoz képest**



Adatforrás: PSZÁF Beszámoló 2004 statisztikai melléklet, OEP.

Másik figyelembeveendő érv a magán egészségbiztosítással összefüggő magán egészségügyi szolgáltatók szolgáltatási jellege. A flexibilitás, üzleti érzék, nagyobb verseny helyzet következtében a beteg számára látható és érzékelhető témákban a minőségre, kiszolgálásra, betegközpontú ellátásra a magán szolgáltatók jobban ügyelnek. (A kisebb esetszám, a kisebb méret következtében ez nem feltétlenül mondható el, a szolgáltatások valós, orvos-szakmai minőségére, de ez egy más, nehezebben mérhető kérdés.) Az érv, hogy a magán szolgáltatók jobb, és magasabb minősége magával fogja húzni az állami szolgáltatások minőségét – megfontolandó tény. (de nem szabad figyelmen kívül hagynunk, hogy a magánszolgáltatók az állami biztosítási, finanszírozási rendszerrel – esélyegyenlőség és tiszta verseny biztosítása esetén - , is képesek szerződni, és jó minőségű szolgáltatást nyújtani.

Általánosságban elmondható, hogy a privát biztosítások fejlettsége nagymértékben függ az adott ország nemzeti egészségbiztosítási rendszer szervezettségétől, az infrastruktúra fejlettségétől, az orvosi szakma szervezettségétől, érdekérvényesítő képességétől, tulajdonosi struktúrájától, a politikai tényezőktől, a népegészségügyi és demográfiai tendenciáktól. Ugyanakkor a különbségek ellenére mindenhol megfigyelhető egy vegyes rendszer kialakulása. Németországban, Hollandiában a lakosság 20%-a csatlakozott önkéntes biztosításokhoz. Ausztriában, Dániában, Franciaországban főleg co-payment biztosítások szerveződtek. Franciaországban a lakosság kb. 60%-a tagja úgynevezett "Mutualité"-nek. Nagy Britanniában és a skandináv országokban a lakosság kb. 10%-a vesz részt kiegészítő biztosításban, amely az egészségügyi költségek 5-10%-t fedezi.

Közép-Európában általánosságban jelenleg a magánbiztosítás nem tölt be jelentős szerepet az egészségügyben. A magánbiztosítás térhódítását figyelhetjük meg Szlovéniában, Bulgáriában és Horvátországban is.

Összefoglalva kijelenthetjük, a magán egészségbiztosítások nem jelentenek jelentős forrást a fejlett országok döntő többségénél, és szerepük limitált. Ennek ellenére, a hazai gyakorlat, mely szerint igen magas a lakosság közvetlen egészségügyi kiadása, esetlegesen megteremheti a jogos alapját egy kiegészítő biztosítás rendszerének. Ugyanakkor igen óvatosan és alaposan kell eljárunk az esélyegyenlőség további rontásának elkerülése érdekében.

Amennyiben továbbra is célunk az egészségügy hozzáféréseinek, és hozzáférési esélyegyenlőségének biztosítása úgy alapvetően a közfinanszírozott egészségügy háza táján kell a reformokra koncentrálni.

1. Táblázat: Privát egészségbiztosítás részaránya az egyes országokban

Ország	Teljes eü. kiadás a GDP %-ban	Egészségügyi közkiadás mértéke és típusa	Privát egészségbiztosítás mértéke	Privát egészségbiztosítás jellege
Anglia	6,7%	83,7%, minden állampolgárra kiterjedő társadalombiztosítás, főként közszolgáltatókkal	A társadalom 11%-a	Kiegészítő, a legmagasabb jövedelműeknél elismert pénztár
Ausztria	8,2%	70,5% 99% kötelező biztosítás, vegyes köz- és magán szolgáltatókkal	38%, 2,75 millió szerződés	Kiegészítő
Belgium	8,8%	89,7% Majdnem minden állampolgárra kiterjedő társadalombiztosítás	Kevesebb mint 5%	Kiegészítő
Dánia	8,3%	81,9% Adóból finanszírozott, minden állampolgárra kiterjed, közszolgáltatókkal	27%-a vesz részt a lakosságnak fogászati célú privát biztosításban	Kiegészítő
Finnország	6,9%	76,3% Adóból finanszírozott, minden állampolgárra kiterjed, közszolgáltatókkal	10%, nem jelentős	Kiegészítő

Ország	Teljes eü. kiadás a GDP %-ban	Egészségügyi közkiadás mértéke és típusa	Privát egészségbiztosítás mértéke	Privát egészségbiztosítás jellege
Franciaország	9,6%	76,4%, majdnem minden állampolgárra kiterjedő társadalombiztosítás, vegyes köz- és magán szolgáltatókkal	12%, a társadalom 60%-a tagja “mutualité”-nek	Kiegészítő, növekvő jelentőségű
Görögország	8,3%	56,8%, a lakosság 95%-ára kiterjedő társadalombiztosítás, közszolgáltatókkal	a társadalom 2%-a, magas az egyéni költség	Kiegészítő
Hollandia	8,6%	70,4%, társadalom- és privát biztosítás, főként magán szolgáltatók	28%	Elismert pénztárak és kiegészítő
Írország	6,4%	75,8%, adóból finanszírozott, közszolgáltatókkal	a társadalom 42%-a	
Luxemburg	5,9%	92,3%, minden állampolgárra kiterjed, magán szolgáltatókkal	Kis mértékű	Kiegészítő
Németország	10,6%	74,6%, a lakosság 85%-ra kiterjedő társadalombiztosítás, vegyes köz- és magán szolgáltatókkal	5%, a társadalom 11,4%-a	Kiegészítő, egyes foglalkoztatási ágakban elismert pénztár

Ország	Teljes eü. kiadás a GDP %-ban	Egészségügyi közkiadás mértéke és típusa	Privát egészségbiztosítás mértéke	Privát egészségbiztosítás jellege
Olaszország	8,4%	68%, majdnem minden állampolgárra kiterjedő társadalombiztosítás, közszolgáltatókkal	3%, a résztvevők száma gyorsan nő	Kiegészítő
Portugália	7,8%	66,9%, adóból finanszírozott, főként közszolgáltatókkal	A társadalom 9%-a	Kiegészítő, 2002-től lehetőség elismert pénztárakra
Spanyolország	7,1%	76,9%, minden állampolgárra kiterjedő társadalombiztosítás, főként közszolgáltatókkal	A társadalom 15%-a	Kiegészítő, egyres foglalkoztatási ágakban elismert pénztár
Svédország	8,4%	83,8%, minden állampolgárra kiterjedő társadalombiztosítás, főként közszolgáltatókkal	2%	Kiegészítő

Forrás: OECD Health Data File 2000

3 Kiegészítő egészségbiztosítás lehetséges területe Magyarországon

- **Háztartások fogyasztási kiadása, 2000¹ (mFt)**

Gyógyszerek, egészségügyi termékek, gyógyászati segédeszközök	138 251
Orvosi ellátás	40 492
Fogászati ellátás	20 639
Egyéb járóbeteg ellátás	6 981
Kórházi szolgáltatások	8 313
Egészségügy	214 676
ebből hálapénz	44 000

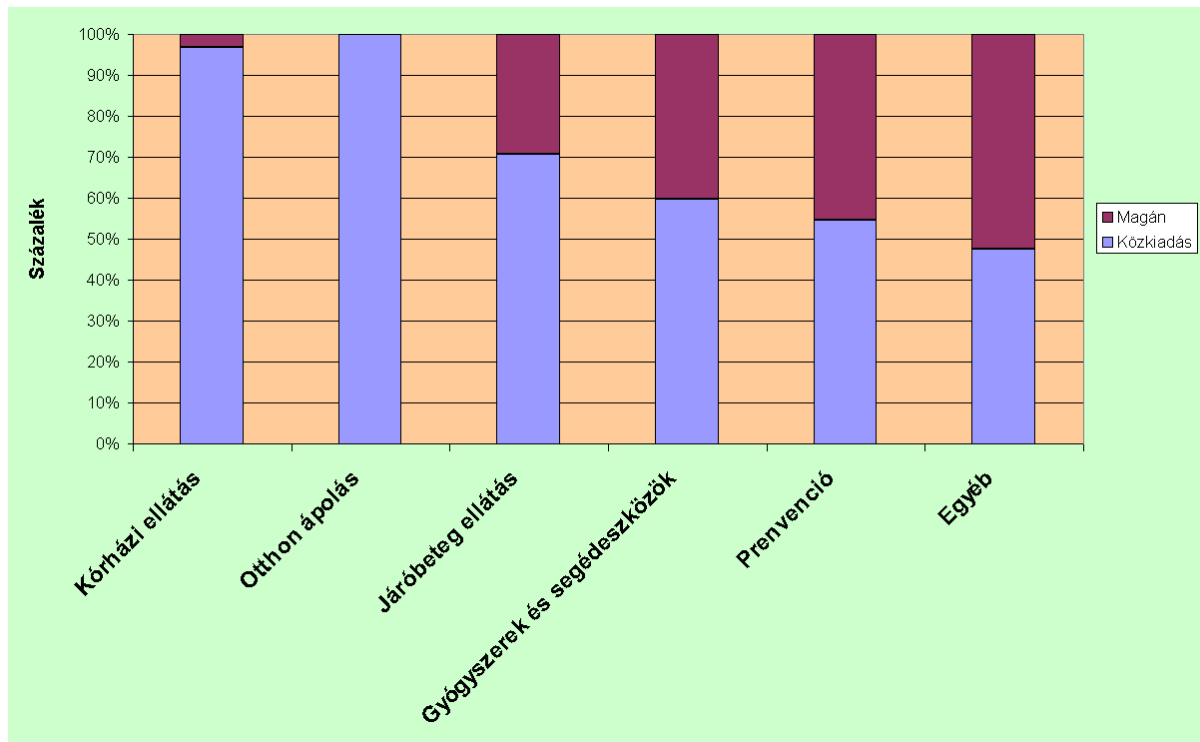
Forrás: KSH-NESZ

A fenti adatsorból látszik, hogy a közvetlen hozzájárulás az egészségügyi szolgáltatásokhoz jelentős, kb 25%-os mértéket tesz ki. Ha a fenti összeghez hozzávesszük a nem közvetlen egészségügyi szolgáltatásokat (rekreáció, sport, fitness, stb.) az összeg még jelentősen emelkedik.

Figyelembe véve az elmúlt öt év változásait, az egészségpénztárak által elviekben finanszírozható szolgáltatások ellenértéke meghaladja a **300-350 Mrd forintot évente**. Ez az a piaci rész, amely már most is rendelkezésre áll a kiegészítő egészségbiztosítások számára.

¹ A KSH azóta nem készített Nemzeti Egészség számla című adatgyűjtést

- **Az önrész nagysága az egyes ellátások esetében**



Adatforrás: NESZ, 2000

Az egyes ellátások esetében különösen a gyógyszerek és a járóbetegellátás esetében kiemelkedő az önrész aránya (ábra). A gyógyszerek esetében az önrész meglehetősen magas, a teljes gyógyszerkörben 33% (2004), a támogatott körben 20.61% (2004). Utóbbi esetében 2000 és 2004 között az önrész aránya viszonylag stabil értéket mutatott.

- **Elégedettség az egészségügyi rendszerrel az Európai Unió tagországában és Magyarországon.**

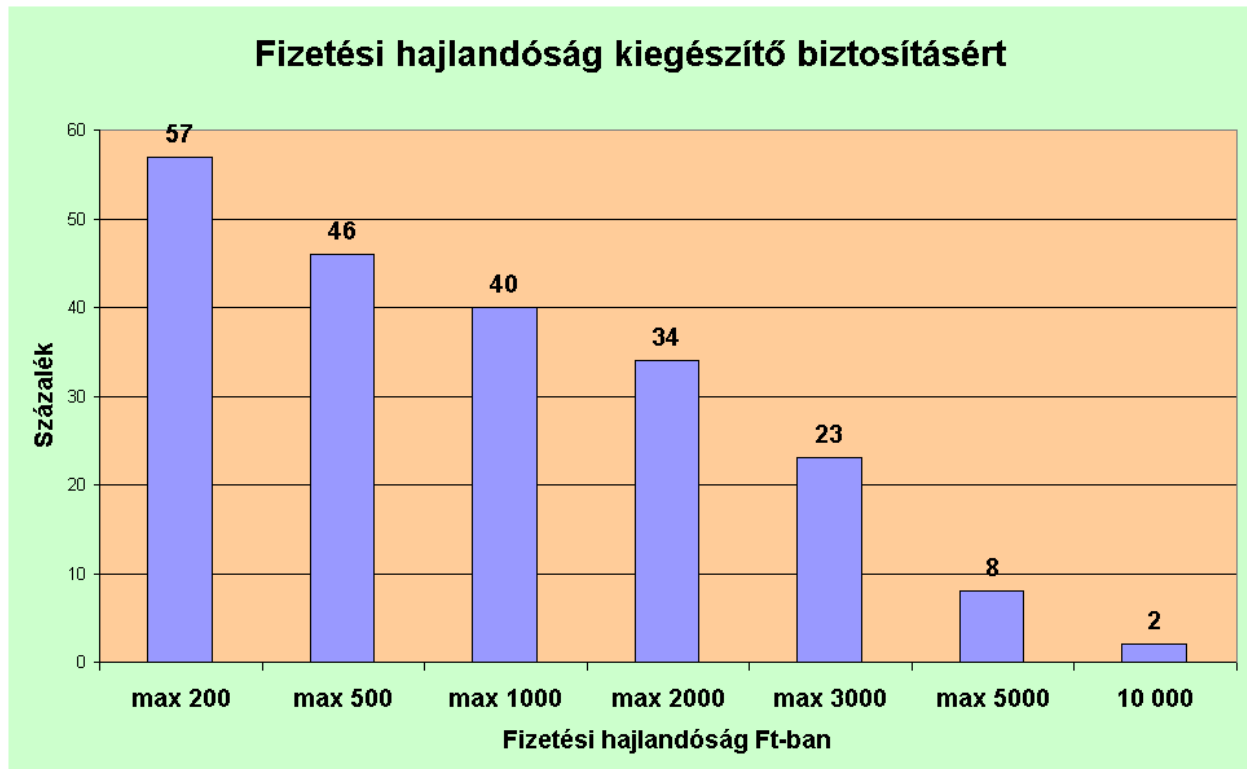
	Finanszírozási rendszer	Nagyon vagy meglehetősen elégedett	Elégedettségi sorrend	Se nem elégedett, se nem elégedetlen	Nagyon vagy meglehetősen elégedetlen	Elégedetlenségi sorrend	
Dánia	A	90	1	3,8	5,7	18	M/EUROBAR1996
Finnország	A	86,4	2	7	6	17	M/EUROBAR1996
Hollandia	TB+MB	72,8	3	8,8	17,4	11	M/EUROBAR1996
Luxembourg	TB	71,1	4	16,1	8,9	15	M/EUROBAR1996
Belgium	TB	70,1	5	19,9	8,3	16	M/EUROBAR1996
Svédország	A	67,3	6	16,7	14,2	13	M/EUROBAR1996
Németország	TB	66	7	21,4	10,9	14	M/EUROBAR1996
Franciaország	TB	65,1	8	18,7	14,6	12	M/EUROBAR1996
Ausztria	TB	60,3	9	27,6	4,7	19	M/EUROBAR1996
Írország	A	49,9	10	17,4	29,1	9	M/EUROBAR1996
Anglia	A	48,1	11	10	40,9	6	M/EUROBAR1996
Spanyolország	A	35,6	12	34	28,6	10	M/EUROBAR1996
Csehország	TB	30	13	34	34	8	TARKI2005
Lengyelország	TB	25	14	26	46	5	TARKI2005
Magyarország	TB	23	15	38	39	7	TARKI2005
Portugália	A	19,9	16	19,2	59,3	2	M/EUROBAR1996
Görögország	A	18,4	17	27	53,9	4	M/EUROBAR1996
Olaszország	A	16,3	18	23,1	59,4	1	M/EUROBAR1996
Szlovákia	TB+MB	11	19	34	54	3	TARKI2005

Adatforrás: TARKI 2005, Eurobarometer 1996

Tanúságos az a felmérés is, amelyet a TARKI 2000-ben készített a magán szektorral kapcsolatos várakozásokról. A válaszadók 73-74%-a várja a privatizációtól az ellátások javulását, de ugyanakkor a fizetési hajlandóság rendkívül alacsony a kiegészítő biztosításokért, azaz a várakozások a pénzben kifejezett hasznossági növekedésben nem fejeződnek ki (*ábra*). A kérdés meglehetősen szűk értelemben volt feltéve, mert a kérdés a betegség miatt keletkező költségek – hálapénz, utazások, kieső jövedelem- biztosítására irányult. Ugyanakkor a kérdésben benne volt a hálapénz kiválthatósága is. Ezek szerint a lakosság rendkívül kicsiny hányada lenne hajlandó a jelenlegi OEP havi kiadásokat csak részben megközelítő értékű kiegészítő biztosítást kötni emeltebb szintű ellátásokra. Mindössze a lakosság 23 százaléka lenne hajlandó havonta 3000 forintot és csak 8 százaléka 5000 forintot fizetni. Ha összevetjük azzal, hogy a jelenlegi társadalombiztosítási ellátási színvonal is havonta átlagosan 8500 forintba kerül, akkor joggal merülhetnek fel kételyek bennünk egy tényleges színvonalat nyújtó egészségbiztosítási csomag megfizethetőségével kapcsolatban.

Ugyanakkor nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt a tényt, hogy 2005-ben 22,3 Mrd Ft befizetés történt önkéntes egészségpénztárakban, ami az évi átlagos 450.000 fős taglétszámmal számolva havi

- **A lakosság fizetési hajlandósága kiegészítő biztosításért havi szinten**



Adatforrás: TARKI, 2003

4 A magyar kiegészítő egészségbiztosítási piac jellemzői és mérete

Magyarországon magán egészségbiztosításra két eltérő intézményrendszeren keresztül nyílik lehetőség. Az egyik esetben a biztosítási törvény² alapján nyújtott pénzbeli szolgáltatásokat jelentő egészségbiztosítások, melyek rendszerint része az üzleti biztosítók termékskálájának. A másik esetben a pénztári törvény³ alapján önszerveződő, non-profit egészségpénztárak által kínált tagságon keresztül elérhető kiegészítő egészségcélú öngondoskodás. Ebben az esetben természetbeni juttatásokról, egészségcélú szolgáltatásokról van szó.

Az üzleti biztosítók által nyújtott szinte kizárólag készpénzes szolgáltatások egyéni kockázat alapján megállapított díjkalkulációval működnek és semmilyen adókedvezmény nem kapcsolódik hozzájuk. Többnyire más biztosítási termékhez (életbiztosítás) kapcsolódnak, a vásárlók többsége is magánszemély. Ez a forma nem tudott széles körben elterjedni, mivel nem nyújt hathatós segítséget a lakosságot (fogyasztót) érintő legfontosabb problémákban, mint például a növekvő magánfinanszírozással igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások könnyebb, kedvezőbb áron való igénybevételenek lehetősége, az egyéni igények kiszolgálása, adókedvezményekkel segített felkészülés a jövőbeni nagyobb egészségügyi kiadásokra, stb. A biztosítók nem kínálnak igazi alternatívát, vagy kiegészítő szolgáltatást az állami egészségügy mai szolgáltatásai mellé, hanem valójában – ki nem mondva - a működő hálapénz rendszerhez hozzáépülő, az egyszeri nagyobb kiadást kiegyenlítő biztosítást teremti meg.

² 2003. évi LX Törvény A biztosítókról és a biztosítási tevékenységről (Bit)

³ 1993. évi XCVI. Törvény Az Önkéntes Kölcsönös Biztosító Pénztárakról (Öpt.)

4.1 *Üzleti biztosítók*

A rendszerváltást megelőző időben a biztosítás állami monopóliumként az Állami Biztosítónál összpontosult. 1986-ban kettéválasztották, így új biztosítóként megjelent a Hungária biztosító. Némi egyszerűsítéssel élve, az Állami Biztosító a személybiztosítások, a Hungária Biztosító a vagyonbiztosítások állományát vitte tovább. Később mindkét biztosító magánosítás során külföldi társaságok leány vállalta lett és kompozit biztosítóként mindkét területen tevékenykedik. A 90-es évek elején megjelentek a piacon a nyugati magán biztosítótársaságok. Ma az OTP Generáli Biztosító RT-n kívül minden nagyobb biztosító társaság külföldi tulajdonban van⁴.

Jelenleg 29 biztosítótársaság működik Magyarországon, amelyből 8 foglalkozik érdemben egészségügyi kockázattal kapcsolatos biztosításokkal. Ezek az Aegon Biztosító Rt., Allianz Hungária Biztosító Rt., ING Biztosító Rt., Generali Providencia Biztosító Rt., K&H Biztosító Rt., OTP Garancia Biztosító Rt., Winterthur Biztosító Rt., Union Biztosító Rt. Jelenleg a személybiztosítási üzletágon belül életbiztosítás, baleset és betegbiztosítási konstrukciók állnak rendelkezésre. Ezeknek a szerződéseknek a tárgya a biztosítási összeg – azaz pénzbeli szolgáltatás –, melyek kifizetése előre meghatározott kockázatú biztosítási esemény bekövetkezésének függvénye. Az egészségügyi vonatkozás azt jelenti, hogy a biztosítási esemény a személy egészségi állapotában bekövetkezett változásokra vonatkozik, mint például kritikus-, rettegett betegségek, halál, műtét, kórházi ápolás, keresőképtelenség, munkaképesség csökkenése. A biztosítási események definíciója és a biztosítási összeg a megállapított kockázati szinttől függ. A kifizetés nincsen kapcsolatban a biztosítási eseményhez kapcsolódó tényleges költségekkel. Azt szokták mondani, hogy ez a típusú biztosítási konstrukció amolyan „kárenyhítés”, vagy „fájdalomdíj”. Ha már egyszer bekövetkezett a kár, akkor jól jön a biztosítótól egy kis „bánatpénz”.

⁴ Az OTP tulajdonában lévő OTP Garancia biztosító esetében az OTP részvények jelentős része szintén külföldi tulajdonban van, ám ezen részvénytulajdonosok nem hatnak jelentősen a társaság irányítására.

A piac erősen koncentrált, az 5 legnagyobb társaság díjbevétele 81%-át teszi ki az összes díjbevételeknek, a két legnagyobb társaság pedig 49%-át az összbevételnek. A baleset és betegbiztosítások 1,2 millió szerződéssel éves 10 milliárd forint díjbevételeket jelentenek.⁵ Ezek a számok keveset árulnak el arról, hogy mekkora egészség célú lekötetlen piaci források vannak, mert ezek a szerződések főként egyéb pénzügyi befektetés alternatíváiként jelennek meg.

Üdítő kivételt jelent az ING Biztosító Rt. által 2000 nyarán beindított egészségügyi szolgáltatást (kiemelt szintű hotelszolgáltatást) biztosító kockázatalapú egészségbiztosítási konstrukció, amely a Budapesti MÁV Kórházzal történő együttműködésben valósult meg. A MÁV Kórház Vitalitás osztálya egy olyan emelt szintű ápolási szolgáltatást nyújtó részleg, ahol a biztosított természetbeni szolgáltatást kap.

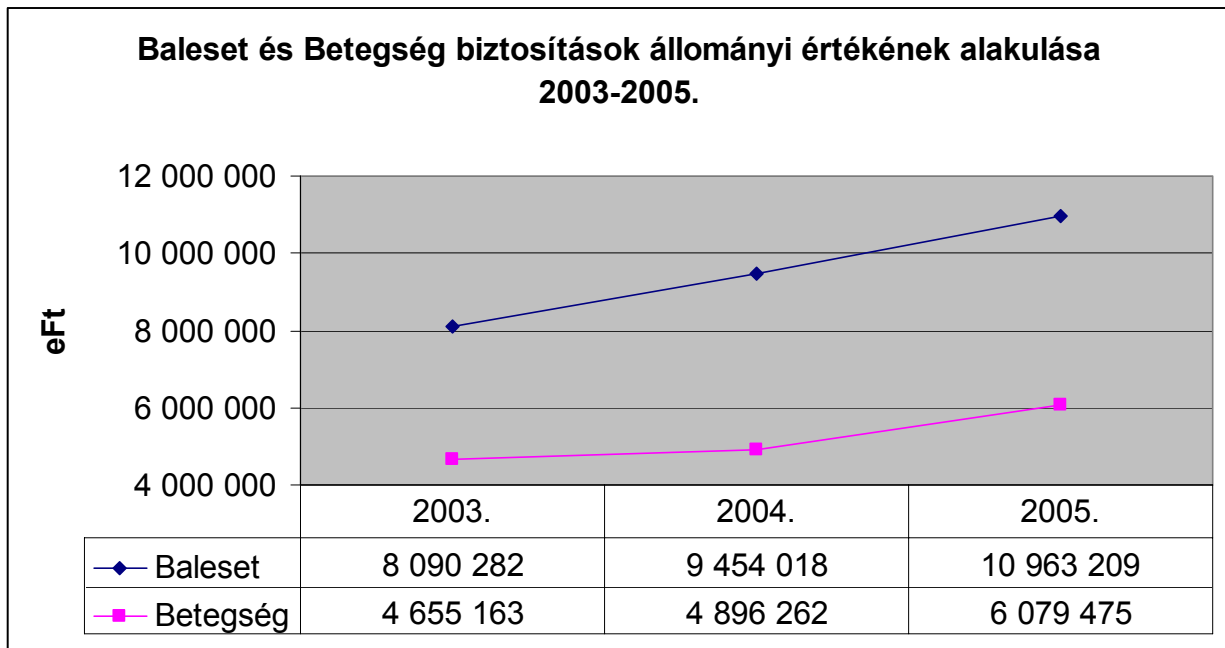
Ma már elmondhatjuk, hogy a klasszikus állami egészségbiztosítás, és supplementary magánbiztosítás (extra, luxus szolgáltatások) együttműködését példázó ING Vitalitás kiemelt-ápolás biztosítása se tudta beváltani, a hozzá fűzött reményeket, mivel nem tudott széles rétegek számára kívánatos biztosítási formává válni, és országosan, több intézményben elterjedni. Ennek a legfőbb akadálya, már a korábban említett, a széles körben elterjedt paraszolvencia, a magánbiztosítás profitorientsága, és az orvosok egyéni érdekei és a kórház rugalmatlansága által felvázolható hármasság között ellentét. Míg a biztosítás, igyekszik adózott formában azokat az extra szolgáltatásokat megszervezni, és biztosítani, amiket a paraszolvencia, a szükséges igénybevétel esetén, adó-mentesen biztosítani hivatott, addig nem várható széles körű elterjedése a szolgáltatás alapú magánbiztosításoknak hazánkban.

⁵ Forrás: PSZÁF, Gyorsjelentés a 2002-es évről

Ezzel szemben az, amit a szakma magán egészségbiztosításnak nevez, még nincs jelen a magyar piacon. Ebben az esetben a biztosítási szerződés tárgya az ellátás finanszírozása és a biztosítási esemény maga az ellátás orvos szakmai szempontból megállapított szükségessége. Jelenleg a biztosítótársaságok Magyarországon még nem vásárolnak egészségügyi szolgáltatásokat, nem gerjesztenek versenyt, így minőségi fejlődést sem indukálnak.

4.1.1 Biztosítótársaságok személybiztosítási szolgáltatásai

Balesetbiztosítás	Betegbiztosítás	Életbiztosítás
Műtéti térítés	Műtéti térítés	Baleseti halálra vonatkozó biztosítás
Kritikus betegségek	Kritikus betegségek	Kockázati életbiztosítás
Kórházi hotelszolgálat	Kórházi hotelszolgálat	Halálra vonatkozó életbiztosítás
Baleset miatt felmerülő költségek megtérítése	Betegség miatt felmerülő költségek megtérítése	
Baleseti gyógyulási támogatás biztosítás	Gyógyulási támogatás biztosítás	
Baleseti költségekre vonatkozó biztosítás	Kórházi szolgáltatásokra vonatkozó biztosítás	
Ápolási hozzájárulás	Ápolási hozzájárulás	
Kórházi napidíj	Kórházi napidíj	
Csonttörésre vonatkozó biztosítás	Emelt szintű kórházi szolgáltatásokra szóló biztosítás	
Égési sérülésre vonatkozó biztosítás		
Baleseti keresőképtelenség biztosítás	Keresőképtelenség biztosítás	
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás biztosítás		
I-II. Rokkantsági biztosítás	I-II. Rokkantsági biztosítás	
III. Rokkantsági biztosítás	III. Rokkantság biztosítás	



forrás: PSZAF

4.2 Önkéntes egészségpénztárak

Az elmúlt évtizedben mind a piac fejlődése – magán, alternatív és kiegészítő szolgáltatók megjelenése –, mind a jogszabályi háttér is teret adott az önkéntes egészségpénztárak és az önszegélyező pénztárak kialakulásának és fejlődésének. A kormányzat a pénztári tagsághoz kapcsolódó adókedvezményen keresztül fejezte ki szándékát arról, hogy fontos szerepet szán a kiegészítő egészségpénztáraknak. Sajnos az egészségpénztárak 2000-ig alacsonyabb adókedvezményt kaptak, mint a nyugdíjpénztárak. Jelenleg a pénztártag által az önkéntes pénztárakba együttesen befizetett összeg 30%-a levonható az adóalapból. Ennek maximuma 333 ezer forint befizetés esetén 100 ezer forint. A munkáltató által a munkavállaló után fizetett tagdíj-hozzájárulás költségként elszámolható és a havi minimálbér összegéig a munkabér nem képez társadalombiztosítási járulék alapot, nem adó köteles. Minden egyéb az Egészségpénztárnak befizetett támogatás és juttatás után 20% adókedvezmény jár.

A törvény (1993. évi XCVI Tv., Öpt) az önkéntes kölcsönös biztosító pénztárakat a következőképpen definiálja:

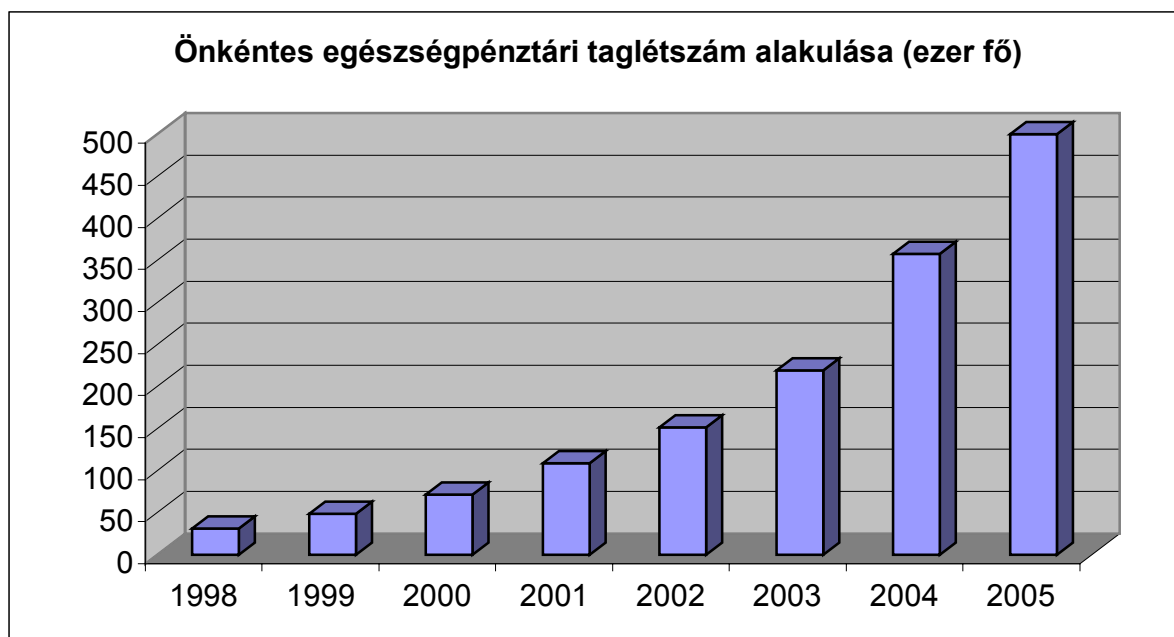
“Természetes személyek által a függetlenség, kölcsönösség, a szolidaritás és az önkéntesség elve alapján létrehozott társadalombiztosítási ellátásokat kiegészítő, pótló, illetve ezeket helyettesítő szolgáltatásokat, továbbá az egészség védelmét elősegítő ellátásokat szervező és finanszírozó társulás. A pénztár szolgáltatásait rendszeres tagdíjbefizetésekből egyéni számlavezetés alapján szervezi és finanszírozza, illetve nyújtja.”

Az egészségpénztárak alapításának kedvez, hogy 2000-től kezdődően az önkéntes nyugdíjpénztárakkal megegyező adókedvezményben részesülnek. A egészségpénztárak terjedésének további lehetőséget ad az, hogy a nyugdíjpénztári piac telítődése után jelentkező szabad kapacitások az egészségpénztárak felé fordulhatnak.

A piacon jelenlévő **több mint 40 Egészségpénztár**ból 25 működik érdemben, és ebből 11 játszik meghatározó szerepet, amelyből 5 fedi le a **~500 000 tag**ból álló piac 80%-át. Ha a piac fejlődésének távlatából nézzük, a kiegészítő önkéntes egészségpénztárak három csoportba sorolhatók.

- Az első csoportba tartoznak a nagy vállalatok, vállalat csoportok köré szerveződött Egészségpénztárak. Ide tartoznak a Honvéd, Vasutas, Dimenzió, Tempo, Herendi Egészségpénztárak. Ezeknek a pénztáraknak az ereje abban rejlik, hogy az őket létrehozó nagy vállalatok igen, nagy 5-20 ezres munkavállalói létszáma jelentik a tagkört és a tagdíj jelentős részét a munkáltató magára vállalja. Az összes pénztári befizetések 8-10%-át teszik csak ki a magánbefizetések, a többit a munkáltató fizeti be. Ami pedig a szolgáltatási részt illeti, ezeknek a nagyvállalatok egyben rendelkeznek olyan, orvosi-, fogorvosi rendelővel, sport, üdülési telepekkel, ahol sokkal költséghatékonyabban tudnak kiegészítő egészségügyi szolgáltatások nyújtani tagjaik számára.

- A második csoportba tartoznak az egészségügyi szolgáltatók köré szerveződött pénztárak. Ennek a piaci szegmensnek a legnagyobb, de egyben legspeciálisabb szereplője a Patika Egészségpénztár. A fő szolgáltatási profilja a kiterjedt gyógyszerértékesítési hálózata. Ez egy tipikusan szakmai síkon keletkezett pénztár, amely a gyógyszerész-kamara támogatásával jött létre. Ezen túl léteznek még más hasonló pénztárak, akik magán szolgáltatók, szolgáltató csoportok, szanatóriumok köré szerveződtek. Ezek sikere, életképessége korlátozott, ami megmutatkozik taglétszámukban, forgalmukban.
- A harmadik csoportba azok az egészségpénztárak tartoznak, amelyeket pénzügyi szervezetek biztosító társaságok, bankok alapítottak. Ide tartoznak az OTP-, Allianz Hungária, Credit Suisse Life & Pensions-, Évgyűrűk-, K&H Medicina Egészségpénztár. Ezekből kerülnek ki a jelenlegi piacvezető egészségpénztárak. Minden lehetőségük megvan a gyors fejlődésre, hiszen a pénztár mögött ott áll egyrészt egy tőkeerős biztosító kapcsolható biztosítási termékekkel, másrészt egy jól szervezett értékesítési hálózat. Az egészségpénztári piac fejlődését várhatóan ez a típus fogja meghatározni.



4.2.1 Egészségpénztárak szolgáltatásai

A kiegészítő egészségpénztárak szolgáltatásai három kategóriába sorolhatók. Természetbeni (egészségcélú) szolgáltatások térítése, gyógyszer és gyógyászati segédeszköz ártámogatás, pénzbeli önszegélyező funkciók.

Az egészségpénztárak funkcióját az 1993. évi XCVI. törvény (Öpt.) már az első §-ban meghatározza.

*„1.§ a) a természetes személyek elhatározásából, illetve a munkáltató kezdeményezésére munkavállalók által alapított olyan pénztári szervezet, amely tagjai - vagy a pénztártag jogán annak közeli hozzátartozói - részére **társadalombiztosítási vagy más szociális ellátást kiegészítő, pótló, illetve - külön törvényben meghatározott feltételek szerint - azt helyettesítő szociális, illetve egészségügyi egészségvédelmi - szolgáltatást szervez és nyújt,**”*

Az egészségpénztárak szolgáltatásait részletesen a 263/2003. (XII. 24.) Korm. rendelet „az önkéntes kölcsönös egészség- és önszegélyező pénztárak által finanszírozható szolgáltatásokról” szabályozza.

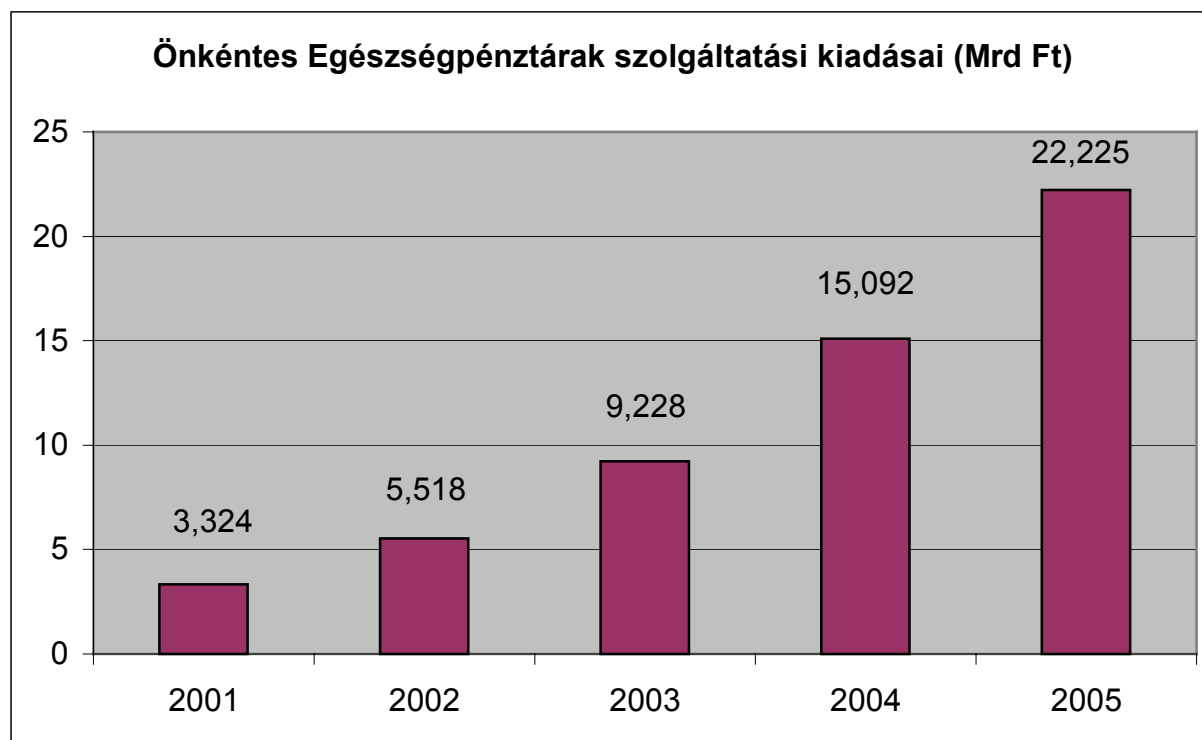
A tagok egyéni számlájáról finanszírozott szolgáltatások közül a legtöbbet gyógyszervásárlásra és fogászatra költenek. Jelentős még a tagok legkülönbözőbb igényeinek megfelelően a magánrendelések (szemészet, bőrgyógyászat, plasztikai sebészet, nőgyógyászat), otthonápolás, gyógyászati segédeszközök, kiemelt kórházi hotelszolgáltatások, gyógyüdülések, stb. finanszírozása. Az elmúlt 2 évben némi átalakulás figyelhető meg a szolgáltatások igénybevételi megoszlásában. Előtérben kerültek a sport és rekreációval kapcsolatos szolgáltatások. Ez többek között köszönhető a 2004-től érvénybe lépő új Kormány rendeletnek az egészségpénztári szolgáltatásokról, valamint az időközben megszűnt kötelező szolidáris kasszától.

Természetbeni szolgáltatások	Ártámogatás	Egészségcélú Önsegélyező feladatok
Prevenációs szolgáltatások, egészségi állapotfelmérés (egészségterv)	Gyógyszer	Táppénz kiegészítés
Fogászat	Gyógyászati segédeszközök	Temetési segély
Természetgyógyászat	Fog és szájápolási termékek	Otthonápolási hozzájárulás
Kiegészítő szakellátás	Sporteszközök	Fekvőbeteg gyógyintézeti ellátás
Emelt szintű kórházi szakellátás, szanatóriumi kezelés	Vakok számára segédeszközök	
Kórházi hotelszolgáltatás	Mozgáskorlátozottak számára speciális eszközök	
Házi betegellátás		
Gyógyfürdő, rekreációs, egészségmegőrző programok		

Sport, fitness, wellness		
--------------------------	--	--

4.2.2 Egészségpénztárak kiadásai

Az egészségpénztári szolgáltatások közül a gyógyszerár támogatás (és a fogászati kezelések fedezésére) a legnépszerűbb, talán mivel ez a legtöbb embert érintő szolgáltatási forma. Az egészségpénztári tagság nagyobb része aktív dolgozó ember, ezért nagy jelentősége van az egészség megőrzését szolgáló programoknak is, amelyek a sporttal, és egészségtudatos életvitellel függenek össze.



Finanszírozott szolgáltatás megnevezése	Szolgáltatás költsége (e Ft)	Aránya az összes kiadásban
Gyógyszer, gyógy. segédeszk. támogatás	1 604 339	49,4%
Fogászat	534 367	16,5%
Egészségvédelemi és sport	368 118	11,3%

programok		
Optikai, szemészeti szolgáltatás	40 432	1,2%
Pénzbeli (táppénz kiegészítés)	70 378	2,2%
Szűrés, prevenció	123 063	3,8%
Egyéb egészségügyi ellátás	45 319	1,4%
Gyógyüdülés, rekreáció	231 711	7,1%
Saját számlás szolgáltatás	210 495	6,5%
Egyéb	17 776	0,5%
Összes finanszírozott szolgáltatás	3 245 998	100%

Forrás: PSZÁF

Az a tény, hogy az egészségpénztári bevételeknek 90%-a a munkáltató befizetése, arra enged következtetni, hogy ma az egészségpénztárak létjogosultságát nagy részben a meglévő adókedvezménynek köszönheti.

Közel sincs meg, se a társadalomban, se az egyéneknél az egyéni öngondoskodás jelentősége, értelmezése. Az egészségpénztári számlára befizetett munkáltató jutást, a dolgozók számára, mind béren felüli jutatás jelentkezik, és nem generálja egy új, erre épülő szolgáltató piac megjelenését. (ez alól kivételt képeznek a szűrővizsgálatokra szakosodott foglalkozás egészségügyi profilú vállalkozások, amelyek gyakorlatilag a törvényi kötelezettségnek tesznek eleget, avval, hogy ezen szűrővizsgálatokat elvégzik. A dolgozók se maguktól, egészségtudatosságuk következtében mennek el ezekre a vizsgálatokra.)

Az itt létrejött megtakarítások túl kicsik ahhoz, - és a széles társadalmi igény se létezik - , hogy kialakuljon, egy magán egészségügyi szolgáltatási, -ellátási kínálat, amely e,

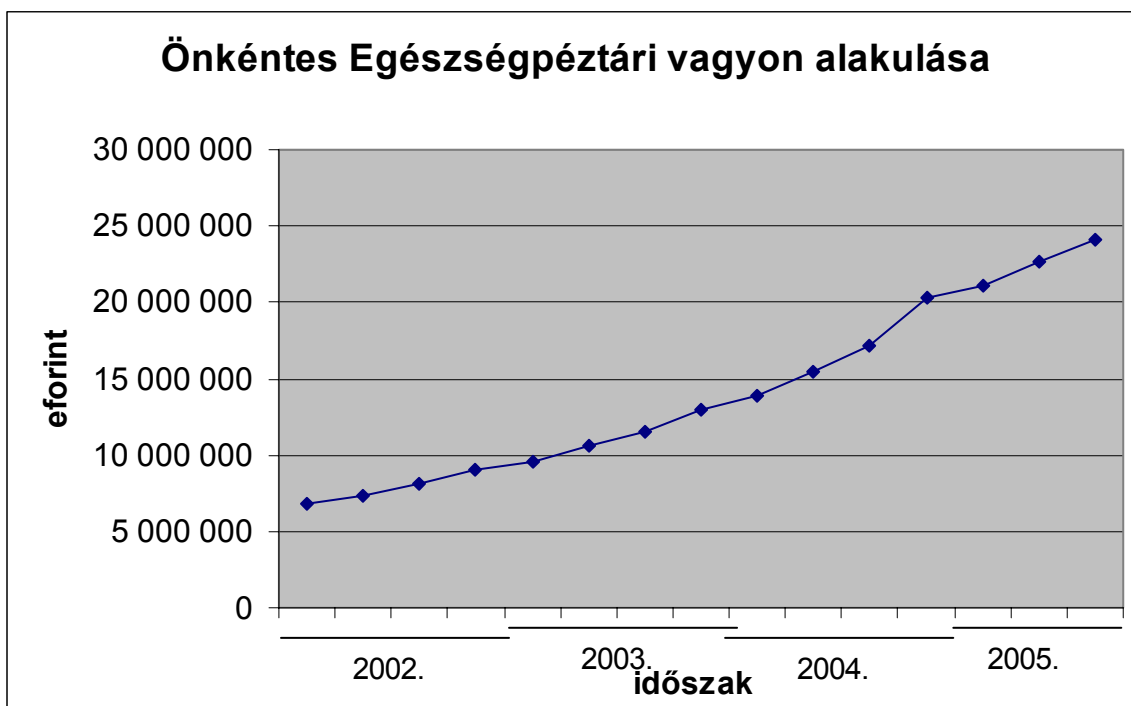
egészségcélú megtakarítás elköltésére, és a társadalombiztosító által kínált szolgáltatások kiváltására, vagy kiegészítésére irányulna.

4.2.3 Egészségpénztári megtakarítások

Általánosan elterjedt nézet az, hogy míg a nyugdíjpénztárak a felhalmozás eszközei, addig az egészségpénztárakba befizetett összegek rövid időn belül elköltésre kerülnek. Az eddigi tapasztalatok nem igazolják ezt. Az egészségpénztárak esetében a tag egyéni számláján jóváírt összeg tapasztalatok szerint 50-55%-ban kerül rövid időn belül (1 éven belül) felhasználásra, ezzel párhuzamosan az összeg másik része **egészség-célú megtakarítást** képez. Ez alátámasztja az egészségpénztárak egészségcélú **előtakarékosági számlaként** való működését. Az egészségpénztári tagok részéről történő felhalmozás, kvázi saját egészségügyi pénztárcaként működik. Ezt a tagok úgy tekintik, mind a munkáltató egyik plusz jutatását, egy adókedvezménnyel támogatott felhalmozási formát, amit a saját és családtagjaik egészségügyi kiadásaira képeznek.

Kicsit szkeptikusabb hozzáállás szerint, a dolgozók a bonyolult pénztári összeg kivételének, köszönhetően, elfelejtik, elhanyagolják egészségpénztári számlájukat, melyre a munkáltató rendszeres jutatást biztosít.

Ez bizonyos funkcióiban hasonlít az USA-ban elterjedt MSA-hoz (medical saving account). Az egészségpénztárak vagyonának adatai egyértelmű összefüggést mutatnak taglétszámukkal és működési idejükkel. Továbbá ebből a szempontból jelentős tényezőnek bizonyul, hogy a tagságot foglalkoztató vállalat mennyire tekinti fontosnak az egészségpénztári tagság támogatását.



4.2.4 Egészségpénztári Szolgáltatások minőségbiztosítása

Az egészségpénztár számára elengedhetetlen, hogy az általa kínált vagy közvetített **szolgáltatások minősége folyamatosan garantálva legyen**, ezzel is biztosságot ébresztve tagjaiban a pénztár szolgáltatásait illetően. A minőségbiztosítást több egymásra épülő tevékenységből áll. A minőségbiztosítási rendszer előírásainak pénztári oldalról történő megkövetelését segíti, hogy szolgáltatói túlkínálat van, hiszen a szolgáltatók jelenleg, fragmentáltak, kicsit és egyéni marketingre képtelenek. Így számukra is jelentős plusz betegforgalmat jelenthet egy-egy jelentős, nagyobb nevű egészségpénztárral való szerződéskötés.

- **Szolgáltatói szerződéskötés, szolgáltatási protokollok**

Az egészségpénztár szolgáltatás típusonként előre meghatározott kritériumok alapján köt szerződést egy-egy szolgáltatóval. Ilyen például az ÁNTSZ engedély, minőségi

szolgáltatói infrastruktúra megléte, pontos elszámolás feltételeinek biztosítása, stb. A feltételek ellenőrzése valójában az első szűrő a szolgáltatói kör kiépítésében.

Az előre összeállított szolgáltatási csomag az igazoltan hatékony szolgáltatásokat tartalmazza észszerű, előre kialakított áron.

- **Szolgáltatás ellenőrzése az egészségpénztárhoz beküldött szolgáltatási űrlapok alapján**

A szolgáltatás teljesítmény igazolásaként, a pénzügyi számla mellékleteként beérkező szolgáltatási űrlapok alapján látható a tevékenység tartalma, valamint elszámolásának formai elemei. Ez alapján szűrőpróbaszerűen a pénztártagok telefonon megkereshetők, hogy egy rövid elégedettségi kérdőív alapján a szolgáltatónál tapasztaltakról képe legyen az egészségpénztárnak.

- **Szolgáltató helyszíni ellenőrzése:**

Minden szolgáltató esetében rendszeresen helyszíni ellenőrzést érdemes tartania a pénztárnak. Panaszos ügy miatt rendkívüli ellenőrzésre kerülhet sor. Ez a típusú ellenőrzés valójában a szolgáltatói kör karbantartását célozza, nagymértékben hozzájárulhat a pénztár üzemszerű működéséhez, a pontos elszámolások biztosításához is.

- **Minőségbiztosítási kategóriák és technikák az egészségpénztáraknál**

Donabedian kategória	Egészségpénztár
Erőforrások – tárgyi, humán	Szerződéskötés, szolgáltatási protokoll
Folyamatok – egészségügyi ellátás	Helyszíni ellenőrzés, eü. szolg. dokumentáció
Eredmény – hatékonyság, elégedettség	Kérdőíves felmérés, statisztikai kimutatások, panaszos ügyek kivizsgálása

5 Az egészségbiztosítás komplex rendszerének modellje

Az egészségügyben mára kialakult helyzet, mely szerint az átfogó reformokra, változtatásokra az elmúlt 17 év alatt nem került sor, oda vezetett, hogy mára elkerülhetetlenné vált a rendszer átfogó, átgondolt és strukturális átalakítása. Az 5. független magyar kormány megválasztásának idején különösen aktuális és fontos az evvel kapcsolatos tudományos reformlépéseket vizsgáló munka mihamarabbi elkészítése.

Ennek ellenére igen meglepő, hogy a SZDSZ-s több biztosítós koncepción kívül, a többi párt nem rendelkezik nyilvános, világos, és átgondolt, komplex koncepcióval a hazai egészségügy reformja érdekében.

Világos, hogy változtatásokat elérni igen nehéz és megfeszített munka, amely szembe megy az egyéni érdekvizonyokkal, rengeteg áldozatot követel. A változások egyik fő vezérelve kell, hogy legyen, hogy új társadalmi gondolkodás módot kell kialakítani, amely összhangba tudja hozni az elvárásokat, a közösségi áldozatokkal.

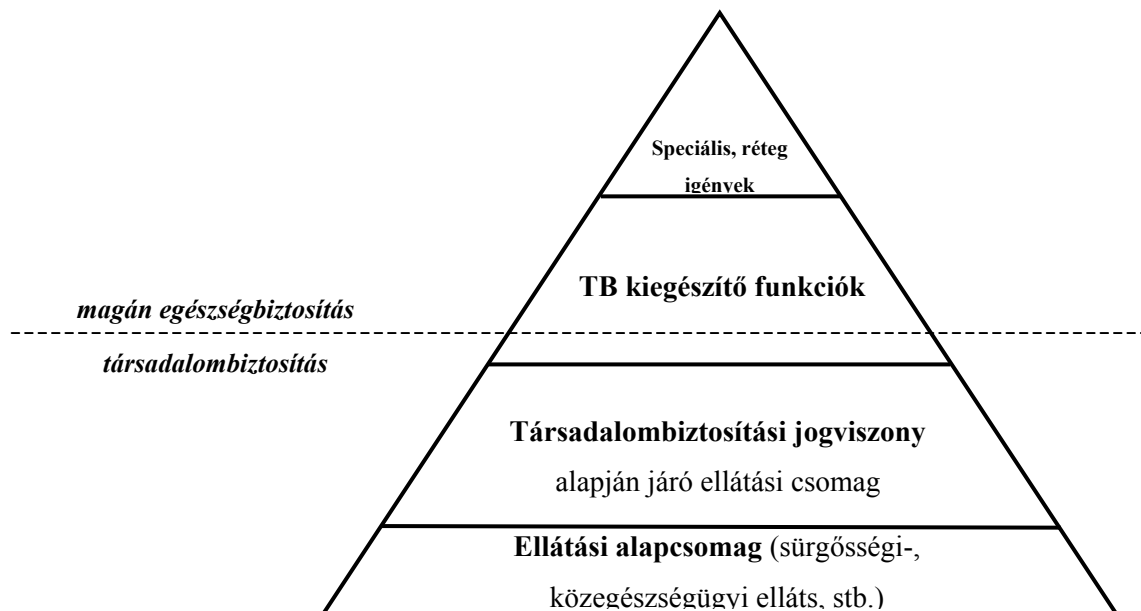
Nem tartható tovább a mindenkinek, mindent, mindig, a legmagasabb minőségben hamis elve. Fel kell ismertetni az emberekben, hogy egyéni felelősségre, tette, és áldozatokra is szükség van, az egészségmegőrzés érdekében.

A magán egészségbiztosítás helyének meghatározásakor elengedhetetlen a kialakult magyar viszonyokat figyelembe venni. Ebből következően, ha meg akarjuk őrizni az esélyegyenlőség társadalmilag elfogadott alapszintjét, fenn kívánjuk tartani a hozzáférési esélyek földrajzi és jövedelmi adatságokat kiegyenlítő rendszereket, akkor meg kell őrizni a társadalombiztosítás dominanciáját. Ugyan akkor a magán egészségbiztosítások különböző formái hathatósan és hatékonyan képesek kiegészíteni a társadalombiztosítás rendszerét.

5.1.1 A szolgáltatás alapelvei

Az egészségügyi ellátást finanszírozók szerepe a költséghatékonyság elősegítése – mivel törekednek arra, hogy minél több forrást gyűjtsenek össze, amit a lehető leghatékonyabban, legnagyobb egészségnyereséget elérve, szeretnének elkölteni a szolgáltatások piacán -, illetve a szolgáltatások minőségének garantálása, ami biztosítja a rendszer biztonságos működését. A finanszírozók betöltenek egyfajta „buffer” szerepet is. Ez azt jelenti, hogy olyan kockázati közösséget és befektetéseket kell kialakítaniuk, hogy a pénzügyi egyensúly fennálljon a piacon azzal a feltétellel, hogy minden egyénnek joga van egy úgynevezett alapellátáshoz. Ez azért nehéz, mert a kiadások nagy része nem tervezhető előre, nehezen szorítható keretek közé. Ezen túl a finanszírozási folyamat része a szolidaritás, igazságosság, társadalmi egyenlőség, mint társadalmi értékek feltételeinek megteremtése.

- **Egymásra épülő egészségbiztosítási rendszer modellje**



A magánbiztosítás szerepe a verseny élénkítésében, a választás szabadságának megteremtésén keresztül valósulhat meg. Az elv, hogy a verseny helyzet magasabb minőséget teremt, amely a minőség fokozására ösztönzi az állami szektort is.

A javasolt megoldás lényege **a kínálat és a kereslet egyidejű ösztönzésével a szolgáltatói verseny élénkítése**. Ennek része a **kínálati oldal** mesterséges csökkentése, **limitálása**, a kínálat generálta kereslet mérséklésére, és a fenntarthatóság biztosítása céljából, továbbá egy **önkéntes önrészfizetési** (fakultatív co-payment) **rendszer bevezetése**, amely megteremti a forrásbevonás lehetőségét, a differenciált igények kielégíthetőségét, **ugyanakkor a rászorultak számára biztonságosan lehetővé teszi, az egészségügyi ellátás igénybevehetőségét**, megelőzve ezzel a rászorultak kiszorulását a rendszerből.

Ehhez a jelenlegi kétszintű ellátórendszert (az első szint **csak** közfinanszírozásból, a második szint **csak** magánfinanszírozásból működik) négy szintűvé kell alakítani. **Meg kell teremteni egy állampolgári jogon járó kötelező csomagot (I. szint), a biztosítási jogviszonyo(ko)n alapuló további szinteket, amelyek között van kötelező csomag, (de itt már vizsgált a biztosítási jogviszony megléte) , és egy választékbővítő, vegyes finanszírozású szolgáltatói réteget is (III.szint)**, amely csökkentett társadalombiztosítási finanszírozásból és lakossági magánfinanszírozásból működik. Ehhez további elemként kapcsolódik a most is működő, egyre növekvő egészségpénztári szint, (egészségcélú megtakarítási számlarendszer) amely egyéni pénzügyi fedezet nyújt bizonyos, egészségcélú kiadásokhoz. (IV.szint)

Ez a „köz” és a „magán” eddigi merev szétválasztása (szembeállítás) helyett a köz- és a magán együttélését segítené. Ez a megoldás képes *úgy segíteni a szolgáltatási piac fejlődését, hogy közben nem csökkenti a rendszerben a szolidaritást, azaz a piaci elemek súlyának növelése ebben a megoldásban nem csökkenti az igazán rászorultak ellátási esélyeit*, sőt: **a többletforrás és a verseny okozta minőség javulás miatt az „alaprendszerben” maradók ellátása is javul, miközben megteremtődik a differenciált igények jobb kielégíthetősége.**

Le kell számolnunk azzal az illúzióval is, amely szerint a magyar egészségügy ugyan olyan amilyen, de legalább kiemelkedően igazságos, azaz megfelelő szociális biztonságot nyújt. Ez sajnos nem igaz. A magyar egészségügyi rendszer finanszírozása nem nyújt megfelelő biztonságot a polgárok számára, mert ugyan a közfinanszírozás mértéke nemzetközi összehasonlításban elfogadhatónak mondható, a magánfinanszírozás szinte kizárólagosan a lakos által közvetlenül fizetendő díjként jelentkezik, ami az aktuális anyagi helyzetnek való kiszolgáltatottságot jelent. Ráadásul a magánfinanszírozás jelentős – a szolgáltatás-finanszírozáson belül meghatározó –, tétele a paraszolvencia, amelyhez semmilyen számonkérhetőség, fogyasztóvédelem nem kötődik. Az elmúlt évek azt is bebizonyították, hogy a magánfinanszírozás átalakításában az önkéntes kiegészítő biztosítások a szolgáltatás-finanszírozásban nem váltották be a reményeket, pedig a szociális biztonság akkor mondható megfelelőnek, ha a magánfinanszírozás (a beteg által fizetendő térítési díjak) mögött is harmadik fizető áll, azaz a díjfizetés függetlenül van a beteg aktuális pénzügyi helyzetétől. E tekintetben nagyon rosszul állunk.

A kiegészítő biztosítások terjedésének segítése és az önkéntes egészségpénztárak által vezetett egészségcélú megtakarítási számlarendszer további támogatása nemcsak a kereslet élénkítő hatása miatt lenne fontos, de ezek a rendszerek képesek arra, hogy **a magánfinanszírozást a nagyobb biztonságot jelentő „előrefizetési” irányba térítsék el.** Ez lehet az alapja annak, hogy a paraszolvencia legális (számlás és adózó tevékenység), **számonkérhető szolgáltatás-vásárlássá alakuljon**, és mindez alapvető elmozdulást hoz a polgárok biztonsága és a rendszer igazságossága szempontjából.

A magánfinanszírozás tehát a térségben paradox módon viselkedik: súlyának, szerepének növelése nem csökkenti, hanem a rendszer átláthatóságának, számonkérhetőségének javításával és az előrefizetési (átalánydíjas) konstrukciók terjesztésével javítja a szociális biztonságot.

Ez csak abban az esetben valósítható meg, ha felmeri a Kormány vállalni, azt a – várhatóan igen népszerűtlen intézkedést – hogy az állami társadalombiztosításból igénybevehető szolgáltatások körét definiálja.

Vitaalap lehet, az alábbi 4-es csoportosítás, amelyben a biztosítás, és az egészségügyi szolgáltatások szintjeit elkülönítjük.

5.2 A biztosítás szintjei

I. szint – állami adókból finanszírozott, mindenki részére, biztosítási jogviszonytól függetlenül biztosított ellátások köre

- köz- és népegészségügyi ellátások (ÁNTSZ, védőoltások, ...)
- mentés, elsősegélynyújtás
- biztosítással nem rendelkezők részére biztosított állami segélyalap

II. Közfinanszírozott biztosítási szint (csökkentett járulékos – minimum szint)

Bizonyos politikai körök és a racionális gazdaságpolitika célja, a járulékok csökkentése. Valós az igény, hiszen a hazánkban oly magas (elsősorban munkáltatói) járulékok rontják a gazdasági versenyképességet.

Elképzelésünk egy csökkentett járulék fizetésének lehetősége, amely bizonyos szolgáltatási megkötéseket is tartalmaz.

- induláskor a jelen szolgáltatási kör-rel nagyjából megegyező, de azt folyamatosan, a tudományos bizonyítékok alapján felülvizsgáló, és folyamatosan egyre nagyobb kört kizáró biztosítás, amely kezdetekben, csak a hozzáférési szintekben, és az ellátó személyének meg nem választásában biztosít határokat.
- Pl. IBR beteg esetén, csak az ellátási körhöz, szerződött fekvő és járóbeteg szakintézményekhez küldhető tovább a beteg. Nem IBR-es beteg esetén, csak az adott, optimális ellátási szinthez tartozó területileg illetékes kórházban, az adott ügyeletos, vagy osztályos (nem választott) szakorvos által történő ellátást - fizeti teljes egészében az ellátás az OEP. (ha nem ilyen szintet vesz igénybe, csak X, kb. 70%-át) fizeti az ellátásnak az OEP.

Esetleg megfontolandó lehet, hogy az OEP is külön alapon kezelje, az ellátásra jutó kassza 70%-át, és külön a fennmaradó részt)

- DE ha magánintézményt vesz igénybe, amely ugyanazt az ellátást nyújtja, és az intézmény az OEP-pel szerződésben áll, akkor is megkapja a javasolt 70 vagy politikailag, és gazdaságilag kialakított X %-ot.
- Gyógyszer esetében ismét 2 szint van:
 - A. Az adott terápiás csoporthoz tartozó legolcsóbb 2-3 gyógyszert fizeti a közbiztosított biztosítási szint, az annál magasabb árú, vagy tudományosan nem bizonyított költséghatékonyságú gyógyszer árát nem.
 - B. Erre a III.- IV. biztosítási szint nyújt térítést
- Alapellátás (házi orvos esetében változatlan az ellátás)

5.2.1 Kiegészítő, magán egészségbiztosításból finanszírozott biztosítási szint (complementary)

Járulékoldalon fontos lépés a biztosítási tudatosság, az egyéni járulékfizetés fontosságának, lényegének megértése és elfogadtatása. Ebben az egyéneknek, éppúgy, mint a államnak példát kell mutatnia. Ezt segítené egy olyan, a jelen járulékkal megegyező mértékű szint megteremtése, amely a II. és a III. csoport együttes fizetése esetén nyújtja a jelen TB finanszírozási kört.

A TB által csak részben finanszírozott ellátások kiegészítésére (30%) választható, önkéntes biztosítási szint. Ehhez nemcsak az intézmény, hanem a kezelőorvos is szabadon megválasztható. ⁶ Nem érvényesül kockázatszelekció, hiszen ez ellátás a beteg lakóhelyéhez tartozó intézménybe, az ügyeletes, vagy az arra kijelölt szakorvos által megtörténik, viszont ezáltal, azok a lakosok körében, akik megelégednek bizonyos limitációban a szakellátás területén,

⁶ kórházak versengeni fognak, hogy a szabad kapacitásaikat ezekkel, a magasabb díjat hozó betegekkel töltsék fel. az előnye, hogy várhatóan a szolgáltatások igénybevétele is csökken, hiszen csak csak a III:

kisebb járulékból, kisebb ellátórendszer ki tudja szolgálni a társadalmi igényeket.

Amennyiben az állam célja, a III. szint megkötésének serkentése esetleg adókedvezménnyel serkentheti annak megkötését, széles körű elterjesztését.

III. Speciális, réteg igényt kielégítő egészségbiztosítások, illetve egészségpénztárak (supplementary)

- Egészségügyi közvetlen kiadások fedezésére: (magasabb adókedvezménnyel) Gyógyszer egyéni hozzájárulás, co-payment, luxus hotel szolgáltatások, fogászati ellátás, tehát nem finanszírozott ellátások fedezésére,
- Egészség megőrzést szolgáló, nem közvetlen egészségcélú felhasználási körbe tartozó szolgáltatások, eszközök (ls. sport, rekreáció) (kisebb adókedvezménnyel)
- Az alkalmi kockázatok biztosítása, pl. utasbiztosítás, stb.
- Csúcskockázatot jelentő események biztosítása, pl. extrém sportok, különlegesen veszélyes tevékenységek, rettegett betegségek biztosítása, stb.

Lényeges pont, hogy az OEP közben igazi vásárlóként lépjen fel, és szelektálva kössön szerződést, a megfelelő minőségbiztosítási, hatékonysági kritériumok alapján.

A jelen dolgozat készítői úgy gondolják, hogy a jelen egészségügyi ellátórendszer kapacitása, igen jelentősen lecsökkenthető 2 folyamat egyidejű alkalmazása esetén:

1. a fenti, IV. szintű biztosítási rendszer bevezetése, ahol differenciált járulékfizetési opcióért cserébe, korlátozott minőségű, és mennyiségű szolgáltatási kör biztosítható.

2. Erősíteni kell, hogy az egészségbiztosító közben igazi vásárlóként lépjen fel, és szelektálva kössön szerződést, a megfelelő minőségbiztosítási, hatékonysági kritériumok alapján.

Így érhető el, hogy a mostani igen megduzzadt, és drága, fekvő beteg ellátási oldal lecsökkenthető legyen. Az OEP se a magán kiegészítő biztosító nem köt szerződést, olyan intézménnyel, ahol az adott műtétből, pl. túl keveset csinálnak egy évben az adott rutin megszerzéséhez.

A modern egészségügyi reform célja, a centralizáció, és decentralizációs költség-hatékony működési forma megvalósítása, ott ahol az ellátások döntő része a beteg közelében, egyszerűen és definitíven történnek, míg a magas specializációt, rutint, eszköz, tudás és műszerigényű esetek centralizáltak, erre specializált, és nagy rutinnal rendelkező intézményekben történnek.

6 Összefoglaló:

A kiegészítő egészségbiztosítások az OECD vagy az EU országainak döntő részében, a nagy egyéni, országbeli eltérések ellenére, nem töltenek be domináns szerepet, és sajnálatosan nem értelmezhetők a közkiadások mérséklésében, féken tartásában sem.

Ezen belül a helyettesítő biztosítások, mikor egy bizonyos társadalmi csoportot kiengedünk a z állami köz-biztosítási körből, nem jelentenek igazán megoldást, a hazai rendszer problémáira, hiszen könnyen növelhetnék a társadalmi esélyegyenlőtlenséget. Ez a megoldás ellen szól továbbá az a tendencia, amely az ilyen jellegű biztosítási megoldással rendelkező országokban is igyekszik a magasabb jövedelmű társadalmi csoportokat visszaterelni a nemzeti, állami biztosítási rendszerbe.

Ennek ellenére az igen magas közvetlen egészségügyi kiadások jelentős problémát jelentenek a rendszer számára, és akadályát képezik mindenféle modernizációs törekvésnek.

Ezért megfontolandó lehet, egy 4 lépcsős egészségügyi finanszírozási rendszer kialakítása, amely igazán új elemét, egy, két lépcsősre bontott TB finanszírozási rendszer jelenti. A nem kötelező rész biztosításába való magán biztosítók beengedése politika döntés, és limitált veszélyt rejt magába, mivel nem sérül az ellátás esélyegyenlősége, de javul a versenyképesség, és várhatóan ezáltal a minőség.

További várható előny, hogy nemcsak a járulék csökkenthető, hanem a kapacitások is racionalizálhatóak.

A IV. szintben látjuk egyértelműen a magán finanszírozás szerepét. Ott ahol kiegészítő extra szolgáltatásokat tud nyújtani ,vagy megtakarításai révén a hirtelen felmerülő jelentős egészségügyi kiadásokat tudja egyenletesen elosztani az egyéni megtakarítások révén. De fontos szem előtt tartani, hogy itt sem igazából az egyéni egészségtudatosság, az egyéni egészségiránti odafigyelés a jelentős, hanem a munkahelyi, béren kívüli jutatóként biztosított kiegészítő biztosítások elterjedéséért felelős adókedvezmény igénybevételenek lehetősége.

Reméljük, hogy a hazai biztosítási rendszer reformjánál a több lépcsős biztosítási szint kialakítása a biztosítottak számára nagyobb előnyöket, flexibilisebb biztosítási formát, és fenntartható, igazságosabb ellátást eredményez a következő generációk számára.

Dr. Kóti Tamás, Dr. Rékassy Balázs

Felhasznált irodalom

1. The OECD Health project. Private Health Insurance in OECD countries
2. Possible objectives and resulting entitlements of essential health care packages, Health Policy 45 (1998) 195-208
3. European Observatory in Health Systems and Policies: Voluntary health Insurance in European Union Elias Mossialos, Sarah Thompson
4. MUTUAL SOCIETIES IN EUROPE (Contribution of AIM to the preparation of a European Commission policy document) - January 2003
5. Jeremiah Hurley és Paul Grootendorst: Egészségügyi ellátás , egészségbiztosítási piac és kormányzati szerep Flagship courses SOTE EMK 2003
6. Balázs Péter [1997]: „A rejtőzködő magánfinanszírozás és az egészségügy legális költségtérítése”, Népegészségügy, 1. sz.
7. Kincses Gyula: a Köz és magán új együttélése az egészségügyben 1999-2001
8. Kincses Gyula: Az egészségbiztosítási rendszer megújításáról 2002
9. Kincses Gyula szerk: A harmadik csomag kialakításának alapkérdései. Az ESKI és a MABISZ munkacsoportjának munka-anyaga (2005., kézirat)
10. Kincses Gyula: Stratégiai javaslatok a magyar egészségügy Fejlesztési Konceptiójához a 2006 és 2014 közötti időszakra
ESKI munka-anyag az EFK-hoz EüM megrendelésre (2004-2005. kézirat)

Mellékletek

7 Összefoglaló felosztás az üzleti biztosítók lehetséges (elvi) szerepéről

Az alábbi rövid összefoglalás célja hogy összefoglalóan áttekintse az üzleti biztosítók lehetséges szerepét. A felsorolt lehetőségek nem mind „itt és most” alkalmazhatók, a melléklet célja annak összefoglalása, hogy egyáltalán milyen területek elvi megfontolása vehető számba.

7.1 Helyettesítő biztosítás

7.1.1 Részvétel a kötelező társadalombiztosítás rendszerében.

Ebben a típusban az üzleti biztosító a közfinanszírozás i rendszerben vesz részt, annak a szabályai szerint. Itt (a közfinanszírozási csomag mértékéig) az üzleti biztosító nem végezhet saját szablyai szerinti járulékgyűjtést, és nem állapíthatja meg önkényesen a szolgáltatási csomagot. Az ilyen rendszerek közös jellemzője, hogy a szolidaritási elv érdekében vagy központi járulékgyűjtés és fejkvóta alapú leosztás működik, vagy valamilyen redisztribúciós mechanizmus.

Ennek egy változata, amikor az alapsomag mellé a biztosító kiegészítő díjat kérhet, és ezért többlétszolgáltatásokat ígér. Itt a biztosító együtt kezeli a kötelező biztosítást. Ennek a változatnak jellemzője, hogy a kötelező biztosítás tekintetében ugyan érvényesül hozzájárulási oldalról a szolidaritás, de a kiegészítő díj mértéke és az érte ajánlott csomag már alkalmas a paciensek szelektálására.

7.1.2 Nem teljeskörű biztosítás mellett teljes ellátási csomag nyújtása üzleti biztosítási alapon

A helyettesítő biztosítás másik nagy csoportja az, amikor egy országban a történelmi tradícióknak megfelelően nem teljeskörű a biztosítási kötelezettség, hanem egy adott (vagyonos) réteg kiléphet ebből. Számukra az üzleti biztosítók szervezhetnek teljeskörű (helyettesítő) ellátást.

7.2 Kiegészítő biztosítás

Kiegészítő biztosítás alatt a közfinanszírozású csomaghoz kapcsolódó, azt kiegészítő, vagy részben helyettesítő szolgáltatásokat szokás érteni. Ennek megfelelően három csoportba sorolható:

7.2.1 A kötelező co-payment finanszírozása

A kötelező co-payment kifizetése feltétele a közfinanszírozású szolgáltatások igénybevehetőségének. Ennek a díjnak a megfizetése lehet biztosítói kockázatkezelés tárgya.

7.2.2 Közfinanszírozási intézményben a közfinanszírozású ellátás mellett igénybevett szolgáltatások

Tipikusan ilyenek

- Elértő szakmai tartalom
- A beteg választásából fakadó igények
 - Intézményválasztás
 - Orvosválasztás
 - időpontválasztás
- eltérő hotel/kényelmi szolgáltatások)

7.2.3 Nem közfinanszírozott intézményben igénybevett szolgáltatások

- Az ellátási csomagba tartozó ellátások nem közfinanszírozású intézményben történő eseti igénybevétele
- Az ellátási csomagba nem tartozó szolgáltatások finanszírozása (alternatív medicina, plasztika, fogászat, stb.)

7.3 Egyes kockázatokat átvállaló biztosítás

Az ellátási csomagok átrendezése (a közösségi - közintézményi kockázatkezelésből üzleti biztosítók kompetenciájába engedés) másik dimenziója a kockázatszelekció.

Ez a logika nem az egyes tevékenységeket sorolja a közfinanszírozású körön belülré vagy kívülré, hanem kockázatok szerint szelektál.

Etekinetben lényeges „profiltisztításra” van lehetőség.

Egyes kockázatok (a kockázatkezelési elv változtatása nélkül) „**outsourcing**” jelleggel átadhatók üzleti biztosításoknak:

- Balesetbiztosítás (a foglalkoztatásból eredő egészségi kockázatok, beleértve a megelőzést is)
- Táppénz

A társadalombiztosítás kockázat-szelekciója: **egyres kockázatok kizárása a közfinanszírozásból.**

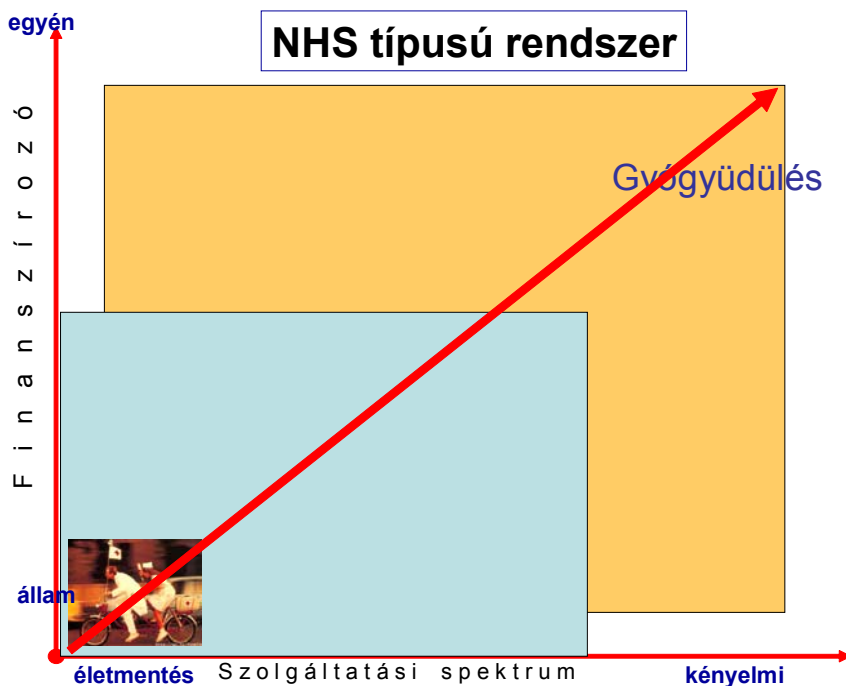
- Önként vállalt kockázatok (extrém sportok, veszélyes állatok)
- Külső érdekből vállalt kockázat (versenysport, foglalkoztatás, stb.)
- Harmadik fél által okozott károk kezelése

8 A biztosítások kockázatmegosztásának elvi modellje

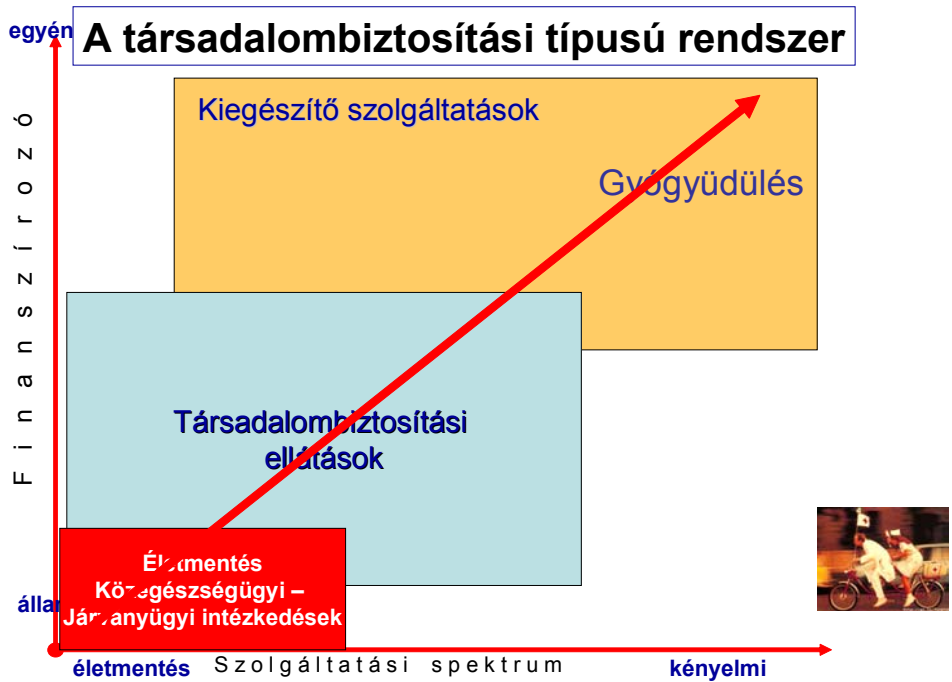
Kincses Gy. (2005.) az egészségügyi kockázatok alábbi modelljét vázolta fel.



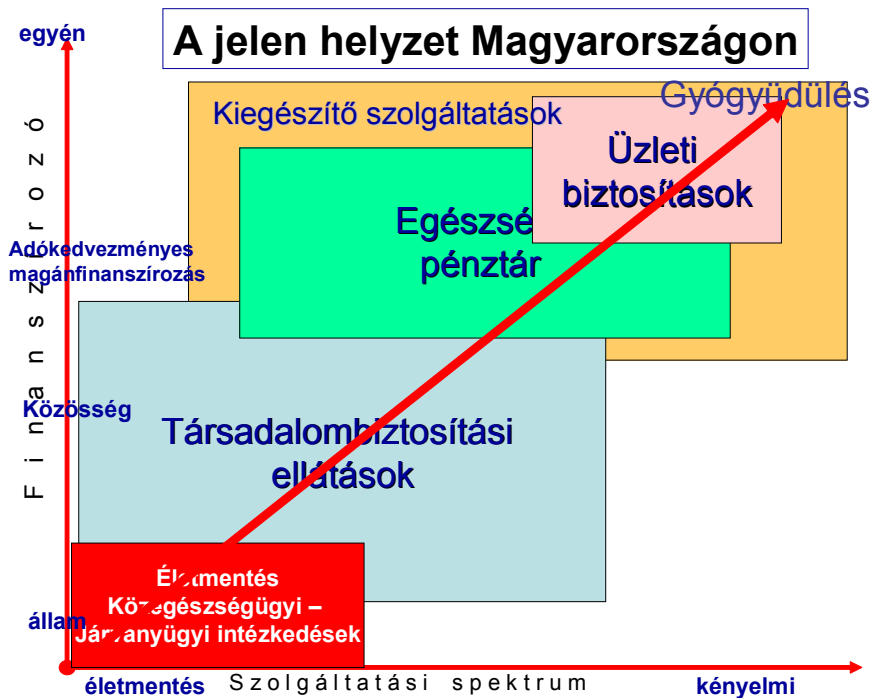
A szolgáltatások és finanszírozásuk egy olyan egyszerűsített modellben ábrázolhatók, amelyben az egyik tengely a finanszírozás, és ez az állami finanszírozástól az egyéni finanszírozásig terjed, a másik tengely a szolgáltatások spektruma az életmentéstől a kényelmi szolgáltatásig terjed.



Az NHS modell (leegyszerűsítve) állami finanszírozásban nyújtja a szükséges szolgáltatások zömét, és magánfinanszírozásban a többit.

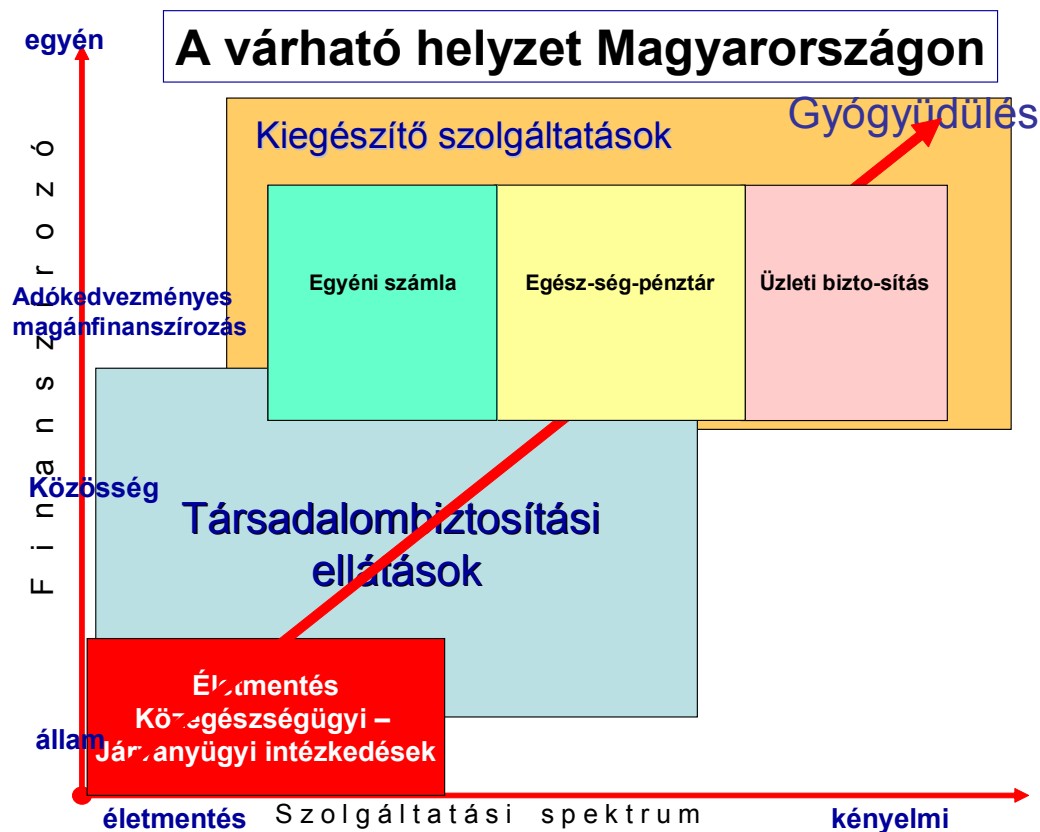


A társadalombiztosítási rendszerek a gyakorlatban háromszintűek (a magyar deklaráltan is): az alapvető ellátásokat az állam garantálja, a szükséges ellátások zömét a társadalombiztosítás, és a többit piac.



A magyar jelen helyzet a fenti ábrával írható le.

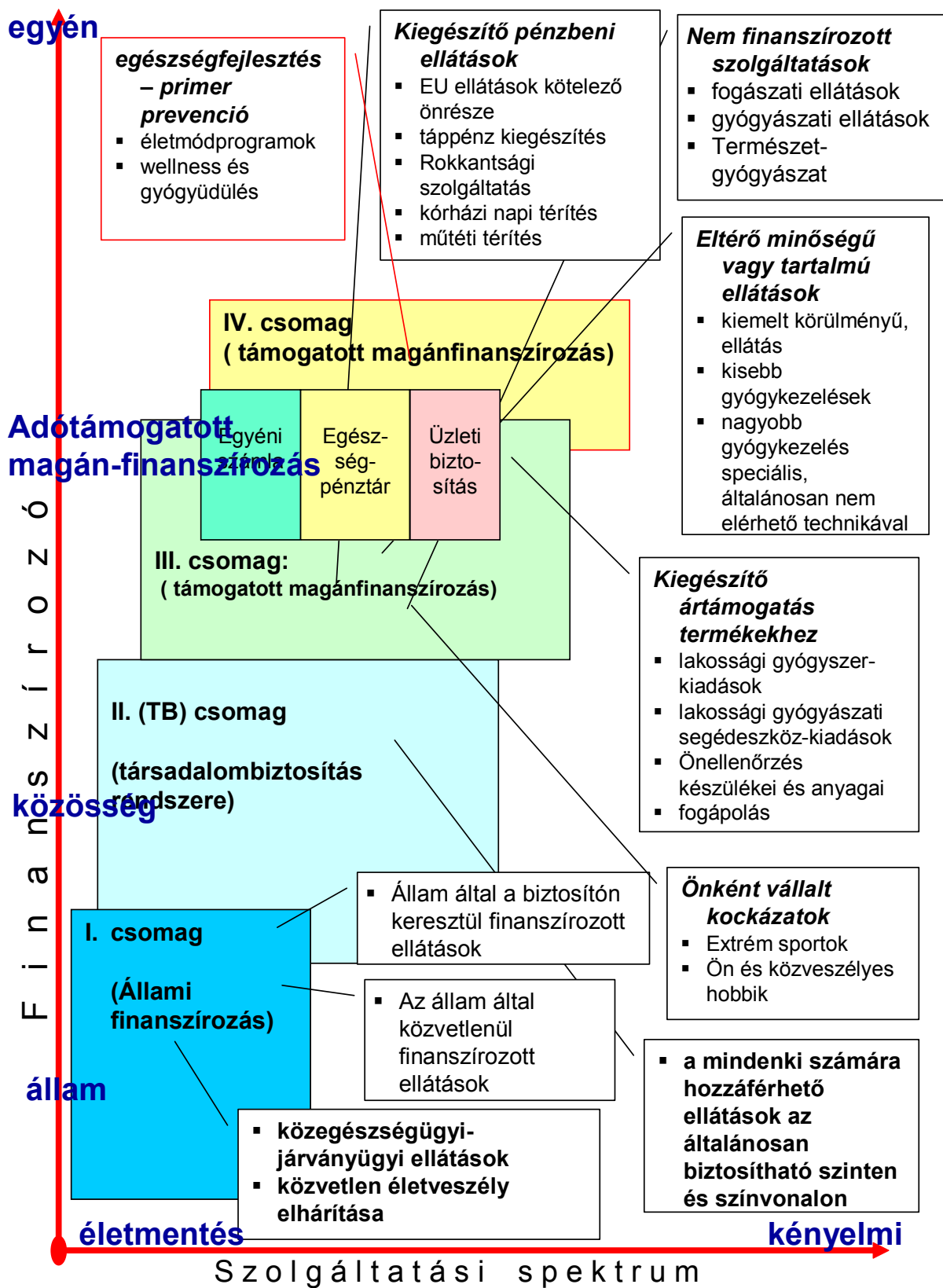
A várható helyzet várhatóan az alábbiaként alakul.



Tovább nő a kiegészítő szolgáltatások aránya, é ezen belül csökken az out of pocket típusú finanszírozás, nő az adókedvezményes előrefizetett finanszírozás aránya. Vélhetően preferencia lesz az előtakarékoság.

A másik várható tendencia: a kiegészítő finanszírozások egyenrangúsodása. Megszűnik az egészségpénztár és az üzleti biztosítók közötti jogi különbségtétel, és várhatóan megjelenik az egyéni előtakarékoság lehetősége.

Az egyes szereplők várható feladatmegosztását a következő oldalon található ábra szemlélteti.



9 A kockázat-szelekció elvi lehetőségei

A kötelező, szolidaritás elvű biztosítás ellátásainak meghatározásakor („ellátási csomag”) nem csupán az egyes technológiák szelekciója a feladat, de pontosítani kell a kötelező egészségbiztosítás által kezelni kívánt kockázatok körét is. A világon mindenütt egyre nagyobb feszültségeket jelent a véletlenszerűen bekövetkező egészségkárosodások korrekt (EBM alapú) kezelésének finanszírozhatósága. Ezért megkérdőjelezhető, hogy egyes külső érdekből, illetve önként vállalt, szórakoztatási érdekből bekövetkező kockázatok kezelése ugyanebből a szolidaritás elvű alapból célszerű-e?

Ebben a vitában fel kell vetni azt a filozófiai, rendszerelméleti kérdést, hogy **mi is az a társadalombiztosítás, milyen célból, milyen kockázatok kezelésére szerveződik?**

A konkrét válasz előtt célszerű egy elvi választ adni. A különböző biztosítási rendszerek – így a társadalombiztosítás – kockázatok kezelésére szerveződnek. Az egészségi állapot változásából az egyénre háruló terhek porlasztására és kiegyenlítésére szerveződő kockázatközösségeket nevezük egészségbiztosításnak, és ha ez az egészségbiztosítás szolidaritás elven szerveződik, akkor ez a társadalombiztosítás.

A társadalombiztosítás (jelen esetben **a kötelező, szolidaritás elvű egészségbiztosítás**) az alaplogika és **főszabály szerint az általános (a társadalmi szokásoknak megfelelő életvitel mellett véletlenül bekövetkező) egészségi kockázatok kezelésére szerveződik.**

Az egészségbiztosítás feladata a *külső okokból véletlenszerűen – mindenkit egyforma eséllyel érő – és harmadik fél számára fel nem róható módon, valamint a belső okokból (alkati, genetikai) keletkező egészségi kockázatok kezelésének finanszírozása.*

Mindebből következik, hogy a társadalombiztosítás *feltétel nélküli* helytállási kötelezettségi köréből ki kell venni az alábbiakat:

- Nem gyógyító célból igénybevett ellátások
 - esztétikai célú beavatkozások,
 - születésszabályozás (fogamzásgátló gyógyszer szedése nem kívánt terhesség elkerülése céljából stb.);
- Idegen, külső érdekű kockázatok miatt igénybevett szolgáltatások
 - foglalkozás-egészségügy,
 - versenysport stb.;
- Ha az egészségkárosodás bírói ítélet vagy államigazgatási eljárás szerint más károkozása kapcsán következett be. Ez esetben az ellátás költségeit a károkozónak kell fizetnie. (közlekedési balesetek, testi sértések közvetlen következményei, stb.);
- Önként vállalt, ismert kockázatú tevékenység rendszeres folytatása, illetve az ebből származó egészségkárosodás gyógykezelése. (viszontbiztosítási kötelezettség engedélyhez kötött kiemelten veszélyes extrém sportok üzése, veszélyes állatok tartása stb. esetén.)

A fenti okokból igénybevett ellátások költségét más finanszírozóra kell terhelni, ennek forrása ne a járulékok, illetve az egészségbiztosítás számára átadott költségvetési forrás legyen. *Az igazságosság, a betegek és a szolgáltatók jogbiztonsága ugyanakkor azt követeli, hogy a beteg a betegség okától függetlenül minden esetben a kötelező egészségbiztosítás keretén belül jusson hozzá az ellátáshoz, a szolgáltató pedig a finanszírozáshoz, azaz a biztosító a betegség bekövetkezésekor, a szolgáltatás igénybevételekor nem vizsgálja annak okát, felelősségi viszonyait, hanem jogosultak számára az ellátást az OEP kifizeti a szolgáltatónak.* Ha utóbb megállapítható, hogy a káresemény külső érdekből vagy harmadik fél számára felróhatóan következett be, illetve az aktuális járulékfizetés alapján más EU tagállam a valós teherviselő, akkor *az egészségbiztosítás utólag behajtja* (a viszontbiztosítás vagy bírói végzés alapján) a költségeket.

Az utóbbi kategória érdemel bővebb kifejtést.

Az első tisztázandó fogalom az „önként vállalt egészségügyi kockázat” fogalma, amelyet e javaslat kizárni javasol a társadalombiztosítás által általánosan kezelt kockázatok köréből. Az elv vállalható, ugyanakkor ennek a logikának a mentén könnyű eljutni oda, hogy akkor zárjuk ki a társadalombiztosítási finanszírozásból a dohányzás, az alkohol és a drogok okozta egészségkárosodások kezelését, vagy az öngyilkost ne lássuk el, mert önként vállalt többletkockázat volt...

Ide semmiképpen nem szabad eljutni. A szolidaritás elv kizárja ezt, de ugyanígy tudományos megközelítésből sem indokolható: ezek a magatartás-zavarok vagy társadalmilag elfogadott normák (mint a dohányzás a 60-as, 70-es években), vagy a megváltozott normával szemben szenvedélybetegségek, amelyek kezelése már megint a köz feladata.

A társadalombiztosítás szolidarisztikus jellege teljességgel kizárja azt, hogy egy hajléktalan ne kapjon ellátást, mert iszik, ha van mit. Ugyanakkor a társadalmi igazságosságot és a többletkockázatnak megfelelő többlet-hozzájárulást jelentené az, ha az alkohol és dohányáru tartalmazna egy egészségügyi hozzájárulási részt. Így a többletkockázatot vállalók a termék megvásárlásakor rónák le a többletkockázat díját.

Más a helyzet, amikor valaki valójában többletkockázatot vállal, és ez nem harmadik fél érdeke, mint a foglalkoztatás és a versenysport esetében.

Itt a megvalósítás két alap-sémában lehetséges.

Az ilyen kockázatok egyik csoportja valamilyen tevékenység rendszeres üzését jelenti: valaki pl. sárkányrepülő, verseny szerűen boardozik, vagy mérges kígyókat, tigriseket tart.

Ezekben az esetekben a tevékenység valamilyen engedélyhez kötött: jogosítvány, tagsági igazolvány, állat-tartási engedély, stb. Ebben a csoportban az engedély kiadását lehet/kell kiegészítő biztosítás megkötéséhez kötni. Ez szükség esetén

felelősségbiztosítás is: a sárkányrepülő harmadik személyben is kárt tehet, nem is beszélve a tigrisekről, amelyek negyedik, sőt ötödikben is képesek.

A másik esetben eseti igénybevételről van szó: valaki elmegy síelni, esetleg jegyet vásárolva sárkány-repül, ejtőernyő-ugrik, air bordol, bungee-jumping-ol. Ezekben az esetekben irreális az előzetes kiegészítő biztosítás megkötésének elvárása.

Ebben a csoportban a mű üzemeltetőjét célszerű felelősségbiztosításra kötelezni, és az Ő biztosítása fedezi a mű üzemeltetése kapcsán bekövetkező károkat. A biztosítási díjat az üzemeltető bizonyosan beépíti az árba, tehát végsősoron az igénybevevő „köt” biztosítást. Ugyanakkor ez a konstrukció alkalmas arra, hogy az üzemeltetőt a minél nagyobb biztonság irányába szorítsa, hiszen a biztosítási díjtétele kockázat-arányos.

10 A teljeskörű biztosítottsági kötelezettség kérdése

A társadalombiztosítás fejlődésének története a kockázatközösségek fizikai és logikai (filozófiai) növekedésének története. Az első szolidaritás elvű kockázatközösségek (bányatárs-ládák) után történelmi változás volt a Bismarck féle társadalombiztosítás kialakítása: míg a bányatárs-ládák csoporton belüli szolidaritást képviselték (bányász a bányással, illetve családjával) addig a társadalombiztosítás már társadalmi szolidaritást (osztályok közötti) is tartalmaz: nemcsak a munkások, de a tulajdonos (munkáltató) is fizet. A kockázatközösség további szélesítését a szovjet egészségügy, illetve a Beveridge modell (1942) megjelenése jelentette: a bismarcki teljeskörű alkalmazotti biztosítási kötelezettséget a lakosság teljes egészére kiterjedő nemzeti kockázatközösséggé alakította.

Az egészségügyi kockázatok növekedése, illetve az egyéni kockázatok különbségeinek növekedése miatt a társadalombiztosítási rendszereken belül is a pénztárak számának csökkenése, a minél nagyobb kockázat-közösségek kialakulása a jellemző, illetve olyan mechanizmusokat hoznak létre, amelyek az egyes biztosítók kockázatait egyenlítik ki, azaz egységesítik a kockázatközösséget.

Magyarországon 1990-ig teljeskörű „biztosítottsági” kötelezettség volt, majd a rendszerváltás utáni modell visszatért az „eredeti” modellhez, és csak a munkajövedelemből élők számára volt kötelező a társadalombiztosításban való részvétel. A tőkejövedelemből élők választhattak. Mindez elvi jelentőségű volt, mert egyrészt ez a réteg még instabil volt és nem képezett megfelelő tömegű fizetőképes keresletet a kiegészítő biztosítások számára, másrészt a társadalombiztosítás sem volt képes követni technikailag a jogosultságokat, így a gyakorlatban mindenki jogosult volt az ellátásra. 1995.-ben az informális helyzet formalizálódott: Magyarországon teljeskörű a biztosítottsági kötelezettség, és az egészségpolitika egyik legfontosabb alapelve az egységes nemzeti kockázatközösség fenntartása.

Mindezek ellenére egyes szakértők (Balázs P. 1997., Kincses Gyula 2005.) Magyarországon is visszatérően felvetik azt, hogy egyes, kiemelkedően jómódú társadalmi csoportokat mentesíteni kell a biztosítottsági kötelezettség alól, és így ezek a csoportok választhatnak, hogy jövedelmük (nem munkajövedelmük!) arányában járulnak hozzá a társadalombiztosítás kiadásaihoz, vagy kiléphetnek a társadalombiztosítás rendszeréből, és maguk szervezik meg az ellátásukat.

A kiengedés mellett szól:

- Köztudott (és gyakori hivatkozási alap) az az összefüggés, hogy az egészségügyi szükséglet és a személyes jövedelem-pozíció fordított, ugyanakkor több kutatás bizonyítja, hogy a szükségletek kielégítése és a jövedelmi helyzet között már egyenes az arányosság, azaz a jobb jövedelmi pozíciójú rétegek a relatíve jobb egészség ellenére több szolgáltatást vesznek igénybe.
- A magas jövedelműek egy része nem munkajövedelemből él, így nem valós jövedelmi helyzete alapján járul hozzá a társadalombiztosítás kiadásaihoz.
- A megnövekedett elvárásainak a legális kielégítése csak részben lehetséges Magyarországon, így a pénzét külföldi biztosítóhoz, szolgáltatóhoz viszi.
- Társadalmi feszültséget okoz, hogy ma aki más minőségű szolgáltatást kíván vásárolni, az „duplán” fizet: a teljeskörű járulékfizetés mellett piaci körlmények között, teljes áron veszi meg ugyanazt a szolgáltatást, amire befizetése alapján egyébként jogosult lenne.
- Jobb jövedelmi pozícióját kihasználva fél- vagy illegális csatornákat keres megnövekedett (jövedelmének megfelelő) igényeinek kielégítésére, így ez a réteg korrupciós nyomást gyakorol az egészségügyre, erősíti és konzerválja a hálapénz rendszerét.

Tehát, a vagyonos réteg:

- Nem jövedelmi pozíciójának megfelelően vesz részt a hozzájárulásban
- Relatíván többet fogyaszt
- Pénze részben elvész a magyar egészségügy számára (nincs „termék”)
- Korrupciós nyomást gyakorol, konzerválja a rendezetlenséget-

Érvek a kiengedés ellen:

- A nemzeti kockázat-közösség fenntartása kiemelt prioritást élvez, és a nemzetközi példák is nem a kockázatközösségek szétszedése, hanem egyesítése irányába hat.
- Növeli a társadalmi egyenlőtlenségeket, elősegíti az egészségügy kettészakadását.
- A gyógyítás költségei oly-mértékben különböznek, hogy egyes kiemelten drága betegséget kisebb, üzleti biztosításra jellemző méretű kockázatközösség nem képes kezelni.
- Magyarországon még nem szilárdult meg az a vagyonos réteg, amely garantáltan generációkon keresztül vagyonos. Így könnyen előfordulhat az, hogy tömegével lesznek olyanok, akik amikor megtehették volna, nem járultak hozzá a közös kiadásokhoz, de baj esetén szükségletüket már ez a közös alap fedezi...

Látszólag az érvek és ellenérvek egyensúlyban vannak, illetve az ellenérvek súlyosabbak, tehát nagyobb a kockázat, mint az így okozott kár.

A nemzeti kockázat-közösség fenntartása melletti érv nem vitatható, de az igazságtalanságok növelése, az egészségügy kettészakítása már érdemibb árnyalást igényel.

Megfontolható az az érvelés is, hogy a gazdagnak kiengedése nem okozná, csupán léthatóvá, mérhetővé tenné az egészségügy kettészakadását, illetve az egyenlőtlenségeket. Ezek az egyenlőtlenségek ma is léteznek, ugyanakkor rejtettek, és az előnyt élvezők feketepiacon vásárolnak, sokszor a valóban rászorultak kárára. Ezért lehet, hogy az igazságosságot jobban szolgálná egy tiszta rendszer, ahol nem a szegények kárára feketén vásárolhatók meg a szolgáltatások, hanem legálisan.

Ugyanakkor van egy másik logika is, amely lehetővé teszi a vagyonosok kiengedését a kötelező társadalombiztosításból, ugyanakkor nem bontja meg a nemzeti kockázatközösséget.

Ennek megértéséhez előbb célszerű végig-gondolni, hogy mi is a járulékfizetés logikai, filozófiai (nem jogi, és nem közgazdasági) tartalma. E tekintetben a járulék három komponensre bontható:

- Tartalmazza az aktuális ellátási költségeket, azaz a járulékfizetés fedezi a járulékfizetés alatti ellátás költségeit.
- Előtakarékosság: tartalmazza a későbbi, inaktív korban történő ellátás költségét, illetve
- „Utófinanszírozás” a gyermekkori inaktív kori ellátás költségeinek utólagos megtérítése

Ezek a befizetések egyéni kockázat-kezelési célúak és az egyén érdekeit szolgálják. Ez alapvetően kockázat-porlasztás, és csak ennek megfelelő kockázati (randomizált) jövedelemtranszfert jelent.

- Szolidaritási rész: a fentiekkel ellentétben ezért a befizető sem előre, sem utólag nem kap ellátást, teljesíti társadalmi kötelezettségét a társadalmi igazságosság és béke érdekében.

Az így teljesített befizetés társadalmi kockázatkezelés célú, és a közösség érdekeit szolgálják. Ez irányított, szolidaritás elvű (gazdagoktól szegények felé irányuló) jövedelemtranszfert jelent.

Megfontolandó egy olyan rendszer, amely a fenti logika szerint vágja el a járulékfizetési kötelezettséget:

- az egyéni kockázat-kezelést kiengedi az üzleti szférába
- a társadalmi szolidaritás alól nem menetesíti az egyéni kockázat-kezelést választókat.

A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy bizonyos jövedelmi (vagyon) helyzetben az állampolgár eldöntheti: összevont jövedelme alapján (felsőkorlátosan) járulékot fizet, vagy egy szolidaritási rész (adó) megfizetésével kilép a társadalombiztosítás rendszeréből.

Ez utóbbi esetben a díj mértékét célszerű úgy megválasztani, hogy az egyúttal egy „vis major” biztosítás is legyen (daganatos megbetegedés, politraumatizált állapotok, művese kezelés, stb.) a közbiztosítóban: a kiemelt terhet jelentő betegségek, állapotok esetében a beteg kezelését ezen kockázatok tekintetében a közbiztosító vállalja.

A javasolt rendszer:

- markánsabban érvényesíti a szolidaritási elvet,
- biztosítja a nemzeti kockázat-közösség fennmaradását,
- segít elérni a minőségi egészségügyi szolgáltatások piacán azt a kritikus tömeget, amely már a biztosítási piac számára is megfelelő fizetőképes keresletet, illetve megvásárolható szolgáltatás-tömeget jelent, így:
 - többletforrást von az egészségügybe,
 - tisztább, átláthatóbb, korrupció-mentesebb világot teremt az egészségügyben.

11 A co-payment kérdése

Európai példák sora bizonyítja, hogy az egészségbiztosítás átalakításának *meg nem kerülhető kérdése a co-payment kérdése.*

A co-payment a magyar egészségügyben ma is létező gyakorlat akár a termékek vásárlásához kötődően (gyógyszer, gyógyászati segédeszköz), akár a szolgáltatás igénybevételénél (ápolási osztály stb.), tehát nem az a kérdés, hogy be kell/e-, lehet-e vezetni a co-payment-et Magyarországon.

Alapvető, rendszerfilozófiai kérdés, hogy a társadalombiztosítás által finanszírozott egészségügyi szolgáltatás (a kötelezően finanszírozott alapsomag) igénybevételekor fizetendő co-payment-et nem szabad bevételtermelő eszközként kezelni, ebből a célból bevezetni. A társadalombiztosítás hiányainak a fedezésére a co-payment – bevételi oldalról – alkalmatlan eszköz.

A jól megválasztott *co-payment* „kiadás-racionalizáló”, azaz *magatartás-formáló eszköz*, azaz súlyt ad a beteg választásának, érdekeltté teszi az egészségben tartásban, *segíti az értéktudatos, tájékozott fogyasztói magatartás kialakulásában.* A betegek által fizetett hozzájárulás mérsékelt formában segít az indokolatlan kereslet csökkentésében. Ez együtt kezelendő azonban a méltányosság elvével, egyidejűleg szükséges tehát a rászorulóknak számára az elérhetőség mindenkori biztosítása.

Magyarországon *a co-payment – az általános szempontok mellett – igen jelentős motivációt jelenthet a paraszolvencia elleni küzdelemben, azaz alkalmas a feketepiac kiváltására legális piaccal.*

A co-payment alkalmazása három technikával ismert:

1. *egyres (konvencionális) területeken a részleges térítési kötelezettség általános előírása*
2. *Fakultatív – a beteg választásán alapuló – co-payment (viszonylag rigorózus az eljárásrend, és a beteg ettől eltérő választása fizetési kötelezettséget von maga után. Pl.: eltérés a beutalási rendtől, indokolatlan orvos vagy intézményválasztás, területi ellátási kötelezettség nélküli,*

társadalombiztosítással szerződött szolgáltatók igénybevétele, beutaló nélküli megjelenések a szakrendelésen stb.).

3. *Általános co-payment* (viszonylag nagy választási szabadság, szabadabb „szolgáltatói verseny”, de a szolgáltatási rendszer igénybevételének minden szintjén kismértékű fizetési kötelezettség jelentkezik, pl.: vizitdíj, ápolási nap alapú díj, receptdíj stb.).

Az elkövetkező időszakban vizsgálni, kutatni szükséges, hogy Magyarországon a két módszer közül melyik, vagy milyen kombinációban, milyen mélységben érvényesíthető.

Egyes területeken a részleges térítési kötelezettség általános előírása ma is élő gyakorlat az egészségügyben. A termékek (gyógyszer, orvos-technikai eszközök) esetében ez ma is általános gyakorlat, de új területek bevonása is lehetséges:

- egyes, nem alapvető fontosságú ellátások igénybevétele (egyes fizioterápiás kezelések, szanatórium jellegű ellátások, stb.),
- a gazdaság teljesítőképessége, a járulék-bevételek függvényében a biztosítottak számára általánosan nyújtható szintet, színvonalat, anyagminőséget, eljárást stb. meghaladó ellátások,
- nem elterjedt, új technológiák igénybevétele,

Ezen a területen megfontolást igényel az indikációhoz kötött co-payment megjelenítése.

Ahogy egyes kockázatok, alkalmazási célok (pl.: esztétikai célú kezelések) kizártak az ellátási csomagból, ugyanígy megfontolható a gyógyszerek analógiájára az is, hogy egyes kevésbé fontos (nem súlyos állapotot okozó és nem nagy költséggel gyógyítható) betegségek kezelése részleges térítéshez kötött, nemcsak a gyógyszeres kezelés esetében.

A fakultatív co-payment valós érvényesítése az ellátási csomag pontos meghatározását igényli. Alkalmazási területe a beteg kéréséből fakadó, az egészségi állapottal nem indokolható választások:

- szakmailag nem indokolható intézményválasztás,
- szakmailag nem indokolható orvosválasztás,
- hotelkörülmények megválasztása,
- nem tisztán egészségügyi indokok alapján igénybe vett ellátások.

Általános (kötelező) co-payment. Az általános co-payment ellenzői a rendszer igazságosságát féltik, azaz a fő ellenérv az, hogy a co-payment pont a legrászorultabbakat zárja el az ellátástól. *Ma Magyarországon az igazságosság nevében hangoztatott aggodalom álságos.* Hálapénz formájában ma is jelentős a lakossági teher, és kutatási eredmények bizonyítják, hogy a valóban rászorultak hozzáférése ma is bizonyítottan rosszabb, ugyanakkor a tehetősebbek a jobb érdekérvényesítés miatt aránytalanul több ellátást vesznek igénybe. Mindehhez társul az, hogy a hálapénz esetében – ellentétben a co-payment-el – *nem lehet* rászorultsági vagy szociális szempontok szerint semmilyen *kompenzációs rendszert alkalmazni*, és az illegális szolgáltatás-vásárláshoz *nem kapcsolható fogyasztóvédelem sem.*

Mint megállapítottuk, *a co-payment szerepe nem elsődlegesen a kiadások áthárítása a háztartásokra, hanem egy racionálisabb fogyasztói magatartás és a szolgáltatási verseny kialakulásának segítése.* Az egészségpolitika XX. századi dogmája az információs aszimmetria tétele, amely szerint a fogyasztó nem képes racionális döntésre az egészségügyben, ezért nem a keresleti, hanem a kínálati oldal szabályozása a cél. Ennek a mítosznak a fenntartásában az elméleti közgazdászok jó partnerre találnak az orvostársadalom véleményvezéreiben, akik *a fehér köpeny mítoszának fenntartása érdekében érdekeltek a beteg alulinformáltsági pozíciójának konzerválásában.* Ez a szemlélet mára már meghaladott. Egyrészt, mert a technológiai fejlődés miatt az információs aszimmetria a fogyasztásban általános jellegűvé vált: egy autószervezben ma már ugyanúgy nem tudom a szerviz által nyújtott zárt technológiák indokoltságát, belső tartalmát megítélni, mint az egészségügyi technológiák esetében. Másrészt az Internet ezen a területen is alapvető változást hozott: a betegek jelentős része igenis ezen a területen is tájékozódik, és megpróbál megalapozott, felelős döntést hozni.

Mindez azt involválja, hogy **a jövő egészségügyében növelni kell a beteg döntési szabadságát**, az egészségügyi költségek egy hányadát nála kell hagyni (vissza kell osztani), **és a beteget költségtudatos (költségérzékeny) fogyasztóvá kell tenni**. E tekintetben a rendszer egy „egyszemélyes managed care” jelleget ölt, ahol a beteg válik saját egészségének menedzserévé, és az egészségügy segíti ebben. A co-payment kiszélesítése ebben fontos eszköz, akár annak kompenzált általános, akár fakultatív módjáról beszélünk. Ebbe a gondolkodásmódba illik az a szemlélet is, amely a szolgáltatás és a termék-támogatások egy részét állapot-támogatássá alakítja: adott körben nem az egyes termékek (gyógyszerek, segédeszközök) vagy szolgáltatások (gyógytorna, fizioterápia stb.) kapnak támogatást, hanem az állapota alapján a beteg kap céltámogatást, és a kezelőorvosával döntenek el, hogy a lehetséges technológiák közül melyiket vásárolja meg.

Az egészségügy újabkori történetének eddigi reformjai (nemcsak Magyarországon) a finanszírozási egyensúlyt vagy a hozzáférés korlátozásával (kapacitásszabályozás), vagy a finanszírozás korlátozásával (bázis-finanszírozás, volumenkorlát, degresszió) vagy a szolgáltatók költségérzékenységének javításával (normatív finanszírozás – HBCs, fejkvóta –, kassza-összekötés, keretleosztás – gyógyszerkeret, beutalás – stb.) próbálták meg megteremteni. A jövő egészségügye új eszközzel bővül: *a beteget kell költségtudatos fogyasztóvá tenni, mert különben nem csökkenthető az egészségügyre nehezedő társadalmi nyomás.*