

EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

A NEMZETI ERŐFORRÁS MINISZTERIUM

ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI

VEZETŐK EGYESÜLETE

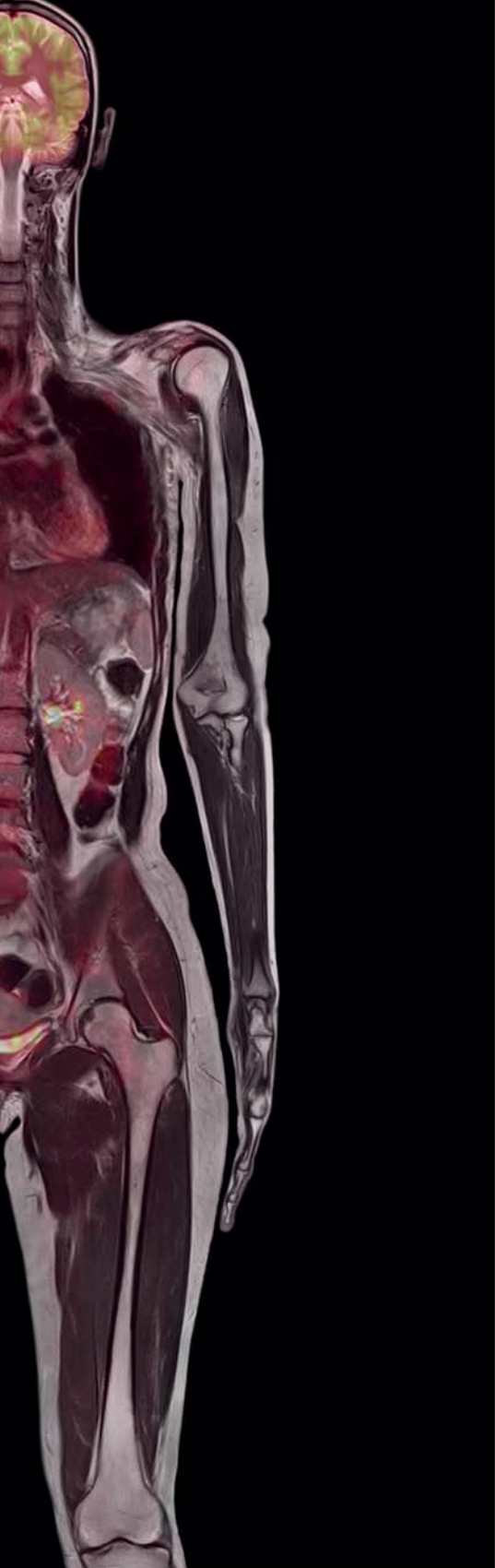
KÖZGAZDASÁGI FOLYÓIRATA

49. ÉVFOLYAM 5. SZÁM, 2011. OKTÓBER

BIZTOSÍTÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN II. RÉSZ



BESZÉLGETÉS
STUDNICZKY FERENCCEL



Készen áll egy
világújdonságra?

Az egyidejű teljes test MR-PET megérkezett.

Ez az első alkalom, hogy a legmodernebb 3T térerejű MR és a csúcstechnológiát képviselő molekuláris képalkotás teljesen integráltan jelenik meg egy képalkotó berendezésben. Biograph mMR. Csak a Siemens képes arra, hogy biztosítsa az Ön számára ezt az áttörést jelentő rendszert, ezzel teljesen újra definiálva a megjelenítés, a diagnosztika, a kezelés és a betegellátás fogalmát. A lélegzetelállítóan precíz képek lehetőségével új utat nyit a kutatásban és elérhetővé teszi a különleges klinikai felhasználást. Ezzel kiterjesztve az élettani folyamatok megértését. Mélyrehatóan befolyásolva az egészségügyben nyújtott megoldásokat. Mit fog először tenni? www.siemens.com/mMR

Answers for life. *

SIEMENS

* Válaszok az életért.

Tartalom

BIZTOSÍTÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN 1. RÉSZ

KÖSZÖNTŐ

A Tudományos Tanácsadó Testület előszava a tematikus számhoz	3
---	---

SZAKCIKK

Az Egészségbiztosítási Alap bevételi szerkezete (Szigeti Szabolcs, Evetovits Tamás)	6
Az OEP szolgáltatásvásárlói és biztosítói szerepének erősítése (Dózsa Csaba MSc.)	14
Gondolatok a társadalombiztosítás esetleges átalakításához (dr. Ari Lajos, dr. Varga Imre)	20
A kötelező egészségbiztosítás szolgáltatási csomagja alakításának problémái (dr. Gervai Nóra)	25
Mit oldhat meg az ápolásbiztosítás? (Bondár Éva).....	37

FÓKUSZ

Az önkéntes egészségbiztosítás szerepe a magyar egészségügy finanszírozásában (dr. Gaál Péter)	35
---	----

EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

Alapító: Nemzeti Erőforrás Minisztérium
és az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete
Megjelenik: kéthavonta
Kiadja: az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete
megbízásából a Weborvos.hu 2009 Kft.
Cím: 1055 Budapest, Falk Miksa u 8. • telefon: (1) 788-9212
fax: (1) 700-2998 • web: www.weborvos.hu
Felelős kiadó: a kiadó ügyvezető igazgatója
Szerkesztőség: 1051 Budapest, Arany János u. 4-6.
Telefon: (1) 301-7931
Főszerkesztő: Kövesi Ervin
Orvosigazgató: Szepesi András
Felelős szerkesztő: Bene Zsolt
A Szerkesztőbizottság elnöke: prof. dr. Orosz Éva
A tanácsadó testület tagjai: dr. Ari Lajos, Bodrogi József,
dr. Gaál Péter, dr. Rácz Jenő, Skultéty László

Nyomdai előállítás: MEGA Kft.
Felelős vezető: Gáti Tamás ügyvezető igazgató
Az Egészségügyi Gazdasági Szemle
utcai terjesztésre nem kerül.
Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Rt.
Üzleti és Logisztikai Központja (ÜLK), Hírlap Üzletág.
További információ: Belánszky Kata (1) 788-9212

HU ISSN: 0013-2276
Éves előfizetési díj: 6615 Ft

Minden jog fenntartva!
A lapban megjelent cikkek, fotók újraközléséhez
a kiadó írásbeli engedélyre van szükség.
A hirdetések tartalmáért a hirdető vállalja a felelősséget.

A szerkesztőség nem feltétlenül ért egyet
a szerzők által megfogalmazott gondolatokkal.

Tartalom

BIZTOSÍTÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN 2. RÉSZ

ADATOK, TÉNYEK

Önkéntes egészségpénztárak (dr. Lukács Marianna)	3
--	---

SZAKCIKK

Gondolatok az önkéntes magán-egészségbiztosításról (Péteri János)	9
Ne csak a szex legyen biztonságos! (dr. Simon Tamás)	24
Az önkéntes egészségügyi biztosítás lehetséges szerepe (Hortobágyi Linda)	32

PORTRÉ

Egészségpénztár folyamatos fejlődésben (Bene Zsolt)	20
---	----

FÓKUSZ

Üzleti biztosítás az egészségügyben? (Paál Zoltán)	28
Mi lenne az önkéntes egészségbiztosítás kívánatos szerepe az egészségügyben? (Banyár József)	30

NEMZETKÖZI KITEKINTÉS

A köz- és magánkiadások arányának és az önkéntes biztosítás részarányának alakulása az OECD-országokban (Hortobágyi Linda)	37
Egy év múltán Obama egészségügyi reformjáról (Harry Perlstadt professzor, PhD, M.P.H., Balázs Péter)	

FOGALOMTÁR

Forrásteremtés és -allokáció	47
------------------------------------	----

Önkéntes egészségpénztárak

Az egészségpénztár már a törvény elfogadásakor magában rejtette azt a lehetőséget, amire az egészségügyben ma a legnagyobb szükség van: széles rétegek számára szervezett formában, adókedvezmény igénybevételevel ad lehetőséget arra, hogy az emberek a jelenleginél magasabb színvonalú egészségügyi szolgáltatásban részesüljenek.

■ Dr. Lukács Marianna

A pénztár olyan szervezet, amely a Pénztártörvényben meghatározott működési elvek alapján tagjai – vagy a pénztártag jogán annak közeli hozzátartozói – részére társadalombiztosítási, illetve más szociális ellátást kiegészítő, pótló vagy – külön törvényben meghatározott feltételek szerint – azt helyettesítő szociális, illetve egészségvédelmi szolgáltatást szervez és nyújt. A pénztári konstrukció – az állami szociális három pillérjét alapul véve – három eltérő célú önkéntes pénztár működését teszi lehetővé. Mindhárom konstrukció legfontosabb jellemzője az öngondoskodás, vagyis az, hogy az önkéntes pénztárból igénybe vehető szolgáltatások szigorúan a befizetésekhez kötöttek, abból – mintegy „jótékonyági intézményként” nem érhető el ennél nagyobb forrás.

Ez a jellemző következik abból, hogy a pénztárat 15 természetes személy alapíthatja, alapító tőke és szolvencia nélkül. Ennek megfelelően a pénztár a tagok befizetéseiből gazdálkodik, szolgáltatást kizárólag a tagok számára vezetett egyéni számlák erejéig nyújthat.

A nyugdíjpénztár az állami nyugdíj kiegészítésére szolgál, az egészségpénztár a mindenkor társadalombiztosítás szolgáltatásait egészíti ki vagy pótolja, az önszegélyező pénztár pedig a család előre nem látható, anyagi terheket jelentő élethelyzeteiben (pl. munkanélküliség, gyermekvállalás nyújthat segítséget. Fontos, hogy a pénztártag esetleges halála esetén az egyéni számla teljes összege örökölhető.

Ez a két tényező, vagyis az örökölhetőség és az igénybevett szolgáltatások a befizetésekhez való szoros kötése a legnagyobb különbség a társadalombiztosítás és egészségpénztár működési alapelvei között.

Az 1993-ban a Parlament által egyhangúlag megszavazott törvény a magyar jogrendbe új jogi formát, az önkéntes kölcsönös biztosító pénztár intézményét vezette be. Mintául a Franciaországban több évszázados hagyománnyal rendelkező mutalité mintája szolgált, amely az önkormányzatiságra épülve több szolgáltatási területen a társadalombiztosítás szerves részévé vált. Az akkori törvényalkotók ezzel a szándékkal is döntöttek a pénztári konstrukció mellett, már akkor meghatározva a törvényben az elismert pénztár fogalmát. Mint ismeretes, az 1997. évi nyugdíjreform ezt a gondolatot váltotta valóra, amikor is az állami nyugdíjrendszer második pillérét az önkéntes nyugdíjpénztárak mintájára magánnyugdíjpénztárnak mintázták meg.

Az önkéntes egészségpénztár helye a szociális kockázatok kezelésében

A társadalombiztosítás, a betegségbiztosítás és az egészségpénztár helye az ötpilléres magyar egészségfinanszírozásban

Már 20 évvel ezelőtt, a 60/1991. (X. 29.) országgyűlési határozatban meghatározásra került, hogy az állampolgárok nyugdíjának, egészségi és baleseti ellátásának, valamint szociális ellátásának optimális esetben öt forrással kell rendelkezni, ezek az alábbiak.

- Az első a társadalmi biztonság domináns eleme: a kötelező és általános társadalombiztosítás, amelynek biztosítottként, illetve a biztosított hozzátartozójaként közvetlenül „tagja” a magyar lakosság jelentős része, s amelynek feladata, funkciója az egységes szabályok által megszabott járulékfizetési kötelezettséggel járó ún. „alapvető szolgáltatások” teljesítése. Ennek az elvnek betartása és betartatása a jelenlegi reform egyik fő eleme.
- A második forrás – elsősorban a szociális szükségletek kielégítésére – az állami-önkormányzati szociális ellátás.
- A harmadik forrás a privát (magán és nonprofit) biztosítók által kínált, a TB szemszögéből nézve „kiegészítő” magánbiztosítási formák.
- A negyedik forrásba az önszerveződő önszegítő intézmények – alapítványok, egyesületek, klubok stb. – tartoznak.
- Az 1993. évi XCVI. törvénnyel született meg az ötödik forrás intézménye: az önkéntes kölcsönös kiegészítő egészségbiztosító pénztár.

Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés intézményi formái Magyarországon

Az egészségi állapot megváltozásából adódó kockázatokat kezelő intézményeket és azok főbb jellemzőit az 1. táblázat foglalja össze, mely alapján egyértelműen meghatározható az önkéntes egészségpénztár helye és szerepe az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásában.

Jelen tanulmányban egészségpénztár alatt az Önkéntes Kölcsönös Biztosító Pénztárakról szóló 1993. évi XCVI. törvény

Adatok, tények

alapján működő önkéntes kölcsönös egészségpénztárak tevékenységét értjük. Az egészségpénztár célja a mindenkori társadalombiztosítási szolgáltatások kiegészítése, helyettesítése, pótlása a pénztártagok és családtagjaik egészségének megőrzése céljából (1. táblázat.)

Az egészségi állapotra vonatkozó kockázatok természete

Az egészség olyan állapot, melynek elérését, megőrzését a legtöbb ember igen sokra értékeli. Különösen akkor kerül előtérbe, ha itt a baj, ha megbetegszünk. Ismert a mondás, hogy „minden pénzt megadok, csak gyógyuljak meg”.

De mégis, tudjuk-e előre, hogy mennyit fogunk költeni az egészségünk megőrzésére, illetve helyreállítására? Míg a költségek egy része tervezhető, addig a másik része alapvetően véletlenszerű.

- Egyrészt pontosan tudjuk, hogy az életkor előrehaladtával egyre nagyobb valószínűséggel leszünk betegek, így megnövekednek az ezzel kapcsolatos kiadásaink. Ebbe a tervezhető csoportba tartoznak a genetikai adottságból adódó betegségek is.
- Másrészt az egyén szintjén véletlenszerű az, hogy milyen betegség, mikor, milyen lefolyással lép fel, s hogy miként reagál az adott személy a szokásos gyógymódokra. Emiatt véletlenszerűnek tekinthető az is, hogy gyógykezelése mekkora költséget vet fel és milyen nagyságúak a betegsége miatti munkakiesés, vagy körülményváltozás okozta egyéb őt érő károk.

A 1. ábra szemlélteti, hogyan alakulhatnak egészségügyi kiadásaink az életkor előre haladásával. A költségek és károk széles skálán szóródhatnak, és lehetnek olyan mértékűek, amelyek teljes egzisztenciális ellehetetlenülést idézhetnek elő.

Felmerül a kérdés, betegség esetén honnan teremthetjük elő a szükséges anyagi forrásokat? Nyilvánvaló, hogy az egyéni kockázatokat fel kell „oldani”, porlasztani, kockázatközösségeket kell szervezni, melyek többé-kevésbé közösen viselik az egyéni kockázatokat. A kérdés mindig az arány, vagyis annak a meghatározása, hogy ezekben a helyzetekben kire hárul – inkább az államra vagy inkább az egyénre – a költségek finanszírozása.

Az egészségi állapot helyreállításának forrásai országonként jelentősen eltérőek lehetnek, Gondoljunk csak arra, hogy Európa legtöbb államában a gondoskodó államnak van hagyománya, míg az USA-ban a felelősség az egyénre hárul.

Az egészségpénztár lényege

Mindenki számára érthetően megfogalmazva: valójában az egészségpénztári egyéni számla egy speciális egészségügyi bankszámla, amiről kizárólag egészségügyi szolgáltatásokra lehet költeni (mindenre, amire saját zsebből eddig is költöttünk a saját és a család egészsége érdekében). A fel nem használt pénz a nyugdíjpénztárakkal azonos módon befektetésre kerül, és az ott elért hozam negyedévente gyarapítja a pénztártagok szolgáltatásra költendő forintjait.

Az egészségpénztárak a törvényi keretek között szabadon alakíthatják ki szolgáltatásaikat, vagyis önállóan döntenek el, hogy a mindenkori társadalombiztosítást kiegészítő szolgáltatások közül melyik csoportra helyeznek nagyobb hangsúlyt (pl. gyógyszer, prevenciós szolgáltatások, sportolás, gyógyüdülés vagy akár a szűrővizsgálatok).

Az egészségpénztár legfontosabb célja az egészségmegőrzés, valamint a betegség kezeléséből adódó anyagi terhek enyhítése. A szolgáltatásokra fel nem használt pénz hozamai a pénztártag szolgáltatásokra költendő forintjait gyarapítják.

Fontos megjegyezni, hogy az egészségpénztárak kizárólag a számviteli törvénynek megfelelő számla ellenében finanszírozák szolgáltatásaikat: szerep az egészségügyi feketegazdaság és a paraszolvencia visszaszorításában.

Az egyéni számlavezetés

Az egészségpénztár a tagok javára történő befizetéseiről és az igénybe vett szolgáltatásokról és a keletkezett hozamok jóváírásáról egyéni számlát vezet, mely ponton lényegesen különbözik mind a társadalombiztosítás, mind a betegségbiztosítás nyilvántartási rendszerétől.

Az éves számlaértesítő pénztártagok számára való eljuttatását a törvény kötelezettségként írja elő: a pénztártagot évente legalább egyszer tájékoztatni kell befizetéseiről, az általa igénybe vett szolgáltatásokról és egyéni számlája egyenlegéről. Ez azt jelenti, hogy az egészségpénztárak alakulásuktól kezdve primer egészségügyi adatgyűjtőként bankszerű nyilvántartással működnek, megfelelően a legszigorúbb elvárásoknak.

A pénztártag javára az egészségpénztár által szervezett, szerződött egészségügyi szolgáltatások árkedvezményrel

Az egészségpénztár szolgáltatóival – néhány kivételt eltekintve – köteles szerződést kötni az egészségügyi szolgáltatások finanszírozására (Pénztártörvény 2. § /2/ e.): „egészségpénztári szolgáltató: az egészségpénztárral szerződésben, vagy tulajdo-

1. táblázat. Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés intézményei.

A kockázatot kezelő intézmény	A szolgáltatás megnevezése	A jogosultak, illetve biztosítottak köre
1. Szociális segély nyújtása a szociális törvényben meghatározott állami intézményrendszeren keresztül	Szociális segély	Törvényben meghatározott
2. Karitatív magánintézmények	Szociális segély	A karitatív szervezet célrendszerének megfelelően
3. A betegségből eredő kockázatok költségei meghatározott részének közvetlenül munkaadó általi finanszírozása (pl. a betegség első 15 napjára fizetendő betegszabadság)	Munkaadói betegszabadság	Az adott munkavállaló alkalmazotti állománya
4. A betegségből eredő kockázatok kezelése a kötelező társadalombiztosítás keretei között	A társadalombiztosítás gyógyító-megelőző szolgáltatásai	Törvényben meghatározott
5. Önkéntes egészségpénztár	A mindenkori társadalombiztosítás szolgáltatásait kiegészítő, pótló vagy azt helyettesítő egészségügyi szolgáltatások	Pénztártagok
6. Szerződéses jogviszonyon alapuló betegségből eredő kockázatok kezelése az üzleti betegségbiztosítás keretei között	Üzleti biztosítónál kötött betegségbiztosítás	A kötvényben meghatározott biztosított

nában álló, illetve általa üzemeltetett, az egészségügyről szóló törvényben meghatározott egészségügyi szolgáltató, valamint az a természetes személy, jogi személy és jogi személyiség nélküli gazdasági társaság, amely a pénztárral kötött szerződés alapján a pénztártagok számára egészségpénztári szolgáltatást ténylegesen nyújt.

Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy a szerződés megkötése során a pénztár a pénztártagok legjobb kiszolgálását szem előtt tartva az árak garantálása mellett az egészségügyi szolgáltatások minőségét és színvonalát is ellenőrzi. Ezt a tudást az egészségpénztárak közel egy évtizede gyűjtik, így biztonsággal állíthatjuk, hogy több tízezer szerződés megkötése után ilyen jellegű tárgyalási tapasztalattal csak ez a szféra rendelkezik. (Mint ismeretes, az OEP és a finanszírozott intézmények közötti szerződés nem tárgyalásos, hanem alapvetően területi ellátási kötelezettségre alapozva törvény által előírtan, szelekció lehetősége nélkül történik.)

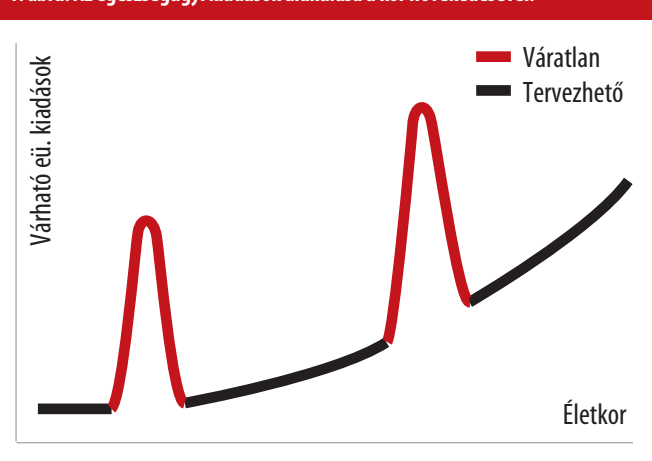
Az egyes egészségpénztárak esetenként több tízezres taglétszámának köszönhető, hogy az egészségpénztárak – mint egy vásárlói klubként – a szolgáltatók listaárából további árkedvezményeket érnek el, ami éves szinten egy átlagos pénztártag esetében több ezer forint megtakarítást is jelent. Az egészségpénztár döntő többsége szolgáltatásait fizető egészségpénztári kártyával finanszírozza, amely – a természetbeni szolgáltatás társadalombiztosítási elvével azonos módon – nagymértékben leegyszerűsíti a nehézkesnek számító költségterítés elvét.

A természetbeni szolgáltatás elve az egészségpénztárak esetében úgy érvényesül, hogy a pénztártag az egészségbiztosítási kártya alapján jogosult a pénztári szolgáltatásra. A szolgáltatás során felmerült költségeket az egészségpénztár a biztosított a szolgáltatóval kötött szerződés, a pénztártag kártyája és saját nyilvántartása alapján közvetlenül a szolgáltató számára fizeti ki. Az eljárás lényege, hogy a biztosítottnak nem kell a szolgáltatások költségeit kétszeresen megelőlegeznie (először az egészségpénztári számla feltöltésekor, másodszor a szolgáltatás igénybe vételekor), ami az esetek többségében nem is lenne elvárható a pénztártag anyagi helyzetére való tekintettel. A szolgáltatás kiegyenlítése során pénzmozgás egyetlen esetben történik; az egészségpénztár és a szolgáltatást nyújtó között.

A szolgáltatásokra időlegesen fel nem használt pénz befektetése

Az egészségpénztári konstrukció további fontos jellemzője, hogy a szolgáltatásokra időlegesen fel nem használt pénzt az egészségpénztárak befektetik. A szféra 1994-es indításakor

1. ábra. Az egészségügyi kiadások alakulása a kor növekedésével.



nem lehetett megjósolni, hogy a vagyonkezelési tevékenység mekkora szerepet tölt majd be, azonban napjainkra már látható, hogy a több tízmilliárdos vagyon kezelését a nyugdíjpénztári figyelemmel azonosan kell ellátni.

A következő évtizedekben különösen nagy teret kap ez a kérdés, hiszen az idősebb korra tervezhető megnövekedett egészségügyi kiadások fedezetének biztosítására alkalmas az egészségpénztár, nem is beszélve az esetlegesen létrehozásra kerülő ápolási pénztárról, ahol a befizetett pénzek akár évtizedekig nem kerülnek felhasználásra.

Kiknek szól az egészségpénztár?

Az egészségpénztár azoknak az öngondoskodó családoknak szól, akik fontosnak tartják saját és családtagjaik egészségének megőrzését és erre – szervezett formában a rendelkezésre álló kedvezmények kihasználásával – hajlandóak áldozni is. A pénztártag az egészségpénztárnál vezetett egyéni számlájának feltöltéséről az öt alkalmazó munkáltató is gondoskodhat, de a számlára történő eseti befizetéssel a család megteremtheti az előre tervezhető és nem látható egészségügyi kiadások fedezetét (gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, orvosi ellátás, gyógyüdülés, fitnesz, sporteszköz). Nem elhanyagolható az egészségpénztár forrásgyűjtő, a jövőben előre nem látható egészségügyi kiadások fedezetét biztosító szerepe sem.

Az egészségpénztári tagság – a nyugdíjpénztári tagság mellett – a következő években azért kap egyre nagyobb jelentőséget, mert az egészségügyi reform teljes bizonyossággal a jelenleg elérhető szolgáltatások szűkítését, illetve az

Költségviselő	A szolgáltatásban részesülő hozzájárul-e az ellátás költségeihez
Állam	Nem
A karitatív szervezet (tágabb értelemben a civil szféra)	Nem
A munkavállaló	Igen, az egészségügyi ellátás munkáltató által nem finanszírozott részével – ez is szűrke
Munkaadó és munkavállaló	Járulékfizetők: igen; járulékot nem fizetők: nem
Munkaadó és/vagy munkavállaló	Munkaadói finanszírozás: nem; munkavállalói finanszírozás: igen
Munkaadó és/vagy munkavállaló	Munkaadói finanszírozás: nem; munkavállalói finanszírozás: igen

Adatok, tények

elérhető szolgáltatásokhoz való hozzájutás „kifehérítését” (a társadalombiztosítási szolgáltatásokhoz való hozzáférés járulékfizetéshez való kötését, a paraszolvenciáért eddig elérhető várólisták kikerülésének, valamint a jobb minőségű szolgáltatások megvásárlásának megszűnését) okozza. Ez azt jelenti, hogy az eddig alapvetően kapcsolati tőkével elérhető szolgáltatások elérése a jövőben a pénztőkén keresztül lesz biztosított, ehhez pedig már működő intézményi hátteret biztosít az egészségpénztár.

Az egészségpénztári működés alapelvei, valamint a működésére vonatkozó jogszabályok

Az egészségpénztárak működését a Pénztártörvény és a vonatkozó kormányrendeletek határozzák meg, a szolgáltatókkal és munkáltatókkal kötött szerződések vonatkozásában pedig a Polgári Törvénykönyv szabályai érvényesek.

A pénztári tagsági jogviszonyra vonatkozó szabályok, valamint a taggá válás folyamata

Tagsági jogviszony létesítése

A pénztárban a tagsági jogviszonyt a pénztártag (munkavállaló) teremti azzal, hogy kitölti a belépési nyilatkozatot és azt a pénztár záradékolja. Az így létrejött tagság alapján a tagdíjfizetési kötelezettség a pénztártagot terheli, amelyet a munkáltató – az egészségpénztárral kötött szerződés alapján – átvállalhat (l. 6.2 fejezet: az egészségpénztár munkáltatói tagja).

A pénztártag tagsági jogviszonya a tag nyilvántartásához szükséges adatait tartalmazó belépési nyilatkozat a pénztár által történő záradékolásával kezdődik. A tagsági jogviszony feltétele:

- a 16 éves életkor betöltése,
- az alapszabály rendelkezéseinek elismerése,
- tagdíjfizetés vállalása.

Az ezeknek a feltételeknek megfelelő személy felvételi kérelme nem utasítható el. A pénztártag a tagsági jogviszonya a belépési záradékolással jön létre, a belépési szándék napjára visszamenőleges hatállyal. A pénztártag érvényes tagsági jogviszony alapján jogosult igénybe venni az egészségpénztár szolgáltatásait, kivéve, ha az egészségpénztár arra az alapszabályában várakozási időt köt ki (a pénztári gyakorlatban ez nem jellemző, de a törvény a lehetőséget megadja).

Az egészségpénztári tagsági jogviszony létrejöttének folyamatát az alábbi ábra mutatja be.

Az egészségpénztár munkáltatói tagja

A pénztártörvény lehetőséget ad arra, hogy a munkáltató – kedvező adózási feltételek mellett – a pénztártag tagdíjfizetési kötelezettségét munkáltatói hozzájárulás jogcímén átvállalja, melyet a felek külön szerződésben rögzítenek. A munkáltatói hozzájárulás vagy minden munkavállalót illetően azonos összegű, vagy a bér azonos százaléka. Ez alól kivételt képeznek azok a munkáltatók, ahol „cafeteria” (béren kívüli juttatás) működik, hiszen ott az egyén a rendelkezésére álló keretét szabadon használja fel, így az önkéntes pénztári hozzájárulás munkavállalónként más és más lehet. Fontos rendelkezés, hogy a munkáltató a munkavállalói hozzájárulásból egyetlen munkavállalóját sem zárhatja ki, aki legalább hat hónapja vele munkaviszonyban áll.

A minimális havi tagdíj

A pénztári tagság feltétele a rendszeres tagdíjfizetés, amit a pénztár alapszabályában kerül meghatározásra. A választott tagdíjat (ami lehet éves, féléves, negyedéves vagy havi díjfizetésű), érdemes a pénztártagnak a család egészségügyi kasszájának várható kiadásaihoz igazítani. Nincs a befizetéseknek felső határa, azonban a befizetések maximális összegénél érdemes figyelembe venni az adókedvezmény korlátait, azonban előfordulhat, hogy ennél magasabb összeg befizetése is ésszerű, ha az egészségpénztár a piacon elérhető hozamnál magasabb hozamot realizál (mint ismeretes, a pénztári hozamot nem terheli kamatadó), illetve magas 20%-ot meghaladó árkedvezmény érhető el a szolgáltatóknál.

Eseti befizetések

Az egyénileg fizetett tagdíj és a munkáltatói hozzájárulás mellett a tag – igazodva a család egészségügyi kasszájához – további eseti befizetéseket is eszközölhet, valamint a munkáltatói hozzájárulást meghaladóan rendszeres havi befizetést is vállalhat, így az egészségpénztári tagság céges bevezetése – a munkaadói öngondoskodás mellett – teret ad az egyéni öngondoskodásnak is.

Az egészségpénztári befizetések alapok szerinti felosztása

A pénztár bevételeiből köteles fedezeti, működési és likviditási alapot létrehozni, és azokat a törvény előírásai szerint felhasználni. A fedezeti alapon belül elkülönítetten kell kezelni az egyéni és a szolgáltatási számlákat.

A fedezeti alap az egészségpénztári szolgáltatások finanszírozására, a működési alap a működési költségek fedezésére, a likviditási alap az időlegesen fel nem használt pénzeszközök gyűjtésére és – a másik két alap általános tartalékként – a pénztár fizetőképességének biztosítására szolgál. A törvény meghatározza, hogy mely alapból milyen jellegű kifizetések teljesíthetők, azt pedig az alapszabály hatáskörébe utalja, hogy rendelkezzen bevételei alapok közötti felosztásáról.

A pénztártag a pénztár szolgáltatásait a fedezeti alap terhére veheti igénybe. A működési alap a pénztár működésének fedezetére szolgál, a likviditási alap állománya pedig – a két alap közötti „mérleg nyelve” elven – mindkét alap javára átcsoportosítható.

Az egészségpénztári szolgáltatásra való jogosultság feltételei

Az egészségpénztári szolgáltatásra való jogosultság alapfeltétele az érvényes tagsági jogviszony, valamint és az igénybevett szolgáltatás fedezete az egyéni számlán.

Az egészségpénztári konstrukció sajátossága, hogy a pénztártag jogán annak közeli hozzátartozói, valamint az élettárs is jogosult az egészségpénztár szolgáltatásaira, vele azonos feltételekkel, ezzel a törvényalkotó biztosította az egész család egészségéről való gondoskodás lehetőségét.

Az egészségpénztári tagdíj meghatározása

A pénztári tagdíj a pénztártag által igénybe venni kívánt szolgáltatásokhoz és a pénztártag, valamint annak munkáltatója tagdíjfizető hajlandóságához igazodik. A befizetésre kerülő pénztári tagdíj felső határát

- az igénybe vehető adókedvezmények,
- a szolgáltatói kedvezmények és
- a pénztár befektetési tevékenysége által elért hozam együttesen határozzák meg.

Az egészségpénztár adókönyve (2011. év)

Az egészségpénztári tagság feltöltését mind a munkáltatói, mind a munkavállalói oldalról a nagyon kedvező adókönyv is elősegíti. Egy mondatban összefoglalva: bizonyos összeghatárokkal a céges befizetés csökkentett adófizetési kötelezettséggel (19,04%) terhelt költség, az egyéni befizetésre pedig SZJA-kedvezmény vonatkozik.

Munkáltatóként a megtakarítás abban áll, hogy a pénztártag javára fizetett munkáltatói hozzájárulás teljes mértékben költség, amit dolgozónként havi 23 400 Ft-ig kedvezményes 19,04%-os adó terhel. A munkáltatói hozzájárulás a pénztártag számára nem minősül jövedelemnek (és nem is vehető utána igénybe adókedvezmény).

Az egészségpénztári szféra legfontosabb mutatószámai

Taglétszám, bevétel, igénybevett szolgáltatások (2002–2010. évek)

Az önkéntes egészségpénztári taglétszám a 2002. évi 151 ezres indulásról 2010 végére elérte az 958 ezer főt, bevétele ötszörös növekedést produkálva 9 milliárd forintról 52 milliárd forintra hízott. Külön figyelmet igényel a szolgáltatási kiadás, mely a maga 2010. évi 56 milliárd forintjával már az OEP teljes kiadásainak 3,8%-át érte el. Az egészségpénztárak működtetésében 2010 végén tízezer munkáltató volt érdekelt (2. táblázat).

Az egészségpénztárak által finanszírozott szolgáltatások megoszlása típus szerint

Mint ismeretes, a PSZÁF az egészségpénztári szolgáltatásokról első ízben 2005. évre vonatkozóan tett közzé a szférára vonatkozó adatokat a 263/2003-as kormányrendelet által létrehozott kategóriák szerinti megoszlásban.

2005–2006. évek

A 2006. évről szóló jelentés – támaszkodva a PSZÁF eddigi gyakorlatára – várhatóan május hónapban kerül nyilvánosságra, így jelen sorok írásakor a szövetség adatgyűjtésére és elemzéseire támaszkodhatunk. Kiemeljük, hogy az egészségpénztári szféra 2006-ban – az előző évek trendjét folytatva – minden szegmensben éves 40-50%-os növekedést ért el. Az egészség-

pénztárak a tavalyi évben tagjaik számára 27,0 milliárd forint értékben finanszíroztak szolgáltatásokat, ami 23,8%-kal haladja meg az előző évit.

A 2. ábra alapján látható, hogy a 624 ezer pénztártagot számoló szféra 2006-ban legtöbbet gyógyszer árának támogatására (35%) és gyógyászati segédeszköz árának támogatására (15%) költött. A szolgáltatási portfólión belül a sportolás 4%, a sporteszköz vásárlása 14%, a rekreációs és gyógyüdülés aránya 10% volt, míg az „igazi” egészségügyi szolgáltatásokra a kiadások 18%-át fordították.

2007–2010. évek

Az egészség- és önszegélyező pénztárak által nyújtható szolgáltatások 2007. június 1-jétől megváltoztak, ezért a szolgáltatási táblákat a pénztárak az új adattartalomnak megfelelően közlik. Évek óta a szolgáltatások döntő hányadát (97–95%-át) az adómentesen igénybe vehető gyógyító, vagyis kiegészítő egészségbiztosítási szolgáltatások teszik ki. Egészen bizonyos, hogy a 2007. évi kedvezőtlen szabályozás (az egészségmegőrző szolgáltatások adókötelessé tétele) fordította meg az akkori kedvező tendenciát, mely szerint akkor 88% volt a gyógyító szolgáltatások aránya, 12%-os helyet hagyva az akkor még adómentesen igénybe vehető egészségvédő szolgáltatásoknak.

Az évről évre sajnálatos módon növekvő gyógyító szolgáltatási arány háttérben vélhetően nem megnövekedett fogyasztás, hanem a családi egészségügyi kiadások pénztári körbe való bevonása áll. Mindazonáltal feltételezhetjük, hogy az elmúlt években csökkent az egészségmegőrző szolgáltatásokra fordított egy főre jutó pénztári kiadás abszolút összege is.

Az egészségpénztár súlya a pénztári szférában (2001–2010)

A kétmillió főt meghaladó szféra 2010-ben 136,64 milliárd forint bevételt realizált, valamint 96 milliárd értékben finanszírozott tagjai számára szolgáltatást. Az önkéntes pénztári vagyon piaci értéken, 2010 végén 868,49 milliárd forintot tett ki.

A vizsgált időszakban az egészségpénztárak folyamatosan növelték súlyukat a háromszereplős önkéntes pénztári szférán belül (nyugdíj-, egészség- és önszegélyező pénztár). Amíg az egészségpénztárak 2001-ben a teljes pénztári bevételek 8,2%-át realizálták, addig ez az arány 2010-ben már 38,13%-ot tett ki. A szolgáltatási kiadások tekintetében pedig 2010-ben az egészségpénztárak már a teljes pénztári kiadások 58%-át nyújtották (nyugdíjpénztár: 40%). Ez azt jelenti, hogy az egészségpénztári szektor átvette a meghatározó szerepet a társadalmi-szociális kockázatok kezelésében.

2. táblázat. Az önkéntes egészségpénztári szféra 2002–2011. I. félév (forrás: www.pszaf.hu).

	Bevétel (millió HUF)	Taglétszám (fő)	Szolgáltatás (millió HUF)	Vagyon (millió HUF)
2002	8 951	151 200	4 553	9 031
2003	12 317	219 067	9 228	13 086
2004	20 667	358 459	15 092	20 599
2005	25 038	490 900	21 800	28 717
2006	35 020	614 715	27 027	37 912
2007	35 097	733 232	34 049	44 024
2008	44 064	842 123	40 080	49 418
2009	50 009	899 444	51 453	53 891
2010	52 193	958 444	56 360	55 509
2011. I. félév	22 400	969 642	27 601	54 285

Az éves gyakorisággal változó jogszabályi környezet a szereplők számára kiszámíthatatlanná teszi a szférát

Annak ellenére, hogy az egészségpénztári szférát a bevételekben mért folyamatos növekedésével a pénzügyi szolgáltató szektor egyik legsikeresebb szereplőjének tekinthetjük, jól nyomon követhető, mely években gátolta a szektor fejlődését a kiszámíthatatlanul változó szabályozás. Ugyanakkor vitathatatlan egyes intézkedések pozitív hatása. Ilyen volt például a 2003. évi változás, amikor a törvényalkotó az egészségpénztárak számára a nyugdíjpénztárral azonosan működő egyéni számlák vezetését tette lehetővé, ezzel erősítve az egészségpénztár egyéni felelősség jellegét.

Ezzel párhuzamosan egyértelműen negatívak azok a törvényi változások, amelyek bevételi oldalon az egészségpénztár forrásbevonó képességét, kiadási oldalon pedig az egészségmegőrző szolgáltatások ösztönzését korlátozzák. Mindazonáltal érthető, hogy amíg az egyes egészségpénztárak által elindított egészségmegőrző programok hatása politikai ciklusokat átívelő időtávban jelentkezik, nehéz az aktuális kormányokat rávenni a költségvetést védő fiskális, vagyis a pénztári befizetéseket csökkentő szempontok háttérbe szorítására.

Ennek ellenére a szektor számos részeredményt mutatott fel, bebizonyítva, hogy az egészségesebb ember kisebb mértékben veszi igénybe a társadalombiztosítás szolgáltatásait is, segítve ezzel az egészségügyi reform kiadáscsökkentő törekvését. Fontos részeredmény a Patikapénztár minden tag számára elérhető ingyenes Prevenció Alapja vagy az AXA kutatása, mely tényszerűen igazolja a pénztártagok az OEP alapjaiból való kisebb fogyasztását.

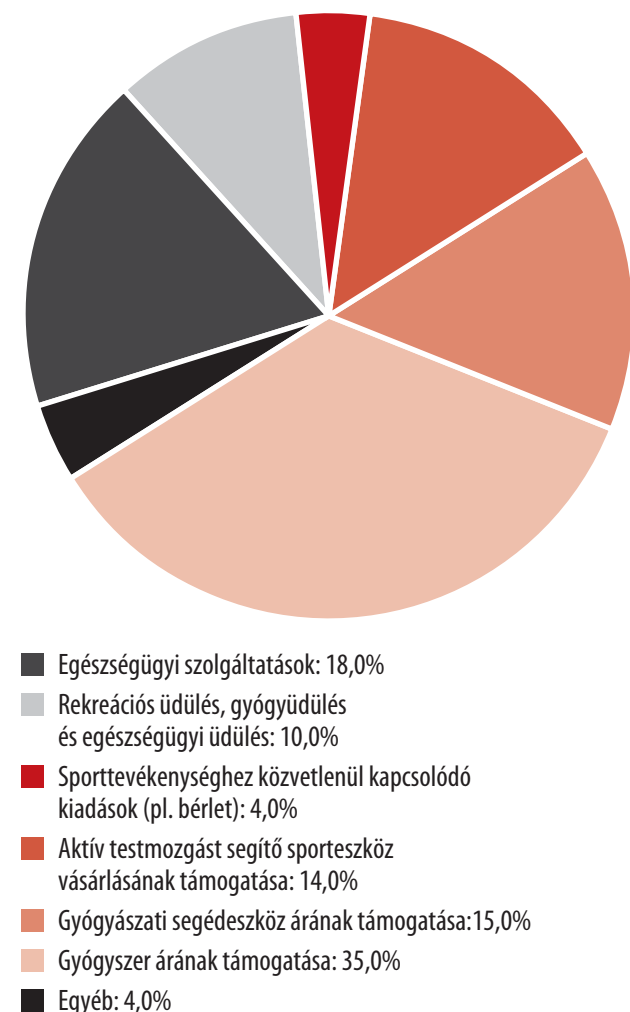
A szabályozók kiszámíthatósága segíteni fogja az egészségpénztári szféra iránti bizalmat, a társadalmi értékek között a megfelelő helyre állítva az egészséget, mint értéket, nem is beszélve arról, hogy az ebben a szférában rendelkezésre álló több tízmilliárd forint – amíg nem kerül szabályozottan elköltésre az egészségügyben – az államháztartási hiányt finanszírozza.

Gyenge a magyar társadalom öngondoskodási hajlandósága

Kutatások támasztják alá, hogy a rendszerváltás után két évtizeddel még mindig gyenge az állampolgárok öngondoskodási hajlandósága. Az államszocializmus öröksége, hogy a legtöbben hisznek a gondoskodó államban és abban, hogy potyautasként olcsóbb a társadalmi javakhoz való hozzáférés, mint az önmagukról és családjukról való gondoskodás. Bizonyos, hogy ez a szemlélet lassan meg fog változni, addig is az államnak az a szerepe, hogy az öngondoskodás intézményeit erősítse.

Az a tény, hogy jelenleg 1,3 millió ember rendelkezik nyugdíjpénztári tagsággal, bizonyítja, hogy erős az emberekben a félelem, hogy a nyugdíjas éveikben nem tudják tartani az aktív korokban megszokott életszínvonalat. A még ebben a kormányzati ciklusban szükségszerűen megjelenő, az OEP finanszírozását célzó változások – a járulékfizetéshez kötött szolgáltatásra való jogosultság és az állami alap szolgáltatásaihoz a jelenleginél nagyobb mértékű

2. ábra. Az egészségpénztári szféra szolgáltatási kiadásainak alakulása, 2006. (forrás: www.penz tarszo vets eg.eu)



co-payment, a rokkantnyugdíj OEP-hez való kerülése és a jogosultságok felülvizsgálata – a következő években gyökeresen, pozitívan változtatja meg az emberek az öngondoskodáshoz való viszonyát.

A pénztári szféra a törvényben lefektetett alapelvek szerinti működését nem ellenőrzi

Általában a pénztári gondolat fejlődésének komoly gátja, hogy a pénztárak többségének működésében nem érvényesülnek maradéktalanul a Pénztártörvényben meghatározott alapelvek. A francia mutuel (kölcsonösség) gondolat hosszú távú életképességét az önszerveződés, a függetlenség, a szervezet szolgáltatásait használó tagok érdekében a piacon elérhető legjobb szolgáltatásokért való versengés garantálja.

Most minden lehetőség adott, hogy a PSZÁF ezen a területen is érvényesítse a törvény előírásait.

A szerző külgazdász-szociológus, a pénzügytudományok doktora, a Patika Egészségpénztár igazgatója.

Gondolatok az önkéntes magán-egészségbiztosításról¹

Míg a biztosítási szektor egésze magas jövedelmezőséget produkálva az elmúlt évtizedben „jól teljesített”, az egészségbiztosítási (2) ágazat teljesítménye nem tekinthető sikertörténetnek. A 2009. évi (3) 910 ezer db önálló baleset- és betegségbiztosítási, azaz egészségbiztosítási szerződés a teljes biztosítási szerződésállomány 7,3%-át tette ki. Ezen belül az önálló betegségbiztosítások száma mindössze 60 ezer db volt. Tulajdonképpen az elvetélt egészségügyi reform előtti trend folytatódott. Sem a polgárok, sem a foglalkoztatók, sem az üzletkötők, sem maguk a biztosítók nem gondolták azt, hogy egészségbiztosítással kéne foglalkozniuk, venniük, illetve azzal rendelkezniük, vagy eladniuk. De az állam sem fordult e forrás felé. A magánszemélyek vagy a kifizetők biztosítási kiadásaira (a kifizetők által viselt balesetbiztosítás, valamint a teljes munkaképtelenségre szóló betegségbiztosítás díját kivéve) nincs semmiféle pénzügyi preferencia, és nincsenek ilyen biztosításokra szóló állami feladat-átruházások sem.

■ Péteri János

A 19,2 Mrd Ft-ra tehető önálló egészségbiztosítási díj-bevétel – ezen belül mindössze 7,6 Mrd Ft az önálló betegségbiztosításé – nem nyomott a latban a háztartások és a cégek, intézmények kiadásai. A biztosítók bevételeiben (2009-ben 826 Mrd Ft) pedig 2,3%-os részarányt, az önálló betegségbiztosítás 0,9%-ot képviselt.

Az egészségbiztosításra történt 6 Mrd Ft szolgáltatási kifizetés pedig az összes biztosítási kifizetés 1,1%-át, a háztartások 2009. évi bevételeinek pedig alig 1%-ét adták. Ebből nem sok juthatott az egészségügybe, hiszen ma a biztosítók által kínált önálló betegségbiztosítások (az erre kifizetett szolgáltatások összege 2,3 Mrd Ft volt) főként a bármire – akár a hálapénz forrásaként is – használható összegbiztosítások, melyek szolgáltatásai a kedvezményezettnek nyújtott kápeként kerülnek kifizetésre. (Azaz, akkor kerül ez a pénz az egészségügyi rendszerbe, ha a kedvezményezett ott költi el. A hálapénz sem sorolható egészségügyi rendszerbeli elköltésnek, jöllehet ez közvetve nem kizárt.) Mindeközben a lakosság egészségi állapota nem javult, a biztosítási jellegű kockázatkezelésnek éppenséggel lenne tehát keresnivalója.

A lakosság egészségi terheiről

A lakosság egészségi állapotának igen szerteágazó témáiról e lap hasábjain rendszeresen szó esik, ezért itt csak a biztosítási (ráfordítási) szempontok alapján emelek ki néhány dolgot.

A népesség egészségi állapotát régóta meghatározó és jellemző negatív társadalmi jelenségek, tendenciák változatlanul megvannak, ám meg-megtörni látszanak. Ennek következtében a halálozási mutatók (pl. a születéskor és az egyes korokban még várható élettartam) javulnak (1. táblázat).

Bár e tény igen pozitív, de sokaknál a megszerzett életevek jelentős hányada (is) betegségben telik, s így különösen a legdrágább ellátások: a krónikus betegséget kezelő, valamint az élethosszig tartó egészségügyi ellátások, a társadalombiztosítási szolgáltatások tömege és költségei is növekednek. A fogyatékkal élők egyes demográfiai adatai (5) és a 2011-es, valamint a 2021-re szóló előrebecslések jól mutatják az egészségügyi ellátások fejlődése eredményeképpen bekövetkezett életkor-növekedés hatását a létszáma és korösszetétel alakulására (1. ábra).

Az előrebecslésben a két végpont között a 60 év alattiak részaránya csökken: a 0–19 éveseké 13%-ról 6%-ra, a 20–59 éveseké pedig 49%-ról, 38%-ra. A 60 éven felüli fogyatékkal élő népesség 1990. évi adatok szerinti 38%-os részaránya az azonos korúak körében még tovább nő, 2021-re 57% lesz!

Az előző két népszámlálás adatai (2. ábra) jelzik: rohamosan változik a fogyatékkal élő népesség korcsoportok szerinti összetétele, a fogyatékkal élők fiatalabb életkori csoportokon belüli arányai nagyon kismértékben változnak, viszont az idősebb korcsoportokban egyre többen, egyre hosszabb ideig élnek fogyatékkal.

Igen nagy és növekvő teher hárul tehát az egészségügyi ellátórendszerre, a közellátásra (pl. 2000-ben 187 ezer, 2009-ben már 285 ezer krónikus kórházi ápolási esetet számolhattunk). Kornai professzor és munkatársai által az OECD-országok csoportjára végzett és a KKE-országokra is értelmezett számítások szerint az időskorúak arányának egy százalékos emelkedése térségünkben az állami kiadások arányának 2-3 százalékpontos emelkedésével is járhat (6). Bírja-e ezt a tempót az állam?

Nem bírja, ezért azokat részben áthárítja a háztartásokra, a családokra. Egy 1999–2007 közötti időszakra vonatkozó

elemzés (7) szerint a háztartás kiadásai az alábbiak szerint alakultak (2–3. táblázat).

Mint látható az egészségügyi kiadások összességében 56%-os emelkedését főként a kiadások legjelentősebb, 80%-os hányadát kitevő gyógyszer, gyógyászati segédeszköz kiadások okozzák. Az egészségügyi szolgáltatásokra költött pénzek 100%-os növekedése a lakosság magánszolgáltatók iránti fokozódó érdeklődését jelzi, és ebből egyre növekvő hányadot képviselnek az alternatív gyógymódok (8). Érdekes jelenség, hogy a hálapénz a vizsgált időszakban csak 11%-kal nőtt, részaránya csökkent. A lakossági egészségügyi kiadási terheinek növekedése, a nettó jövedelmeknek az egészségügyi kiadásokénál 13%-kal alacsonyabb, 43%-os növekedése mellett valósult meg.

A társadalombiztosítási, állami és önkormányzati forrásokat egyaránt hasznosító E-Alap növekedése (3. ábra) az elmúlt évtized utolsó harmadáig jóval alacsonyabb mértékű volt, mint a háztartásoké, részben az utóbbiakra történő, gyakorlatilag folyamatossá vált áthárítások következtében. Az egészségügyi magánkiadások tömegének 1999-hez mért jelentős fokozódása (2007-ig) egyaránt, de az adott csoportba tartozók létszámának ellenkező előjelű változása miatt, némileg eltérően érintette a különböző életkori szakaszban tartó háztartásokat. A növekvő létszámú 60 éven felüli háztartásfős háztartásoknál összességében nagyobb kiadásnövekedésről, a 60 éves és fiatalabb háztartásfős háztartások esetében pedig a 2003-ra elért kiadástömeg csökkenéséről beszélhetünk (9).

A következő, 4. ábrából látható, hogy miként viszonyulnak egymáshoz és miként alakultak a megfigyelési időpontokban (1999-es áron) a különböző életkori szakaszban tartó háztartások csoportjainak egy főre számított egészségügyi magánkiadásai.

A háztartások különböző korú családfői szerint felosztott mezőnyének két végpontja (max.: 75+, min.: 40–44 évesek) között minden évben 2,5–3 szoros a különbség a 75 éves és idősebbek „javára”. Jelentősebb, az összes háztartást érő növekedés volt az előző évtized első harmadában (gyógyszerek), majd ennél jóval mérsékeltebb növekedést élhettek meg az idősebbek, különösképp a 70 éven felüliek háztartásai (a 65–69 évesek pedig kismértékű csökkenést).

Figyelembe véve, hogy az időskorúak jövedelmeinek döntő hányadát (a kutatások szerint 75–78%-át) a transzferjövedelmek, főként a nyugdíj teszik ki, most különösen időszerű alapkérdés, hogy a növekvő számú, zömében nőkből álló időskorú lakosság nyugdíja elég lesz-e a fokozódó egészségügyi magánkiadások finanszírozásához, és ha nem, akkor mi a teendő? A terhek viselésének mikéntje nyilvánvalóan a családon, háztartáson belüli (saját és/vagy vásárolt) és a rokoni családok között kialakítható feltételeken múlik. Bírja-e tehát a háztartás, illetve a család és fel tud-e készülni az időskorban tetőző egészségügyi kiadások finanszírozására?

Cikkemnek nem feladata a kérdés kimerítő megválaszolása, annak vázolására teszek kísérletet, hogy vajon milyen szerepük lehet az önkéntes, magán-egészségbiztosításoknak az állami (valamint a közsféra), illetve a háztartások törekvéseinek támogatásában?

Az önkéntes, magán-egészségbiztosításról általában

Magánfinanszírozással többféle módon, többféle intézmény foglalkozik. A magánfinanszírozás fő aktorai:

- a háztartások (számlával vagy számla nélkül vásárolnak egészségügyi termékeket, szolgáltatásokat),
- az egészségpénztárak (szolgáltatásokat szerveznek, illetve kizárólag számla ellenében térítik a tagjaik kiadásait az egyéni számláról),
- a foglalkoztatók (fizető félként főként munkavállalói egészségpénztári tagságát, csoportos biztosításait finanszírozzák; foglalkozás-egészségügyi ellátást nyújtanak, SZÉP-kártyát adnak, mindezt számla ellenében),
- civil szféra intézményei (nonprofit szervezetek, természetbeni szolgáltatást vagy pénzbeni támogatást nyújtanak, dokumentált elszámolással, vagy számla ellenében),
- és a biztosítók, egészségbiztosításaik révén (kockázatközösséget szerveznek, szolgáltatásokat szerveznek, szolgáltatásaikat számla, vagy nem számla ellenében nyújtják a kedvezményezett személynek, aki általában, de nem feltétlenül, a biztosított).

A biztosítás a kockázatkezelést oly módon valósítja meg, hogy a jövedelem váratlan kiesése esetén vagy a jövedelemszerző tevékenység hosszabb, illetve végleges akadályoztatásakor (halál, a munkaképesség teljes elvesztése, munkanélkülivé válás stb.) az előre megállapított kifizetések révén átvállalja annak kipótlását. Ezek lehetnek egyszeri vagy többszöri összegbiztosítási szolgáltatásokat nyújtó kockázati biztosítások, de járadék biztosításokkal vagy járadék szolgáltatásokkal vállalják a jövedelemnek akár a hosszabb ideig tartó rendszeres és folyamatos pótlását is. Az adott korban szükségessé váló források megteremtését a biztosító a megtakarítást lehetővé tévő módokat, az ad hoc felmerülő különböző költségek (pl. egészségügyi kiadások) finanszírozását pedig szolgáltatásfinanszírozó módokat révén tudja támogatni.

Miután a személyt érő kockázatok megvalósulása és a kockázatkezelést nyújtó biztosítások is tervezhetők, a biztosításoknak kiemelkedő szerepük lehet az életpálya pénzügyi tervezésében és e tervek megvalósításában is. A biztosító ugyanis a kockázattal ekvivalens díjért a kockázatot átvállalja és megszervezi a biztosítottak azon közösségét, akik között azt szétosztja. Így a biztosítás révén a felhalmozást, illetőleg jövedelemszerzést érő kockázatok pénzügyi következményei a biztosítóra, illetve a kockázatközösségre hárulnak. Ahogy a Ptk. 536. §-ához: fűzött kommentár is fogalmaz: „A biztosítási szerződés keretében a biztosítónak, mint fő kötelezettnek kettős helytállási kötelezettsége van. A szerződés hatálybalépésétől helytállási (praestare) kötelezettsége keletkezik, majd a biztosítási esemény bekövetkezésekor ez a kötelezettség szolgáltatási (dare) kötelezettséggé változik. A biztosítási tevékenység keretében a biztosító – alapuljon tevékenysége biztosítási szerződésen, jogszabályon vagy tagsági viszonyon – megszervezi az azonos vagy hasonló kockázatoknak kitett személyek közösségét (veszélyközösség), felméri a biztosítható kockázatokat, megállapítja a kockázatvállalás ésszerű ellenértékét (díját), azokból meghatározott tartalékokat is képez, és a helytállási kötelezettségének időtartama alatt bekövetkezett biztosítási eseményeknél – kizáró ok hiányában – teljesíti a vállalt kötelezettségeket” (10).

A kockázatbiztosító általi átvállalása tehát akkor is előnyt jelent a biztosított számára, ha a kár nem következik be, hiszen a biztosító helytállási és az ebből eredő rendelkezésre állási

1. táblázat. A születéskor várható átlagos élettartam alakulása 1990–2010 (4)

FÉRFI			NŐ		
1990	2001	2010	1990	2001	2010
65,13	68,15	70,5	73,71	76,46	78,11

kötelezettsége már a kockázatviselés első percétől él (amikor előfordulhat, hogy a díjnak csak egy részét fizették meg), a biztosított, illetőleg védeni kívánt kedvezményezettje biztonságban érezheti magát. A biztosítás így válik a jövedelembiztonság megvalósításának egyik fő színterévé és eszközévé.

Az egészségbiztosítások a kezelt kockázatokat, illetve tartalmukat tekintve baleset- és betegségbiztosítások, ami azt jelenti, hogy a biztosítók a biztosítás ezen ágazatában a baleset és/vagy a betegség esetén a biztosítottat érő károk (egészségkárosodás, illetve költségek) enyhítését és részbeni, esetenként teljes megtérítését és az ezen kockázatokat kezelő kockázatközösség szervezését vállalják.

A biztosítók önkéntes egészségbiztosítások révén vesznek részt az egészségügyi kiadások magánfinanszírozásában. Szerepük e tekintetben alapvetően kétféle lehet:

- kiegészíthetik a közfinanszírozást, Magyarországon jellemzően az állami és önkormányzati forrásokkal is kiegészített társadalombiztosítást (11),
- és helyettesíthetik is azt, azaz egyes közfeladatok részbeni (megosztott) vagy akár teljes finanszírozását is vállalhatják (ott, ahol van ilyen, törvény által kötelezővé tett módon és okból teszik ezt, ilyen pl. nálunk is a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítás),
- de helyettesítő a szerepük akkor is, ha az egyetemes társadalombiztosítási kötelezettség alól egyes rétegek (pl. magas jövedelműek, mint Németországban) úgy kapnak felmentést, hogy azért – bármely magánbiztosító szabad, de kötelező választása révén –, kötelezik őket az egészségbiztosításra.

A nyújtott szolgáltatások irányultságát (milyen egészséggel összefüggő, egészségügyi célokat vagy hiányokat elégít ki) figyelembe véve, a kiegészítő funkció tovább cizellálható, azaz beszélhetünk olyan kiegészítő biztosításról:

- amely ugyanazt nyújtja (vagy finanszírozza), mint ami a közfinanszírozott intézményekben elérhető, csak gyorsabban, jobb körülmények között, vagy eleve a jobb körülmények (pl. emelt színvonalú kórházi hotelkörülmények) között zajló közfinanszírozott ellátásra vonatkozik (tkp. a biztosított kétszer – a társadalombiztosításnak és a biztosítónak is – fizet, ám csak egyszer, de akkor a „szokásosnál” jobbat kap),
- amely a közfinanszírozású szolgáltatások köréből, finanszírozási szempontból teljesen vagy részlegesen kizárt, illetve (még) be nem fogadott szolgáltatásokat nyújt (vagy finanszíroz),
- amely adott termék, szolgáltatás árának nem teljes közfinanszírozása esetén fennmaradó fogyasztói kiadásokat (pl. co-payment, patikai árak stb.) fedezi.

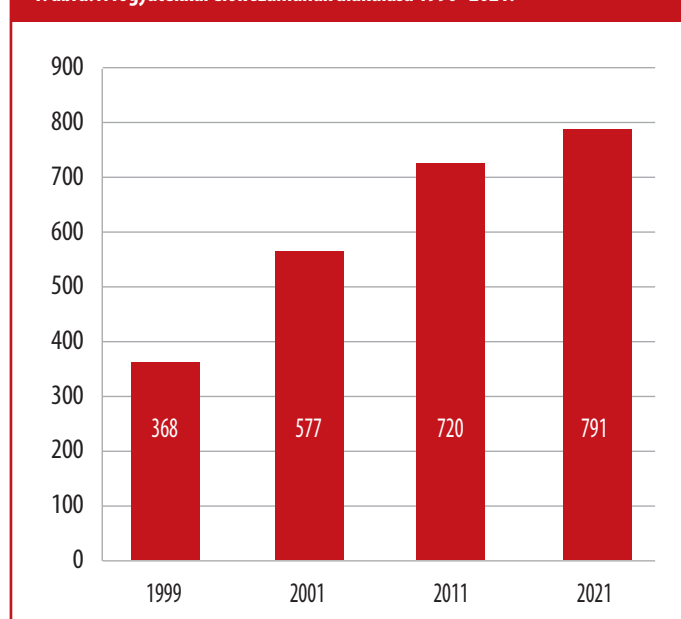
A hazai környezetben a biztosítók a kiegészítő funkciókat kombináló egészségbiztosítások révén, a szabad választás lehetőségét kínálják annak, aki elégtelennek tartja a kötelező társadalombiztosítás által nyújtott pénzbeni és természetbeni ellátásokat. Ezeket a megoldásokat (biztosítási szerződések formájában) ugyanakkor nemcsak üzleti, azaz nyereségérdekeltségi alapon működő, hanem nonprofit biztosítók is művelhetik. Magyarországon – bár a törvény megengedi biztosítási szövetkezet létrehozását is – ennek egy típusa intézményszerű, ez a biztosító egyesület.

Egyes európai országokban (pl. Franciaország, Spanyolország, Portugália), az egyesület és a biztosító társaságok mellett, az egészségbiztosítások nyújtására alkalmas a kölcsönöségi biztosítók intézménye is. Ennek az intézménynek – bár nem teljesen –, a hazai egészségpénztárak feleltethetők meg leginkább. Ugyancsak más országokban (pl. az USA-ban, Szingapúrban, Nagy-Britanniában is) egészségügyi célokat, illetve egészségügyi előtakarékosági célokat szolgálnak még a formális szervezet nélkül működő, bankok és biztosítók által egyénileg, vagy csoportosan kezelt és gyakran egészségi csúcskockázatokra szóló biztosítással együtt kínált, egészségügyi előtakarékosági számlák (Medical Savings Account).

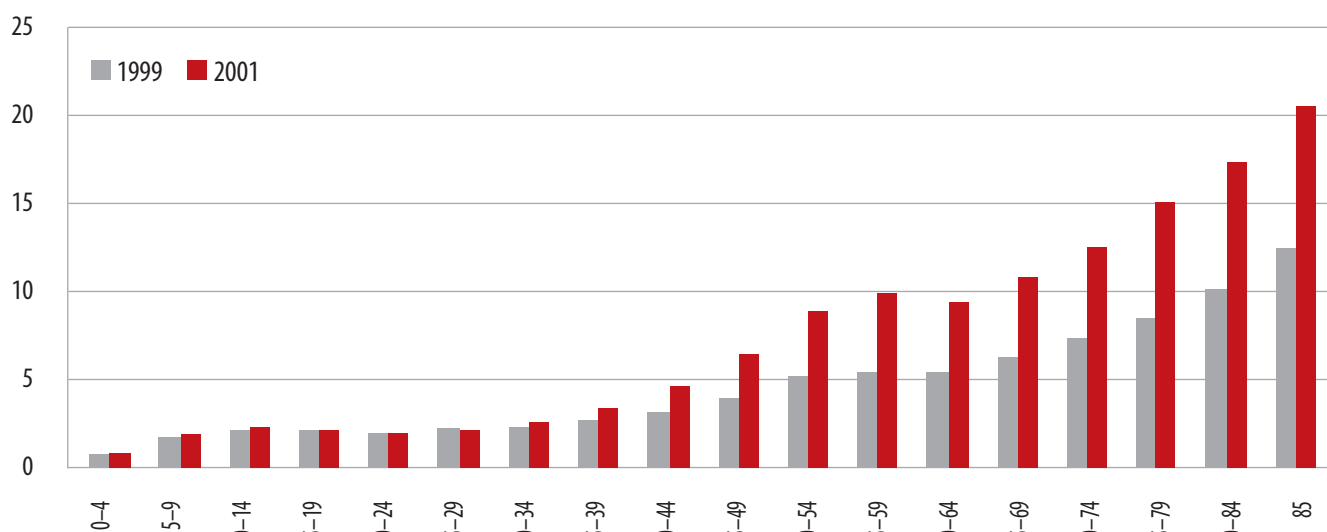
Egyes pénztári szakértők szerint ezt az előtakarékosági funkciót látja el részben az egészségpénztár (az egészségpénztár egyéni számlája) is. Véleményem szerint ez csak részben igaz, előtakarékoság (bár erre az elvi, illetve jogszabályi lehetőség adott, de a tagok alig élnek vele) és biztosítási elem nélkül az egészségpénztári egyéni számla inkább rövid tartamú átmeneti szállást nyújt a befolyó pénzeknek: a tagdíjnak, a támogatásoknak és az adóvisszatérítésnek. Hogy a biztosítók, befektetési módok révén miért nem kínálnak célzott, egészségügyi előtakarékoságot nyújtó biztosításokat (amelynél figyelembe veszik az ad hoc és a rendszeres kivét lehetőségét is), az más, részben jogi, részben a pénzügyi preferenciáktól függő kérdés.

A biztosítók szolgáltatása lehet összegbiztosítás, ebben az esetben a szerződés kedvezményezettje (ha életben van, akkor legtöbbször a biztosított) egy előre, a szerződéskötéskor általa kért és a biztosító által jóváhagyott, a biztosítás eltelt

1. ábra. A fogyatékkal élők számának alakulása 1990–2021.



2. ábra. A fogyatékkal élők aránya a népesség egyes korcsoportjaiban (%).



tartama során valamilyen ár- vagy más inflációs-index alapján növekvő összeget kap kézhez, amit tetszés szerint fordíthat bármire. Ezek a szolgáltatások nincsenek egészségügyi szolgáltatói számlához kötve és – mint általában majdnem minden biztosítási szolgáltatás – a szolgáltatást, mint jövedelmet megszerző magánszemélynek köztehermentesek. A díjak jövedelemnek számítanak és ezért közterhet viselnek, kivéve a kifizető által viselt balesetbiztosítások, és a teljes munkaképességre (TB I-II. fokozatú rokkantságra) nyújtott szolgáltatások díját, amelyek jelenleg adómentességet élveznek.

A biztosítók kisebb hányada értékesít a biztosított által vásárolt egészségügyi szolgáltatások árát – számla ellenében – megtérítő, vagy közvetlenül az egészségügyi szolgáltatásokat finanszírozó módokat. Ezek díja, ha nem a magánszemély fizeti azt, akkor jövedelemként „viselkedik”, de kifizetései a magánszemély kedvezményezett részére ugyancsak köztehermentesek.

Röviden összefoglalva: a biztosítás, biztosítók feladata az egészségi kockázatok kezelésében kettős:

- egyrészt közvetlenül részt vesznek az egészségügyi kiadások finanszírozásában,
- másrészt részt vesznek a családokat/háztartásokat betegség miatt ért anyagi terheinek csökkentésében (akár a teljes teher átvállalásával).

Az egészségbiztosítás helyzetéről

Az egészségbiztosítás lemaradása különösen akkor szembevetendő, ha megemlítjük, hogy Európában nem ez a trend. A PSZÁF elemzése (12) szerint a kelet-közép-európai csoportot

a fejlettebb biztosítási piacokkal összevetve, az önálló egészségbiztosításokat is magába foglaló „nem-életbiztosítási” ág szerkezetében jelentős eltérések vannak, éppen az egészségbiztosítások alulfejlettsége miatt. Ezekben az országokban ezért, ebben az ágban a lakossági gépjármű- és lakásbiztosítások súlya a meghatározó. A PSZÁF elemzése szerint viszont „az európai piacon a legnagyobb súllyal a baleset- és egészségbiztosítási ágazat (2009: 32%) bír, amellyel közel azonos díjbevétele folyik be a gépjármű-biztosítási ágazatokba (kötelező és egyéb együtt), amit a harmadik legjelentősebb ágazatként a tűz, elemi és egyéb vagyoni károk ágazatok követnek (2009: 16%)”.

A felügyelet elemzői a fejlettebb régióknál a baleset- és betegségbiztosításoknak a KKE-régióban, ezen belül hazánkban is tapasztaltnál jóval magasabb arányát, részben az egészségügyi szolgáltatások másféle finanszírozásával, illetve azok magasabb árával magyarázzák. Arra hivatkoznak, hogy a nyugat-európai egészségügyi rendszerek piaci jellegűek, és nagyobb a szerepe az öngondoskodásnak, mint nálunk. Emellett kiemelik, hogy a Nyugat-Európában jellemzően magasabb jövedelemszint miatt, jóval erőteljesebb a késztetés a betegség esetén kieső jövedelmet helyettesítő vagy pótló biztosítások kötésére.

Szerintem igen fontos körülmény az is, hogy jóval nagyobb intézményesítettségről lehet a nyugat-európai egészségügyi rendszerekhez kapcsolódó piacok esetén beszélni, mint pl. nálunk, ahol a magánfinanszírozási piacon a „kápe” uralkodik. Mindezekon túl, még három, az előzőekkel persze részben összefüggő, de más jellegzetességet, okot is fontosnak tartok: – egyrészt azt, hogy hazánkban a (középosztálybeli) családok jó részének életét az elmúlt évtizedekben, az európai kultúrákban „megszokott”, legalapvetőbb javak (lakás, gépjármű, üdülő, utazás külföldre, tudás stb.) tömeges megszerzése jellemezte, olyan körülmények között, amikor az élet és egészség védelmét az állami ellátások alapvetően megoldották, – nemcsak emiatt, de jellemzően erre voltak csak elegendőek a háztartások megtakarításai (a megtakarítók aránya a lakosságban az elmúlt 4 évben sosem érte el a 30%-ot,

2. táblázat. A háztartások egy főre jutó egészségügyi kiadásainak fő csoportjai 1999-ben és 2007-ben (1999-es értéken számolva)

	1999 Ft/fő/év	2007 Ft/fő/év	változás
Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz	14 476 Ft	21 782 Ft	50%
Eü. szolgáltatás	2 293 Ft	4 702 Ft	105%
Hálapénz	788 Ft	872 Ft	11%
Egészségügyi kiadások összesen	17 557 Ft	27 356 Ft	56%

3. táblázat. Az egészségügyi kiadások megoszlása a fő kiadási csoportok között

Kiadás megnevezése	1999 2007		(1999-es értéken)	
	Ft/fő/év	%	Ft/fő/év	%
Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz	14 476 Ft	82,45%	21 782 Ft	79,62%
Eü. szolgáltatás	2 293 Ft	13,06%	4 702 Ft	17,19%
Hálapénz	788 Ft	4,49%	872 Ft	3,19%
Egészségügyi kiadások összesen	17 557 Ft	100,00%	27 356 Ft	100,00%

2011. II. negyedév végén 18% körül volt /13/, viszont a 30 és 40 év közötti lakosság 51 százaléka rendelkezik megtakarítással /14/;

- több kutatás is jelzi, hogy még mindig nem jellemző (a magasabban iskolázottak, és a magasabb jövedelműek jelentős hányadánál sem) az egészséges élet elsődleges célként történő kitűzése, bár az utóbbi időben az ezzel összefüggő preferenciák lassú növekedése is észlelhető;
- a múltban és jelenleg is, közpreferenciában (adó- és járulékdedvezményben) csak az egészségpénztári és a nonprofit szektor közcélú forrásai részesülnek.

Figyelembe kell tehát venni azt is, hogy Európában hozzáunk képest mások voltak, és jelenleg is mások azok a feltételek, amelyekben az egészségbiztosítási piac kialakult, illetve jelenleg működik. Az európai betegségbiztosítási piaccal egy önálló tanulmány foglalkozik (15), ezért a téma további taglalásától eltekintek, foglalkozni kell viszont a hazai feltételek egyenértékével.

E feltételek köréből a cikk írása időszakában elsőként mindenképpen az egészségügyi rendszer állapota emelendő ki (16), hiszen ez az a terep, aminek eléréséhez a biztosító a biztosított számára forrást nyújt, ahol a biztosító szolgáltatást vásárol vagy vásárolna. Itt működnek a biztosítottak számára ellátást nyújtó intézmények, és itt dolgoznak az ellátást végző szakemberek. Az egészségbiztosítás tárgya ugyanis az egészség megőrzése vagy helyreállítása, és megromlása esetén egyes következményeinek kezelése. Ennek érdekében a biztosító az erre szolgáló ellátásokhoz való hozzáférés megszerzésével és finanszírozásával biztosítási kockázatközösség általi átvállalásával foglalkozik.

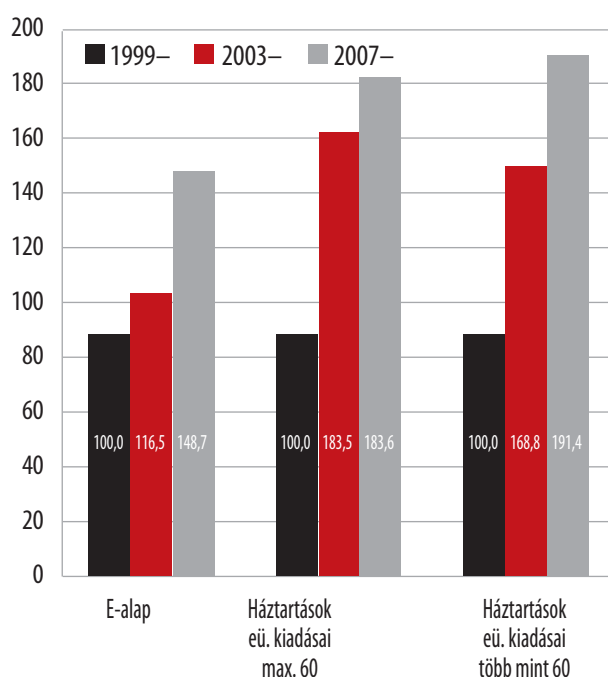
A helyzet, mint tudjuk, most nem szívderítő, sőt már a „végveszély”, „vészforgatókönyv”, „dráma” szavak is felbukkantak az elmúlt hetekben az egészségügyről megjelent írásokban. Úgy tűnik, mára a rendszer több feszültsége is (különösen: költségvetésének fedezete, a szolgáltatáscsomag tartalma, a kórházak tulajdonlása és működtetése, humán erőforrás-ellátottsága) a végletekig kiéleződött (17), de gyakorlatilag jövőbeli finanszírozhatósága sem látható be. Az ágazattal szemben bizalmi válság van, a legfrissebb felmérések (18) szerint a lakosság és az orvosok köréből is egyre többen gondolják úgy, hogy az egészségügy helyzete középtávon nem fog javulni.

A várható változások a cikk írásának időpontjában nem határozhatóak meg pontosan, de félő – mi is így látjuk –, hogy nem lehetséges az egészségügyi rendszer fejlesztése, jó, ha az ellátás színvonala az elviselhetőség keretein belül marad. A közellátásban a jó minőségű szolgáltatásokhoz, az egyes gyógyszerekhez és gyógyászati segédeszközökhöz a hozzáférés (az időben történő, illetve a mielőbbi hozzáférés) nehezebbé válik, a háztartások korábban már tárgyalt, jelenleg is igen magas pénzügyi terhelése pedig ismét nőni fog. Ezt viszont a háztartások jelentős része nem tudja követni.

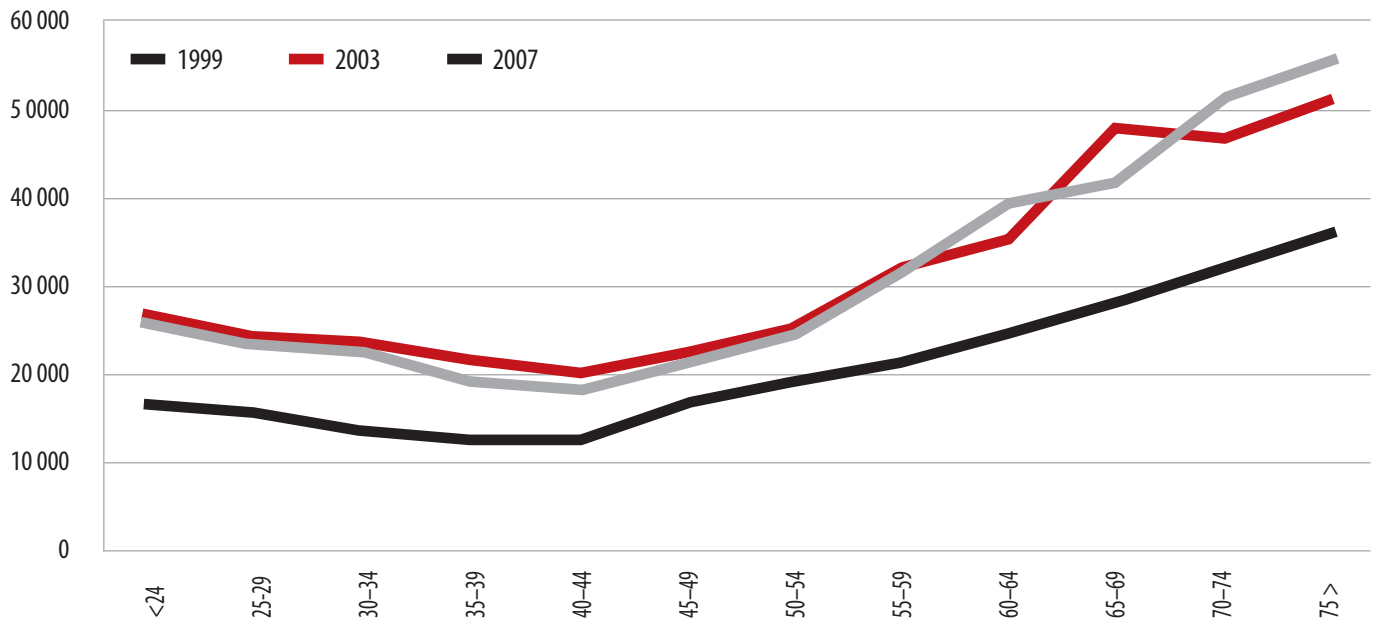
Azok, akik maguk és családjuk egészségügyi ellátására aldozni hajlandóak, főként a magán-egészségügyi ellátásban, a közintézmények kapacitásainak szabályozott módon történő magáncélú igénybe vételében, és a magánbiztosításban, valamint az egészségpénztárakban bízhatnak. A magán-egészségügy kiterjedése viszont (erre majd visszatérek), a pénzügyi finanszírozók által esetleg országosan szervezett, illetve a tömeges igények kielégítésére még nem elégséges. Kérdéses továbbá, hogy a közellátók kapnak-e majd rendszerszinten (19) engedélyt a többletkapacitások értékesítésére? Ha nem, akkor nem lesz mit megvenniük a magánfinanszírozóknak, főként a biztosítóknak és az egészségpénztáraknak, azaz továbbra is az összegbiztosítás és a piaci térítési díj-önrészek pénztári átvállalása dominálja majd a szolgáltatási palettákat.

A rendezettség felé történő haladást nagymértékben nehezíti, hogy tisztázatlan, miként tekint az állam most az egészségügy területén a kiegészítő magánbiztosításra?! Az egészségügyi rendszer fejlesztésére, jövőjére vonatkozó dokumentumokban alig esik szó a magánbiztosításról, ami anynyiban érthető, hogy a 2008-as népszavazás mögötti politikai erők – bár biztosan jól jönne minden finanszírozási segítség – nem állhatnak elő a magánfinanszírozás intézményesebbé tételének ötletével. A Semmelweis-tervben szerepel ugyan ezzel kapcsolatos cél is: „...a hosszabb távon cél az uniós átlagnak megfelelő egészségügyi közkiadások elérése, valamint a magánkiadások szerkezetének átalakítása”, de ugyanitt a

3. ábra. A két fő egészségügyi forrás növekedése (1999-es értéken).



4. ábra. Az egy főre jutó éves egészségügyi kiadások a háztartásfő kora szerint csoportosított háztartásokban.



magánbiztosításról szűken csak ennyi a mondandó: „A magánforrások ellenőrzött és átlátható bevonása során szerepet kaphatnak a kiegészítő biztosítási konstrukciók is, különös tekintettel az önkéntes kölcsönös egészségpénztári mozgalomra”.

A biztosítási szektor, ezen belül főként az életbiztosítási szektor, a meghatározó külső feltételek egyikeként hat az egészségbiztosításra. Az életbiztosítási piac az utóbbi években felemás módon, korábbi önmagához képest jelentősen fejlődött, de még mindig alacsony a biztosítottság. Így hazánk életbiztosítási piaca most a KKE-régió belül, fejlettségét tekintve összességében a középmezőnybe sorolható, ugyanakkor a befektetési egységhez kötött, úgynevezett „unit-linked” életbiztosítások terén abszolút piacvezetőnek számít. A PSZÁF már említett elemzése megállapítja, hogy a hagyományos (halál esetére vagy egy adott, hosszabb tartam életben való elérésére szóló) életbiztosítások és a befektetéshez kötött életbiztosítások aránya nálunk épp fordított, mint Európában. Magyarországon a szerződések több mint 60 százaléka unit-linked (UL, befektetési jellegű) biztosítás, a hagyományosok aránya így mindössze 40 százalék körül van.

A betegségbiztosítások illeszkedésének nem nagyon kedvez az életbiztosítások ilyen összetétele. A hazai piacon értékesített UL-termékek – különösen az egyszeri díjasok –, a befektetések jellegzetességei szerint alakulnak, melyekre ezért nagy mozgás, azaz magas szerzési hányad, de magas törlési hányad is jellemző. A hozzájuk kötött baleset- és betegségbiztosítások osztoznak sorsukban, így új szerződéskötés esetén ezek is megköthetők, de megszűnés esetén ezek is megszűnnek. Az UL-biztosítások bizonyos típusai ugyan alkalmassá tehetők más, pl. betegségbiztosítási (mind az aktuális szolgáltatások finanszírozását, mind az egészségügyi célú előtakarékosságot nyújtó) funkciókra, de ilyen kényszer eddig nem volt az életbiztosítást művelő biztosítókon, állami pénzügyi preferenciák sem ösztönöztek erre, és ment a szekér enélkül is.

Az U-biztosítások rövid távú befektetési természetéhez igazodnak a kiegészítő betegségbiztosítások más vonatko-

zásokban is, pl. azok többsége is bármikor felmondható határozatlan tartamú, összegbiztosítási kifizetésekkel operáló, előtakarékosság lehetőségét nem tartalmazó szerződés. Termék ugyan van, de mégsem nagyon kötnek az UL-ek mellé baleset- és betegségbiztosításokat, igaz ennek más, a jutalékokhoz fűződő és a betegségbiztosításokkal összefüggő pszichológiai, valamint oktatási okai is lehetnek.

Elképzelhető, hogy az életbiztosítások összetétele kedvező irányba mozdul el, a biztosítók sajtóból megismerhető visszajelzései alapján ugyanis, a lakosság körében a megtakarítási, főként a nyugdíjas korra történő előtakarékossági célú és a váratlan eseményekre történő öngondoskodási hajlandóság is erősödik. Kérdés persze, hogy ez mennyiben mutatkozik majd meg a befektetések piacán, illetve milyen mértékben választják ehhez az ügyfelek a hosszú távú megtakarítás lehetőségét kínáló életbiztosítási termékeket?! Kérdés továbbá az is, hogy hajlandóság mikor és milyen módon alakul át szerződési szándékká. Úgy tűnik a jelen időszakra ilyen prognózis nem adható, a piaci szereplők véleménye a rendszeres díjas életbiztosítások piacról összességében a mérséklődő optimizmussal jellemezhető, sőt többen stagnálásra és negatív változásokra is számítanak (20).

A szektor viszonyulását az egészségbiztosítási ágazat alakuló lehetőségeihez több jelentős és néhány kisebb biztosító társaság vezetőjével, szakértőjével a témáról az elmúlt hetekben folytatott beszélgetésen nekem is volt alkalom megismerni és megérteni. A szektoron belül, a szakemberek körében még nem nagyon érzékelhető a (sok esetben szponzorált) cikkekben áradó óvatos optimizmus. Az elmaradt reform óta és a kudarc ellenére is eléggé elterjedt az az álláspont, hogy bár csak az életbiztosítások és piacuk van a fókuszban, és ezért elsődlegesen az életbiztosítási törekvéseket közvetlenül szolgáló baleset- és betegségbiztosításokról lehet szó, mégis ha a feltételek kedvezően alakulnak, a társaságok hajlandóak lennének erre erőforrásokat átcsoportosítani.

A beszélgetések során megfogalmazódott, hogy mindenképpen van értelme az egészségbiztosítási piac fejlesztését célzó előkészítő munkálatok megkezdésének, egyes területeken

folytatásának. Persze a konkrét egészségügyi témák piacának elemzését (az adott témához tartozó piaci potenciál meghatározását és számítását, illetve a piac elérése feltételeinek feltárását) még el kell végezni. Felmerültek olyan témák is, amelyeket a szerepvállalás előfeltételeként azonosítottunk (fontosabbak: a társadalombiztosítás határainak, a társadalombiztosítási csomag meghatározásának kérdése; a köz- és magánfinanszírozók között megosztott finanszírozás; a szektorsemmiség kérdése; az adó- és járulékkedvezmények témája).

Azt is tapasztaltam, hogy felértékelődött a biztosító társaságoknál a biztosítási szektor és a biztosító működésének biztonsága. Úgy látom, hogy érzékenyen figyelnek a fejlesztéseiket beágyazó gazdasági és politikai közeg kockázataira. Ilyen szempontból nézve, ma a társaságok vezetőinek jelentős része az egészségbiztosításba való „beszállást” igen kockázatosnak tartja. Ezért csak akkor hajlandók belépni erre a jelentősebb erőfeszítéseket (kiadásokat, odafigyelést stb.) igénylő területre, ha nem kell félniük a kiszámíthatatlanságtól, az ad hoc külső beavatkozásoktól, és ha biztosított a befektetések megtérülése.

Meg kell említenem, hogy az eddigi konzultációkon jelentős aggályok is megfogalmazódtak. A legfontosabb kettő:

- Kérdéses és ezért elemzendő, hogy megérné-e – és milyen feltételek esetén –, az önkéntes magán-egészségbiztosítási piac élénkítése (államnak, egészségügyi rendszer aktorainak, biztosítóknak)?!

- Vajon megtérülnének-e és/vagy „eléggé hozzájárulnának-e” az életbiztosítási piac fejlődéséhez azok az erőfeszítések, amelyek a betegségbiztosítási szerződésállomány és díjbevételek megnövekedéséhez szükségeltetnek?!

Különösen nagy jelentőségűnek tartanák, ha bekövetkezne egy, a baleset- és betegségbiztosításokra vonatkozó, jelentősebb pénzügyi preferenciaváltozás (e témában felmerült: adó- és járulékkedvezmény a céges biztosításoknál, adókedvezmény a magánszemélyeknél, egészségpénztári számláról egészségbiztosítás vásárlása). Ekkor nagyon fontos lesz a megfelelő, önálló valamint az életbiztosítások mellé értékesíthető egészségbiztosítások gyors fejlesztése és bevezetése.

Partnereim egy hányada azt gondolja, hogy ezen erőfeszítéseknek akkor is lenne értelmük, ha az adóváltozások – mint tavaly – idén sem következnenek be, persze el kell fogadni, hogy ebben az esetben a fejlesztés jóval kisebb társadalmi hozaddal kecsegtet, a biztosítók részére is kisebb eredménnyel és lassúbb fejlődéssel járna. Az életbiztosítási piac támogatása, továbbá az egészségügyben, annak finanszírozásában kialakult helyzet, és nem utolsósorban a közép- és nagyvállalatok egészségügyi kiadásai miatti pénzügyi igényei, adótámogatás nélkül is kihívásokat jelenthetnek, és jelentős piaci sikereket hozhatnak annak a biztosítónak, amely ezen a pályán is működni akar és tud.

Persze ehhez elengedhetetlen, hogy ne csak a piaci önrészek (gyógyszer, gyógyászati segédeszköz) piacán, hanem az egészségügyi szolgáltatási piacon is legyen mit megvenni! A finanszírozás fejlődése, akármilyen is ad ennek lökést, maga után vonhatja az egészségügyi magán szolgáltatások fejlődését és rendszereinek kialakulását is, de a logikusabb az lenne, ha a két folyamat együtt haladna. Az egészségügyi magán szolgáltatások piacának jelenlegi helyzete nem kedvez a lakosság és a biztosítók törekvéseinek sem. A Semmelweis-terv is foglalkozik ezzel: „A hiányhelyzet lökést adott a »magánzol-

gáltatások» nyújtásának, amely azonban átláthatatlanul összefonódott a közfinanszírozott ellátásokkal, gyakran féllegális vagy illegális módon. Kiegészítve a kiszámíthatatlan és ezért méltánytalan ellenőrzési rendszerrel az egész rendszer demoralizáló hatásúvá vált, és a még meglévő morális gátak leomlásának irányába, a szétesés felé irányította az egészségügyet”. Nagy igazság van ezekben a szavakban, de nem az egész szektorra nézve! Munkájukat nagy felelősséggel és „tisztán”, az állami-önkormányzati ellátástól függetlenül végző, sikeresen működő magán szolgáltatókkal is találkozhatunk ezen a terepen. Amíg nem lesz rendezett a köz- és magánellátás, valamint ezek határa, addig ez az út ajánlható a szektor többi, magánbiztosítói partnerségre számító, azzal kalkuláló aktora számára is.

Magyarországon egészségbiztosítással az életbiztosítók (baleset- és betegségbiztosítással az életbiztosítások kiegészítéseként), továbbá a nem életbiztosítók közül azok foglalkozhatnak, akik az önálló baleset- és betegségbiztosítási ágak művelésére engedélyt váltottak. A PSZÁF adatai szerint 2010 végén 32 biztosító részvénytársaság, 27 biztosító egyesület és 13 fióktelep, azaz összesen 72 biztosító intézmény működött a hazai biztosítási piacon. Körükből, úgy látjuk, hogy a 22 életbiztosítást (és azt is) nyújtó intézmény (21) és legalább 12 nem életbiztosító intézmény foglalkozik egészségbiztosítással, ezen túl kb. 80 külföldi biztosító nyújthat határon átnyúló szolgáltatásként hazánkban élet-, baleset- és betegségbiztosítást (vagy mindhármát, vagy egyiket-másikat). Ha az intézményes kockázatkezelők körébe számítjuk az önkéntes egészség- és önszegélyező pénztárakat is (miért ne tennénk), akkor 48 pénztári intézménnyel bővül az a kör, amely egészségbiztosítást vagy egészségügyi tartalmú finanszírozást nyújthat Magyarországon.

Mint a 4. táblázatból látható, a biztosítók által nyújtott egészségbiztosítások korábban bemutatott 2009-es adatai nem javultak 2010-re sem, az önálló baleset- és betegségbiztosítási szerződések száma 951 ezer db, arányuk 7,7%-ot tesz ki. Ha mindehhez még hozzávesszük az egyéb életbiztosítások kétharmadát azaz további 76 ezer db szerződést (ennyire becsüljük e körben a kiegészítő baleset- és/vagy betegségbiztosítások arányát és számát), akkor is csak 8,3%-ra nő a módosított részesedés az összes biztosítási szerződésből.

Összegezve: ha minden szerződést más biztosítóttra kötöttek volna 2010-ben (ez biztos nem így van, de adatunk nincs), akkor a biztosítás szektorban az egészségbiztosítási kockázatközösségek védelme legalább 1027 ezer fő biztosítottra (22) terjed ki. Ezen belül az önálló betegségbiztosítások száma 2009-hez képest megduplázódott, de a 127 ezer db sem tekinthető jelentősnek, ezen biztosítási szerződések aránya az összes szerződés 1%-a (4. táblázat).

És ha – azért, hogy összehasonlíthatóvá tegyük az európaival a hazai helyzetet – mindehhez még hozzáadjuk az önszegélyező és egészségpénztárak 2010 végi egymillió fős tagsági létszámát, összesen két millió szerződést számolhatunk. Az átfedések számát (kinek van mindkét szektorban szerződése) ugyanúgy, mint a biztosítási szerződésekkel védett biztosítottak létszámát, nem tudjuk, így csak a tapasztalatok alapján gondoljuk azt, hogy ez 40% lehet, azaz a 60%-a, kb. 1,2–1,4 millió polgár részesül valamilyen mértékű és típusú egészségbiztosítási védelemben. Ha mindannyian 15 év felettiek (23), akkor az ilyen korú népesség 12–14%-a tekinthető védettnek 2010-ben Magyarországon. Végül e számból (a háztartások 2,6

fős átlagos létszáma alapján) a biztosítási védelemmel rendelkező háztartások számát 460 ezer db-ra becsüljük, ez a háztartások (2010 végén 3788 ezer háztartás volt /24/) 12,1%-a.

Ezek Európában nem annyira rossz arányok: bár vannak magánbiztosítással jobban fedett országok, (ilyen pl. az ESKI adatai szerint /25/ Hollandia, ahol az egészségbiztosítások a népesség 28%-át érik el), de pl. Nagy-Britanniában és a skandináv országokban a lakosság kb. 10%-a vesz részt önkéntes egészségbiztosításokban. Ne feledjük azonban, hogy az adatok eltérő tartalmuk miatt csak igen nagyvonalú (felületi) összehasonlítást tesznek lehetővé, és azt sem, hogy adataink főként a balesetbiztosítási szerződésekre és a pénztárak tagsági jogviszonyaira támaszkodnak. A betegségbiztosításokkal való fedettség szintje nagyon alacsony, a 15 éven felüli népesség 1,5% körül lehet.

A biztosítók egészségbiztosítási kínálatáról

A hazai egészségbiztosítási piacot a szerződő felek közötti megállapodás szerinti ún. „összegbiztosítások” dominálják, de újabban már néhány biztosító, illetve egyes külföldi biztosítók magyarországi fióktelepei szolgáltatásfinanszírozó szerződéseket is kínálnak. A részben magánszolgáltatók, részben a közzféra egészségügyi intézményeiben nyújtott és a biztosítók által elismert szolgáltatások körében megtalálhatók az egészségmegőrző (szűrések) és a gyógyító tevékenységek is, illetve a szolgáltatások a járóbeteg-ellátásra és a fekvőbeteg-ellátásra is kiterjednek. Néhány további jellemző:

– a díjak a biztosított kora és a biztosítási védelem választott terjedelme, valamint a választott szolgáltatások szerint

4. táblázat. A biztosítók szerződésállománya 2010 végén

	db	%
Életbiztosítási ág összesen	2 946 359	23,9%
Elérésre szóló életbiztosítás	24 812	0,2%
Halálesetre szóló életbiztosítás	385 103	3,1%
Vegyes életbiztosítás	711 961	5,8%
Járadékbiroztítás	10 834	0,1%
Házasság, születés biroztítás	8 669	0,1%
Egyéb életbiroztítások	114 109	0,9%
Befektetéshez kötött életbiroztítás	716 021	5,8%
Egyszeri díjas szerződések	528 681	4,3%
Díjmentes állomány	341 217	2,8%
Nem életbiroztítási ág összesen	9 357 626	76,1%
Baleset	823 634	6,7%
Betegség	127 061	1,0%
Casco összesen	805 457	6,5%
Szállítmány	12 527	0,1%
Tűz- és elemi kockázatok	1 659 222	13,5%
Egyéb vagyoni kockázatok	1 650 493	13,4%
Jármű felelősség összesen	3 956 325	32,2%
Általános felelősség	94 741	0,8%
Hitel	4 491	0,0%
Kezesség	10 035	0,1%
Különböző pénzügyi veszteségek	469	0,0%
Jogvédelem	47 236	0,4%
Segítségnyújtás	4 398	0,0%
Temetkezési biroztítás	10 035	0,1%
Módozatok összesen	12 303 985	100,0%

változnak (a biztosítók többségénél már megfelelnek azon uniós direktíváknak, miszerint nem szabad nemek szerint tagolni a díjat),

- az adott szerződéshez tartozó szolgáltatások (csomag) igénybevétele meghatározott éves limitig lehetséges, a csomagok sok esetben a limit mértékében térnek el egymástól,
- de van olyan biztosító is, ahol a biztosított mindazon egészségügyi (járóbeteg-ellátási) szolgáltatásokat, melyeket a biztosító által szervezett szolgáltatók közvetlenül nyújtanak, korlátlanul igénybe veheti,
- más esetben nemcsak a limitek, hanem a csomagok szolgáltatásai is egymásra épülnek: az alapcsomag a leggyakrabban előforduló járóbeteg-ellátásokat (a leggyakoribb szakvizsgálatokat, kezeléseket és labor-, illetve eszközös diagnosztikai szakvizsgálatokat) tartalmazza,
- a következő csomag már az összes járóbeteg-szakmára kiterjed, a felső kategóriás csomagok pedig a drágább képalkotó diagnosztika igénybe vételét, a VIP-szintű fekvőbeteg-ellátást, valamint az egy napos sebészet és a betegszállítás költségeit, a házi viziteket is finanszírozzák.

A szolgáltatásfinanszírozó biztosítóknál főszabály az ügyfelekkel való aktív kapcsolattartás. Az ügyfél általában egy 24 órás kontakt lehetőségét nyújtó call centeren keresztül kap választ kérdéseire, és ha kell, tanácsokkal látja el akut problémák esetén. Több biztosítónál, tervezhető esetben a szükséges ellátásokat is megszervezik, az ügyfél által preferált időpontra és szolgáltató helyre.

Mi a teendő?

A következő években elsősorban az alábbi témák azok, amelyekre (és a fő okok is, ami miatt az adott témára) a biztosítók-nak érdemes odafigyelniük (26):

Az ápolásra szorultság kezelése

- Oka egyrészt az, hogy nem várható az állami-önkormányzati szerepvállalás (szociális szektorban: ápolási díj és szociális gondozás, egészségügyi szektorban: korlátozottan – mert nem ez a fő feladata – az otthoni szakápolás) növekedése és terjedelmének kiterjesztése. Ugyanakkor várható az idősebb korban még várható élettartamok további növekedése, viszont a krónikus betegségek, ápolással járó állapotok előfordulása és emiatt a családok terhei jelenleg is óriásiak, és további növekedés várható.
- Az ápolásbiztosítás (ma úgy látjuk) a biztosítóknál nem egy/több termék lehetne a palettán, az adott biztosító önálló ágazatként lenne képes a biztosítás sokoldalú funkcióit (kockázati biztosítás, előtakarékoságot nyújtó pénzügyi termék, budget-kezelő intézmény, ellátásszervező stb.) érvényre juttatni, kialakítása ezért hosszabb távú tervezést, mély megalapozást és sokoldalú felkészülést igényel.
- A témában a szektor közös fellépése lenne az ideális, a biztosítók együtt az ápolási közfeladatok átvételét, ehhez a helyettesítő jellegű ápolásbiztosítási ágazat fokozatos kialakítását lehetővé tevő fejlesztést is meg tudnának alapozni.

A gyógyszer és gyógyászati segédeszköz lakossági terheinek részbeni átvállalása

- Oka: az árazás átalakítása, illetve a lakossági árak tb-támogatásának átalakítása, csökkentése miatt elkerülhetetlen a fogyasztás csökkentése vagy a pénzügyi terhek megosztása az ágazat és a lakosság között.
- Tipikus szolgáltatásfinanszírozó biztosítási téma, de ilyen módozat önmagában nem, feltehetően csak más szolgáltatásokkal együtt, mint azok kiegészítése kerülhetne bevezetésre.
- Feltehetően ki kell dolgozni az átmeneti és a rendszeres (akár élet végéig tartó) kiadásokat finanszírozó megoldásokat is.

A keresőképtelenség miatt kieső jövedelem részbeni, vagy teljes átvállalása

- Oka: a tb-szolgáltatás (táppénz maximum) csökkentése és más okok miatt lefedetlenné váló igények (pl. passzív táppénz rövid tartama, veszélyeztetett terhesség eddig betegszabadság jogán járó keresetre, most csak táppénzre jogosít) váltják ki. Ez a jövedelemhiány, a betegség miatti kiadásnövekedéssel együtt, a középprétegeknél érzékelhető tehernövekedést okoz.
- A munkáltatók egy része ellenérdekelt lehet (azt vélik sokan, hogy a táppénz-maximum korlátozása visszafogja majd a keresőképtelenség miatti hiányzásokat is, de ez véleményem szerint tévedés, nincs már nagyon mit visszafogni...).
- Jellemzően összegbiztosítási szolgáltatást nyújtó módozatokkal kezelhető.

A rokkantsági közellátások terén várható változások

- Oka: a rokkantsági nyugdíjrendszer átalakítása miatt várható az ellátotti kör szűkülése, illetve ellátáscsökkenés is.
- A rokkantság (nagymértékű, visszafordíthatatlan egészségkárosodás, fogyatékoság, amely azonnali ráfordításokkal, majd élet végéig finanszírozandó kiadásokkal is jár) vegyes, azonnali szolgáltatást és előtakarékoságot is nyújtó összegbiztosításokkal és szolgáltatásfinanszírozó biztosításokkal fedezhető kockázat.
- Más okok is felvetik időtálló biztosítási megoldások kialakítását és bevezetését, pl. a magánnyugdíj pénztárak megmaradt tagságának rokkantsági ellátása most megoldatlan.

A várakozási sorok kezelése

- Oka: a várakozási sorokat egyes ellátások rendelkezésre állásának különböző (financiális, kapacitásbeli, szervezési, humán erőforrás-okok miatti stb.) súlyos zavarai váltják ki. Egyes területeken (pl. képekalkító diagnosztika, egyes műtéti területek) ennek ellenére jelentős, kihasználatlan kapacitások is vannak.
- A Semmelweis-terv szerint: „A várólisták kezelésében lehetőségként felmerül, hogy a sorbaállás pénzzel kiváltható legyen a közfinanszírozott ellátást végző intézményekben is. Ez nem támogatható, mert ellentmond az igazságosság célkitűzésének (a szolidaritás alapelveinek), ha ezáltal a többi várakozó beteg hátrányba kerül. Abban az esetben, ha az így kiváltott ellátás nem a

közfinanszírozottan lekötött kapacitások terhére történik, elvben jól járhat minden beteg, hiszen a többiek is előrébb lépnek a sorban. A várólisták ügyének tiszta, mindenki számára átlátható szabályozása azonban számos további megoldandó kérdést, megvalósítási problémát is felvet (magán- és közfinanszírozott szolgáltatás keveredése egy ellátási folyamaton belül, eszköz a fizetős ellátás irányába »kényszerítésre« stb.)”.

- A biztosítók szó szerint ebben – a többletkapacitások szerződéses, tiszta szabályozással rendezett használatában – érdekeltek és szívesen részt vennének a szabályozás kialakításában. A betegségbiztosítás a közfinanszírozású intézmények terhelését csökkentő magánszolgáltatások elérhetővé tételén túl, a szabad kapacitások részbeni, osztott – háztartás, illetve igénybe vevő és az egészségpénztár, valamint a biztosító általi közös – magánfinanszírozásban történő hasznosítására szólhatna.

Mint látható az egészségbiztosítási szektor készen áll egy jelentősebb kihívásra, a hiányzó közös források miatt akár a közfeladatok ellátásában történő szerepvállalásra és a közfinanszírozás kiegészítésére, pótlására is. Rendelkezésre állnak az intézmények és az induláshoz szükséges termékek, és a biztosítók – azt gondolom – hajlandóak lennének azon további feltételek kialakítására, amelyekkel a kooperatív, intézményes kockázatkezelés megvalósítható. Úgy látom, hogy a biztosítási szektor részéről, a jelzett külső körülmények kedvező alakulása esetén, megvan a szándék és megvannak az alapjai egy markáns, a domináns közfinanszírozást kiegészítő egészségbiztosítási ágazat kialakításának, a köz- és magán aktorok szabályozott piaci körülmények közötti együttműködésének.

Melléklet

Összegbiztosítások a baleset- és betegségbiztosításban

A biztosítók a szerződő féllel történt megállapodás alapján, amely a fizetendő biztosítási összegre és a biztosítás védelem terjedelmére (időbeli és területi hatály és speciális terjedelmek meghatározására) is kiterjed, az alábbi palettában szereplő balesetbiztosítási szolgáltatásokat nyújtják:

- A. Baleseti okból eredő halálra: a balesetből egy éven belül bekövetkező halál esetére egyösszegű szolgáltatást (ennek egyik változataként: a temetkezési költségeket finanszírozzák).
- B. Baleseti okból eredő rokkantságra (a biztosítási feltételekben meghatározott egészségkárosodásra, annak foka szerint): a balesetből eredő sérülésből két éven belül kialakuló végleges rokkantság esetére, a rokkantság foka alapján megállapított (azzal általában arányos) egyösszegű szolgáltatást.
- C. Baleseti okból eredő súlyos törésekre, vagy súlyos fogyatékoságra: a balesetből eredő, a biztosítási feltételekben teljesen meghatározott sérülés, vagy abból kialakult súlyos fogyatékoság esetén, egyösszegű szolgáltatást.
- D. Baleseti okból eredő tb-rokkantságra: a balesetnek minősített okokra hivatkozó, az illetékes orvosszakértői grémium, majd a nyugdíjbiztosító szerv által hozott, bármely fokozatú rokkantsági minősítést megítélő határozat esetén, egyösszegű szolgáltatást.

- E. Balesetből eredő sérülés miatti kórházi ápolásra: a biztosítók a biztosítási védelem terjedelmétől függően Magyarországon, vagy bármely más országban bekövetkező balesettel összefüggésben szükséges (és akár ott is történő) kórházi ápolásra, a feltételekben megjelölt ápolási napot elérő ellátás esetén minden napra egy meghatározott összegű szolgáltatást (ritkán előfordul az egyösszegű szolgáltatás is).
- F. Balesetből eredő sérülés miatti műtetre: a biztosítók a baleseti okból eredő kórházi ápolás során végzett műtétek körére egyösszegű – a műtétek súlyosság szerint tagolt csoportjaira eltérő összegű – szolgáltatást.
- G. Múlékony baleseti sérülésre: a balesetből eredő, következmény nélkül gyógyuló sérülések (pl. csonttörés, csontrepedés) esetére egyösszegű szolgáltatást nyújtanak.
- H. Balesetből eredő keresőképtelenségre: a baleseti okból eredő keresőképtelenség esetére, a feltételekben megjelölt keresőképtelenségi napot elérő betegállomány esetén minden napra egy meghatározott összegű szolgáltatást.

A felsorolt szolgáltatásokat a biztosítók a balesetek teljes körére, vagy a balesetek egyes csoportjaira korlátozott biztosítási védelemmel nyújthatják. Ilyen csoportok lehetnek például a következők:

- munkavégzéssel összefüggő balesetek,
- szabadidős balesetek,
- otthoni balesetek,
- sportbalesetek,
- közlekedési balesetek stb.

A betegségbiztosítási szolgáltatás köre nagyjából hasonló. Így a biztosítók az alábbi betegségbiztosítási szolgáltatásokat nyújtják:

- A. Betegségi okból bekövetkező kórházi ápolásra: a biztosítási védelem terjedelmétől függően Magyarországon, vagy bármely más országban bekövetkező akut megbetegedéssel összefüggésben szükséges kórházi ápolásra, a feltételekben megjelölt ápolási napot elérő ellátás esetén minden napra egy meghatározott összegű szolgáltatást.
- B. Betegségi okból bekövetkező kórházi ápolás során végzett műtetre: a kórházi ápolás során végzett műtétek körére egyösszegű – a műtétek súlyosság szerint tagolt csoportjaira eltérő összegű – szolgáltatást.
- C. Betegségekből eredő keresőképtelenségre: a keresőképtelenség esetére a feltételekben megjelölt keresőképtelenségi napot elérő betegállomány esetén minden napra egy meghatározott összegű szolgáltatást.
- D. Betegségekből eredő tb-rokkantságra: a biztosítók az illetékes orvosszaktörési grémium, majd a nyugdíjbiztosító által hozott, TB I-II fokozatú rokkantsági minősítést megítélő határozat esetén (27), gyakrabban a szerződésben megnevezett biztosítási szerződés díjmentesítését (díj nélküli fennmaradását, illetőleg díja megfizetésének biztosító általi átvállalását) vállalják, ritkábban egyösszegű szolgáltatást.
- E. Egyes súlyos betegségekre: a biztosító meghatározott súlyos betegségekre (pl. konkrétan megnevezett daganatos megbetegedésre, infarktusra, stroke-ra, veseelégtelenségre stb.) súlyos sérülésekre, vagy súlyos következményekre (pl. a hallás vagy látás elvesztése) egy meghatározott összegű kifizetést.

A szolgáltatások köre itt is lehet teljes körű, minden betegségre (28) kiterjedő, vagy (mint az egyes súlyos betegségeknél is) csak a betegségi kockázatok adott csoportjára korlátozódó. A biztosítók nagyobb szerepet vállalnának a közfinanszírozású feladatok ellátásában is, akár osztott finanszírozással akár kizárólagos finanszírozóként, de ugyanezen elv alapján vállalnák a kiegészítő funkciót, azaz azt, hogy csak akkor járjon közpreferencia a betegségbiztosítási szerződések díjra, ha a szolgáltatások is közvetlenül az egészségügyi ellátást helyettesítik vagy egészítik ki.

Szerzői megjegyzések, irodalomjegyzék

1. *A cikk műfajául önkényesen a „gondolatokat” választottam, ez illik ehhez a velleitációs világhoz és ez jelzi azt is, hogy ez egy egyszemélyes produktum, saját véleményemet tükrözi. Munkámat egyébként, természetesen másokkal munkamegosztásban végzem. A többes szám helyenkénti használata erre és a forrásoknál megjelölt egyes irományok alkotásában történő együttműködésekre utal.*
2. *A cikkben az „egészségbiztosítás” kifejezést – a Biztosítási Törvény alapján – e két körbe tartozó biztosítások együttes tárgyalása esetén használom. A biztosítási szakmában, illetve a sajtóban ugyan eléggé elterjedt az gyakorlat, hogy az egészségbiztosítás alatt magukat a betegségbiztosításokat értik, de a törvény ilyen értelmezést nem tartalmaz.*
3. *Később majd a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (PSZÁF) legfrissebb éves adataiból merítek, de itt 2009 adatait használom, mert a viszonyításul vett háztartási adatokból a 2009. évi adatok a legújabbak.*
4. *KSH STADAT: http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wdsd008a.html?187 (Utolsó letöltés: 2011. 09. 12.)*
5. *Hablicsek L. (2005): Összefoglaló tanulmány (HEFOP 2.1.10. Kutatási Program) Az elemzés tbk. arra az eredményre jut, hogy a fogyatékoság emelkedésének fő oka, a mozgássérültek és az egyéb fogyatékosággal bírók számának és arányának növekedése. Az egyéb fogyatékosági okokból fogyatékosok számának alakulása mögött csak részben vélelmezhető az orvosi és nem orvosi rehabilitáció fejlődése, a jelenségben új okok e körbe történő befogadása is szerepet játszhat.*
6. *Kornai J., McHale J.: Eltérnek-e a nemzetközileg szokásostól a posztoszocialista országok egészségügyi kiadásai? Közgazdasági Szemle, 2001*
7. *Péteri J.: Gondolatok a magánbiztosítás (biztosító, biztosító pénztár) lehetséges szerepeiről a rehabilitáció háztartási forrásainak megeremítésében (Adatok forrása: GKI Egészségügy-kutató Intézet kft. által megrendelt adatszolgáltatások a KSH 1999–2007 közötti Háztartási Költségvetési Felvételek, egészségügyi kiadásokra fordító háztartások és azok egészségügyi kiadásainak adataiból.) Diplomamunka. KRF, 2010*
8. *GfK Hungária – TÁRKI Egészséggazdasági Monitor: „A lakosság nem egészen fele (48 százalék) hisz a tudományos bizonyítékokon alapuló orvoslásban és gondolja azt, hogy a receptre felírt gyógyszerek mindig a leghatékonyabbak (44 százalék). Ugyanakkor a lakosság több mint egyharmada (38 százalék), ha csak*

- teheti, a természetes gyógymódokat választja, további egynegyede (24 százalék) pedig elsősorban alternatív gyógymódokat alkalmaz. Saját bevallása szerint a lakosság egyharmada (31 százalék) vett már igénybe különféle alternatív megoldásokat...".
- http://hvg.hu/egeszseg/20110921_egeszseg_koltes#rss
9. A kiadások tömege az egy főre jutó kiadás és a háztartások (háztartás-csoport) összlétszámának szorzata.
 10. http://www.jogtar.mtaki.hu/jogszabalyok/Roma_Jogtar_Pdf/KOMMENTAROK/A_Polgari_Torvenykonyvrol_szolo_1959.evi_IV._torvenyhez.pdf
 11. A cikk írása idején döntött úgy a kormánykoalíció, hogy a fekvő- és járóbeteg-ellátások intézményei állami kézbe kerülnek. Ebből még az is következhet, hogy ezek kikerülnek a társadalombiztosítási finanszírozásból, így a járulékot is csak a többi ellátási fázis intézményeinek, valamint a pénzügyi ellátások finanszírozására fogjuk fizetni. A cikk befejezése idején jelentették be viszont mind a munkavállalói, mind a munkáltatói egészségbiztosítási járulékok emelésének tervét.
 12. PSZAF. A magyar biztosítási piac nemzetközi összehasonlításban. www.pszaf.hu (Utolsó letöltés: 2011. 08. 15.)
 13. Bacher János (cégvezető, GfK): Mennyire öngondoskodóak a magyar háztartások? Konferencia előadás. 2011. 06. 15. http://www.napi.hu/files/konferencia/104/bacher_janos.pdf (Utolsó letöltés: 2011. 09. 10.)
 14. Inforádió (2011. 09. 15.): Felértékelődött a megtakarítások szerepe. <http://inforadio.hu/hir/gazdasag/hir-456708> 2011
 15. Hortobágyi Linda: A köz- és magánkiadások arányának és az önkéntes biztosítás részarányának az alakulása az OECD-országokban. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2011/4.
 16. Szokásos tárgyalási mód, hogy egy biztosítási témájú cikk először a gazdaság helyzetével foglalkozik. Ettől most eltekintek, és csak e lábjegyzetben említem meg: nemcsak a gazdaságnak a közfinanszírozás helyzetét is meghatározó forrástermelő képessége problematikus (de persze főként ez), hanem az is, hogy emiatt a politikusok és makrogazdászok széles köre az egészségügyet és az oktatást kezdi újból úgy kezelni, mint másodrendű, „nem termelő” ágazatot.
 17. „Igazodva” a forrásteremtés és az állami szerepvállalás meg-megújuló válságaihoz.
 18. Szinapszis: „Romlik a lakosság és a szakorvosok véleménye az egészségügyről” http://www.szinapszis.hu/kutatasi_eredmenyek/16 (Letöltés: 2011. 08. 12.)
 19. Helyi próbálkozások már vannak.
 20. Ezek azok az életbiztosítások, amelyekhez a más személy-biztosítási (baleset és betegségi) kockázatok kezelése jól illeszthető. Az információ „A Tanácsadó” pénzügyi magazin most megjelent (2011/3.) számából származik.
 21. A ma működő hazai életbiztosítók többsége a társaság alapításakor még egy szervezetben (kompozit biztosítóként) művelhette és művelheti ezért ma is, az élet és a nem-élet ágba tartozó biztosításokat.
 22. Azért legalább, mert nem tudjuk, hogy mindebből mennyi a csoportos biztosítások/szerződések száma, s azokban mennyi biztosított került megnevezésre.
 23. De nem azok, mert nem tudni mekkora számban, 16 évnél fiatalabbak is előfordulnak e szerződésekben (pl. a családi balesetbiztosításokban).
 24. Forrás. KSH STADAT; <http://portal.ksh.hu/> (Letöltés ideje: 2011. 09. 12.)
 25. Rékassy Balázs: Magán és kiegészítő egészségbiztosítások lehetőségei Magyarországon. ESKI, 2006
 26. Ezeket a GKI EKI-nél dolgozó, valamint különböző egyetemeken oktató kollégáinkkal, hallgatóinkkal azonosítottuk be, mint a magánfinanszírozást ma leginkább igénylő és magánbiztosítással is kezelhető kockázatokat. (A tematika nem teljes körű, és végképp nem jelenti azt, hogy nincs más téma vagy hogy más megközelítés nem jöhet szóba.)
 27. III. fokozatra nem adnak szolgáltatást, a visszaélések magas száma miatt. Rehabilitációs járadékra nem alakult még ki szolgáltatás, igaz van olyan társaság, amely eleve az egészségkárosodás foka szerint nyújt szolgáltatást, függetlenül az állami ellátástól.
 28. Persze a feltételek szokásosan (a fejlettebb biztosítási piacokon megszokott) bizonyos betegségeket kizárnak a védelemből.

A szerző szociológus, GKI Egészségügy-kutató Intézet Kft. vezető tanácsadója, az ELTE Egészségpolitika és Egészség-gazdaságtan Tanszék külső óraadója.

Egészségpénztár folyamatos fejlődésben

Studniczky Ferencsel, az OTP Országos Egészségpénztár ügyvezető igazgatójával arról beszélgettünk, hogy hová jutott el egy évtized alatt az egészségpénztári rendszer és milyen fejlődési irányok állnak előtte. Az interjúból kiderül, milyen kedvezményekkel igyekeznek a tagságot bővíteni, továbbá a már kártyatulajdonosok körében hogyan változtatható a kívánatos arányban a gyógyszerekre, illetve a betegségek megelőzésére – szűrésekre, sportolásra, gyógyfürdők igénybevételére – költött megtakarítás.

■ Bene Zsolt

– Igazgató úr, milyen előzményeket követően vállalta el az OTP Egészségpénztár vezetését? Volt-e korábban megbízatása az egészségügyi ágazatban?

– Életem jelentős részét nem az egészségügyben, hanem a sportközigazgatásban töltöttem el. Sokféle pozíciót betöltöttem, még helyettes államtitkár is voltam. Tizenegy évvel ezelőtt, amikor szóba került, hogy az OTP valamilyen módon az egészségügyben is megjelenjen, akkor indult el egy belső projekt munka, amelynek a vezetője lettem. Talán nevezhetem magam topmenedzsernek, aki felkészült mindenféle területen, leginkább – amit a jogszabály is rögzít – a közigazgatási gyakorlatban. Így kerültem tehát az OTP-hez. Tizenegy évvel ezelőtt óriási elánnal és hatalmas lelkesedéssel kezdtem a munkának és élveztem azon feladatokat, amelyeket meg kellett oldanom. Úgy gondolom, a számok magukért beszélnek: a nulláról elindulva a 22 alapító tagtól elérkeztünk a jelenlegi 165 496-os taglétszámhoz, az alábbi oszlopdigrammok (1., 2., 3. ábra) jól szemléltetik az eddig megtett út eredményességét a létszám, a vagyon és a tagdíj jellegű bevételek és szolgáltatásokra történő felhasználás terén.

– Orvos gyökerekkel rendelkezik-e vagy inkább a sporthoz való viszony volt a meghatározó?

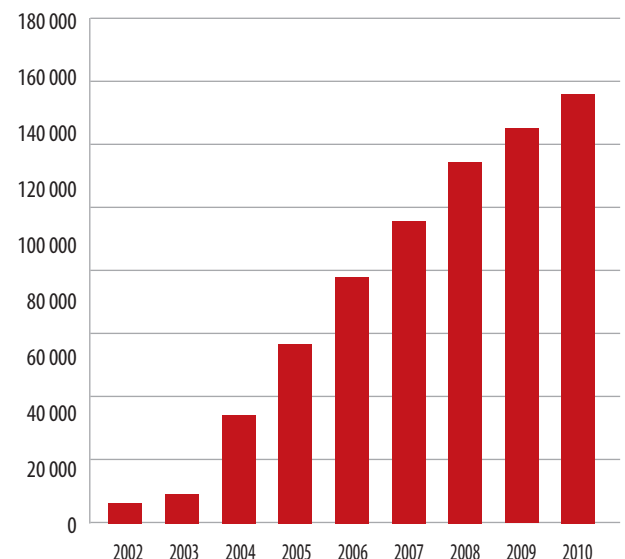
– Orvos nem volt a családban, nincsenek ilyen kapcsolódási pontjaim. A sport viszont mindenképpen kapcsolható a pályám korábbi szakaszához is. A közigazgatásban dolgozva is sokszor gondolkodtam azon, hogy vajon a sport mint prevenciós tevékenység hova is sorolható. Ha visszaemlékszünk rá, a sport irányítása annak idején a Belügyminisztériumhoz tartozott, később aztán hol ide, hol oda került.

– Kereszte a helyét.

– Igen, és talán még ma is keresi. Most éppen az új „mamut minisztérium”, a Nemzeti Erőforrás Minisztérium része külön államtitkárság szintjén, így ugyan közelebb került az egészségügyhöz, de legjobb helye mégiscsak az egészségügybe integráltan lenne – Európában számos példa van erre. Úgy

gondolom, nagyon fontos – és valószínűleg az én kiválasztásomban is közrejátszott –, hogy az egészségpénztár fő filozófiája a prevenció, az öngondoskodás. Ha belegondolunk, saját magunk döntünk arról, hogy futunk egy jót, vagy elmegyünk focizni. Az önkéntesség tehát kiemelkedően fontos eleme az egészségmegőrzésnek. Amennyiben mindezt a biztosítással összefüggésbe hozzuk, akkor – ahogyan az a fejlettebb országokban megfigyelhető – a biztosítottak érdekében áll, hogy különböző hasznos tevékenységeket végezzen a saját egészségének megóvása érdekében, mert ezáltal extra bónuszokat, pontokat szerezhethet meg. Persze az egészségpénztár nem biztosító: nincs kockázatközösség, a befizetéseket a tagok egyéni számláin vezetjük. Mindenki saját maga dönti el, hogy azt mire használja fel. Természetesen mi ezt szeretnénk ösztönözni. Ennek érdekében nagyon

1. ábra. Pénztár taglétszáma (fő).



sok új dolgot találunk ki, és megpróbáljuk a pénztártagoknak elmondani, hogy igenis érdemes a saját egészségükbe befektetni.

– Az egyik konkurens pénztár kutatást is végeztetett ezzel kapcsolatban, amely szerint egészségpénztári tagok kevesebb táp-pénzes napot töltenek el, vagyis jobban odafigyelnek az egészségükre.

– Igen. Másképpen fogalmazva: ezzel láthatóvá-mérhetővé vált az egészségbe fektetett pénz eredménye. Nem szabad elfelejteni az egészségpénztári tagság egy másik fontos mozgatórugóját sem, vagyis azt, hogy bizonyos adókedvezményeket élvez. Mindezekon felül a pénztártagjaink számára 7-8% közötti árkedvezményt tudunk elérni a szolgáltatóknál. Mivel a levonás 8%, azt mondjuk, hogy ezáltal lényegében a pénztártagok a befizetett pénzük 100%-kát fel tudják használni. A pénztár tulajdonképpen egy híd a pénztártag, a munkáltató és a szolgáltató között. Igyekszünk a három felet összehozni, és minél szélesebb palettán kínálni a szolgáltatásokat. Nálunk nyolcezeren felül van a szolgáltatók száma, akik több mint tízezer szolgáltatást nyújtanak – hiszen egy szolgáltató többféle-t is kínál. Több mint 5000 terminállal rendelkező elfogadóhelyünk van.

– Tagjaik egészségpénztári kártyát kapnak.

– Az egészségpénztári kártya bevezetésében a pénztárak, köztük mi is, élen jártunk. Jelenleg Magyarországon talán ez az egyik legfejlettebb ilyen jellegű kártya, ahol a szolgáltatás lebonyolítása minimális készpénzforgalommal, legnagyobb-részt kártyaforgalommal bonyolódik. A másik vívmányunk – amit négy pénztárral közösen hoztunk létre – az elektronikus számlázási rendszer kialakítása és működtetése a gyógyszer-tárak és a pénztárak között. Ennek lényege, hogy nincs semmiféle papíralapú számlaforgalom, számla beküldéssel postaköltség, minimális a feldolgozási költség, minden információáramlás elektronikusan történik, és ez sokkal előnyösebb a pénztártag, valamint a szolgáltató számára is. Hiszen egyszerűen lehúzza a gyógyszer-tárban a kártyáját, elviszi az árut, és a többi elektronikus úton zajlik a feladóléptől egészen a könyvelésig. Ez a rendszer a pénztáron belül is nagyon sokat segített az adminisztráción, eleve kizárja azt a lehetőséget, hogy a tag a kártyájával a pénztárban el nem számolható terméket vásároljon meg.

– Hogyan igyeksenek elősegíteni az öngondoskodást?

– Azzal, hogy különböző akcióprogramokat találunk ki. Egyrészt – ahogyan már említettem – nálunk folyamatos árkedvezmény van. Kimondottan célunk, hogy csak olyan szolgáltatókkal szerződünk, akik az árkedvezményt is biztosítani tudják. A másik fontos dolog, hogy olyan aktivitásokat szervezünk, amelyekről úgy gondoljuk, hogy hasznos a pénztártagok számára. Ilyen volt például tavalyelőtt „Az egészséges munkahely” programunk, amelyben a szűrővizsgálatokat a munkahelyekhez vittük. Természetesen ezek egyszerűbb szűrővizsgálatok voltak, amelyek nem igényeltek kórházi háttérrel. Például a csonttritkulás szűrése nagyon hatásosan működött az említett programban. Tavaly a „Gyógyvizek Éve” címmel hirdettük meg a programunkat, amelyben a gyógyvizek többféle felhasználási módját (ivókúra, fürdőkúra) emeltük ki. A program sikere megmutatkozott a forgalom is: a kiértékelés után kiderült, hogy több mint 15%-kal

többet vették igénybe (számban és pénzösszegben is) ezen szolgáltatásokat.

– Világosan látszanak a különböző területek – sport, prevenció, egészségturizmus, egészséges életmód – közötti kapcsolódási pontok.



PÁLYAKÉP

Születési év: 1953. december 9.

Képzettsége:

1999: Magyar Közigazgatási Intézet

Közigazgatási szakvizsga

1993–1995: Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem

Szakközgazdász Kar, vállalkozó-menedzser diploma

1994: York University (Toronto) Kanada

Faculty of Administrative Studies (ösztöndíj)

1981–1985: Testnevelési Egyetem

Sportszervező szak, sportszervező diploma

1973–1976: Kandó Kálmán Villamosipari Műszaki Főiskola

Gép és készülék szak, üzem-mérnöki diploma

Munkahelyei:

2002– OTP Országos Egység-pénztár, ügyvezető igazgató

2001– OTP Bank Rt., egészség-pénztári projektvezető

2001– Stadion Invest Rt., projektigazgató

2000– Hungaroring Sport Rt., elnök-vezérigazgató

1999–2000 Ifjúsági és Sportminisztérium, miniszteri tanácsadó

1998–1999 Országos Testnevelési és Sport-hivatal,

megbízott elnök

1997–1998 Országos Testnevelési és Sport-hivatal, elnökhelyettes

1992–1997 Népstadion és Intézményei Budapest Sportcsarnok,

igazgató

1991–1992 Surprise Kft., marketingigazgató

1980–1991 A Magyar Jég-sport, majd a Magyar Jégkorong

Szövetség főtítkára

1976–1980 Villamosenergiaipari Kutató Intézet,

üzem-mérnök, osztályvezető-helyettes

Társadalmi szervezeteknél betöltött szerepei:

1980–2010 Magyar Olimpiai Bizottság tagja

2003–2010 Magyar Jégkorong Szövetség elnöke

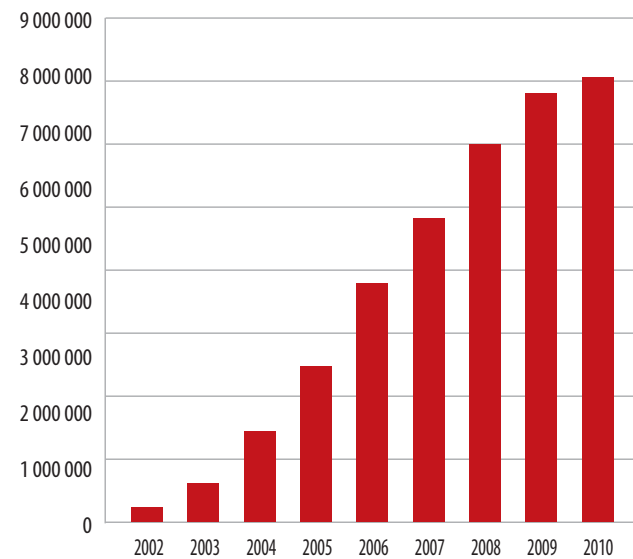
1989–2010 Magyar Curling Szövetség főtítkára, majd elnöke

1992– Világjátékok Alapítvány kuratóriumi tag

2000–2004 Magyar Vitorlás Szövetség alelnöke

Angol nyelvismerettel rendelkezik.

2. ábra. Pénztár vagyona (Mft).



– Igen, pontosan így van – ezeket a szinergiákat kell kihasználni. Visszatérve az előbb említett aktivitásokra, idén a „Szűrővizsgálatok Éve” címmel hirdettük meg a programot, amelyben számos szűrővizsgálat szerepelt. Konkrétan nem emeltünk ki egy bizonyos szűrővizsgálatot, hanem inkább azt hangsúlyoztuk, hogy minél többen menjenek el arra a szűrővizsgálatra, amelyik számukra a legfontosabb. A honlapunkon is folyamatosan hirdetjük, ajánljuk, hogy éljenek a szűrési lehetőségekkel.

– Ha a pénztártag igazoltan részt vesz egy szűrővizsgálaton, akkor érvényesíthet bármilyen előnyt?

– Nálunk nem működik olyan bónuszrendszer, mint a biztosítóknál. Pénztártagunk egyfelől – amennyiben a szűrés prevenciós szolgáltatásnak minősül – 10%-os mértékű adókedvezményt érvényesíthet, másfelől közvetlenül a szolgáltatónál részesül árkedvezményben. Ha valaki bemegy az utcáról, biztosan nem kapja meg a kedvezményes árat. Mivel mi „nagyfogyasztók” vagyunk, kedvezőbb árakat könnyebben

elérjük. Ugyanakkor határozottan mérhető hatása is van; látható, hogy például a szolgáltatások terén nőtt az egészségügyi felhasználások száma, az alábbi kördiagram (4. ábra) mutatja a pénztárunk által finanszírozott szolgáltatások jelenlegi megoszlását.

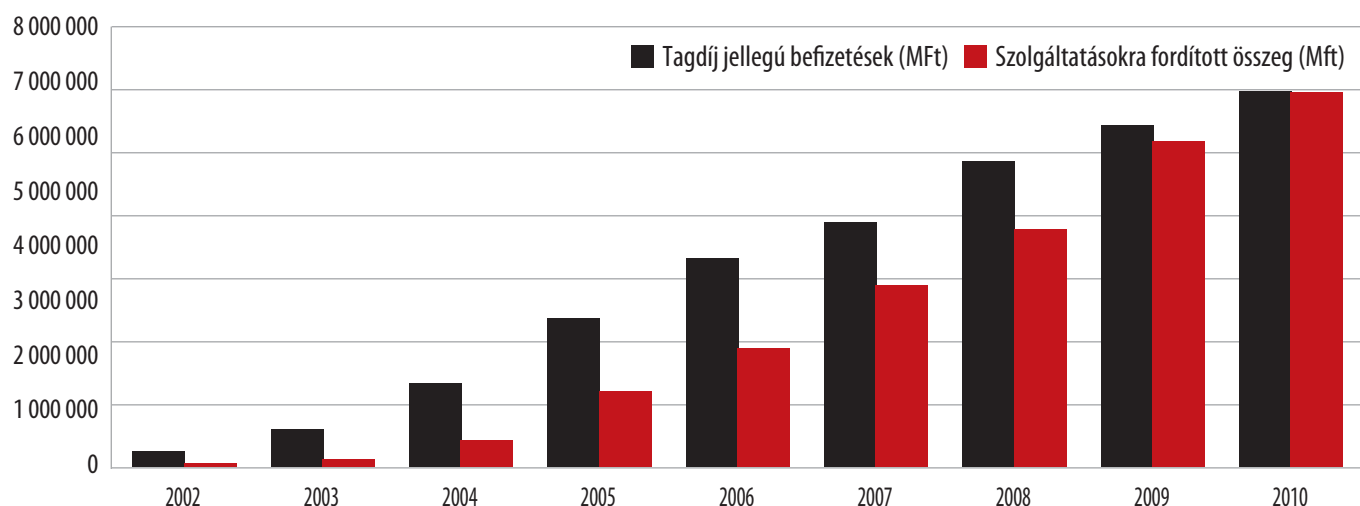
– Említette, hogy a pénztártagok ma leginkább arra kényszerülnek, hogy gyógyszervásárlásra vegyék igénybe a kártyát, pedig mennyivel szerencsésebb lenne, ha helyett a prevencióra költenék azt. Tehát nem utána mennének a betegségnek, hanem inkább megelőznék azokat.

– Pontosan erre irányulnak a különböző kommunikációs fórumaink. Ezeken az akciókon próbáljuk elérni, hogy minél többen a megelőzés felé, és ne a gyógyszerfelhasználás irányába mozduljanak el. A grafikonok számaiból egyébként az is jól látszik, hogy ezen a területen is jó irányba haladunk. Persze az arány még korántsem kedvező, hiszen nálunk még mindig 57%-os a gyógyszerek és 20%-os a gyógyászati segédeszközök vásárlásának aránya. Tehát még elég sok tennivalónk van. Fontosnak tartom, hogy a tevékenységünk minél jobban kapcsolódjon a kórházak, rendelőintézetek munkájához, mert úgy vélem, hogy az egészségügyben nekünk igenis van helyünk, megtartva a prevenció területén elért eredményeket. Számunkra ez kihívás, az intézmények részéről pedig – úgy gondolom – kíváncsi dolog, hiszen mi fizetős betegeket tudunk oda szervezni. Ugyanakkor a magam részéről sajnálom, hogy a sportolás, ez az alapvető prevenciós tevékenység – mióta a sporteszközöket nem lehet adómentesen elszámolni – visszaszorulóban van. Akad hát itt is tennivalónk, és nagyon remélem, hogy a sportolás finanszírozása a jövőben is a pénztári tevékenység része maradhat.

– Léteznek olyan sportágak, amelyeket veszélyességük miatt nem vehet igénybe kártyájával a pénztári tag?

– Igen, alapszabályunk előírásai alapján közzéteszünk egy listát arról, hogy mely sportágakat lehet elszámolni. Ezen nem szerepelnek a veszélyes sportágak, mint például az ejtőernyőzés, autóversenyzés és egyéb magas kockázatú sportok. Ösztönözzük a tagjainkat arra, hogy a pénztári számlájuk terhére sportoljanak. Évekkel ezelőtt még a

3. ábra.



sporteszközöket is el lehetett számolni adómentesen, sokan például kerékpárt vásároltak. Nem lehet tudni, hogy hány tag vásárolta közlekedési céllal és hány sportolási céllal, de bármilyen okból is biciklizik valaki, az mindenképpen az egészséget szolgálja.

– Milyen fórumokon szólítják meg a lakosságot?

– Minden olyan eszközt igyekszünk felhasználni, ami segít abban, hogy minél többen csatlakozzanak pénztárunkhoz, honlapunkon (www.otpegeszsegpenztar.hu) kívül tagjaink részére rendszeresen küldünk elektronikus hírlevelet, amelyben részletes tájékoztatást adunk tagságot érintő kérdésekről. Idén elindítottuk a Facebookon való megjelenést, megcélózva a fiatalabb korosztályt is. Egyfelől az a célunk, hogy minél több tagot gyűjtsünk, másfelől azonban azt szeretnénk, hogy a jelenlegi több mint százhatvanezer tag számára a legmegfelelőbb, a legjobb minőségű szolgáltatásokat nyújtó egészségpénztári szolgáltatók váljanak elérhetővé.

– Milyennek képzeled el a jövőt?

– Azt szeretnénk, hogy a jövőben még nagyobb szerepet vállalhassunk az egészségügyben, a prevenciós terület megtartása mellett. Néhány, az OEP által nem finanszírozott ellátást már most is finanszírozunk, például VIP-szoba, VIP-ellátás, fogászat stb. Ezen az úton szeretnénk továbbmenni, számos fejlődési irány kínálkozik előttünk, ezek egyike az elismert pénztárrá válás. Az elismert pénztár státusz azt jelentené számunkra, hogy közfeladatokat is elláthatnánk. Ez egyelőre még nyitott, de nagyon fontos kérdés.

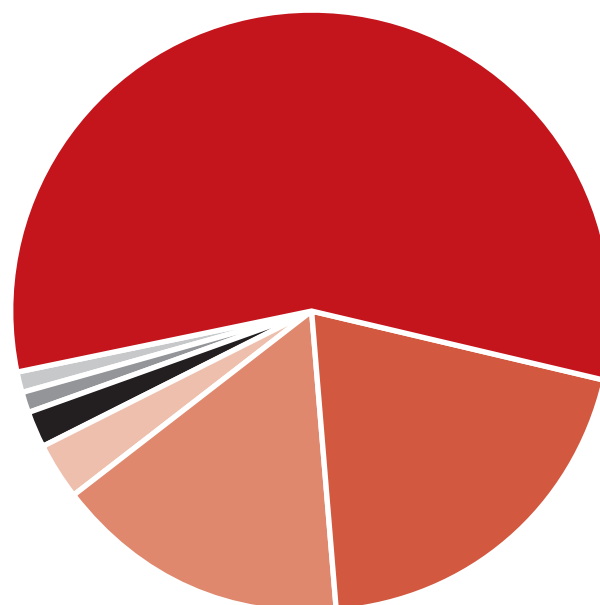
– Önöknek könnyebb lenne a dolguk, ha a jogalkotó pontosan meghatározná az egészségbiztosítás által finanszírozott szolgáltatáscsomagot, hiszen abban a pillanatban tételesen fel tudnák kínálni a pénztártagnak, amit az állam által finanszírozott alapszolgáltatáson felül igénybe vehetnek.

– Másfél-két hónapja, egy tájékoztatón elhangzott, hogy a pécsi Janus Pannonius Tudományegyetem kórházi ellátásának bizonyos szolgáltatásai fizetőssé válnak. Ezt követően egyeztetünk az egyetem vezetésével, közösen próbáljuk a jövőbeni együttműködés feltételrendszerét kialakítani, vagyis, azon kórházi szolgáltatások esetében, amelyeket már nem finanszíroz az OEP, ott lehetnek az egészségpénztárak, mint új finanszírozási lehetőség. Úgy gondolom, hogy az államilag finanszírozott egészségügyből „szép csendesen” nagyon sok ellátás kikerülhet. A fogászati kezeléseket helyettesítik már évek óta tisztázott, hasonlóan alakulhat más területeken is az ellátások szétválasztása pénzügyi szempontból. Most már akár a képzőképző diagnosztikáról és a várólistákról is beszélhetnénk.

– Kérdés, hogy a beteg számára a várólista kikerülése legálisan megfizethető legyen-e, vagy ez inkább nem kívánatos. A „pénzért előzés” hívei úgy vélik, azzal nemcsak a konkrét beteg, hanem a többi sorban álló is jól jár, hiszen ezáltal ők is előrébb kerülnek.

– A jogalkotó feladata és felelőssége annak eldöntése, hogy biztosítja ezt a lehetőséget. A pénztártag egyéni számlájáról is tudja finanszírozni a szolgáltatást, sőt a pénztáraknak lehetőségük van az egészségügyi intézménnyel szerződést kötve kedvezmények elérésére. Így lehetne rendezni a várólista kérdését is.

4. ábra.



- Gyógyszervásárlás 57%
- Gyógyászati segédeszköz vásárlás 20%
- Egészségügyi szolgáltatások 16%
- Sporttevékenység 3%
- Sporteszközvásárlás 2%
- Gyógy- és egészségügyi üdülés 1%
- Egyéb szolgáltatások 1%

– Van-e olyan dolog az egészségpénztárak működésének jogi szabályozásában, amely elkeserítette?

– Szomorú akkor voltam, amikor rövid időszakon belül többször is történt törvényi változtatás, különösen kedvezőtlen volt a szolgáltatási kör részbeni adókötelessé minősítése. Úgy gondolom, hogy ez a rendszer tíz év alatt már kiforrtta magát. Szerencsére az utóbbi két-három év úgy telt el, hogy nem módosítottak a szabályozáson, azonban az ország gazdasági állapota, illetve a körülöttünk, más szférákban zajló események óhatatlanul bennünket is érintenek. Például ki tudja, hogy a Széchenyi Pihenőkártya megjelenése mennyire fogja befolyásolni a mi gyógyüdülési finanszírozási lehetőségeinket? Alapjában azért inkább büszke vagyok, hogy ez a rendszer, amely össz volumenében közel 970 ezer pénztártagot számlál, jól működik. Úgy gondolom, hogy az önkéntes egészségpénztári tagok többsége öngondoskodó és egészségtudatos ember.

– Volt-e érzékelhető piaci mozgás a magánnyugdíj-pénztári reálhozamok kifizetése kapcsán?

– Nem éreztünk jelentős változást. Szerencsére a korábbihoz hasonló dinamizmussal fejlődik a pénztárunk a tagbelépés, a befizetések összege tekintetében. Így azt mondhatom, hogy ezen a nehézségen is túl vagyunk. Ha most nem változtatnak lényegesen a rendszeren – hiszen nemsokára, október-november hónap során az adótörvényeket és a költségvetést tárgyalja az Országgyűlés –, akkor úgy vélem, hogy a fejlődés folytatódik majd.

Ne csak a szex legyen biztonságos!

Avagy merünk még a szakmai felelősségbiztosításról beszélni?

Félve kezdek megint a szakmai felelősségbiztosításról írni, mivel az elmúlt évtizedben már szinte mindent leírtunk. A baj az, hogy tíz év telt el, és csak leírtuk, javasoltuk, hogy miként kellene átalakítani, működtetni az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítását, hogy az ne egy szükséges rossz legyen – de érdemi lépés ezen a területen jogalkotók részéről nem történt. Nem vitás, az utóbbi években néhány biztosító a veszélytelen szakterületeken, illetve dominánsan a járóbeteg-ellátásban megemelte az eseti limit összegét ötmillióról tízmillióra, volt néhány egyedi formában kötött biztosítás még ennél magasabb limittel is, illetve a határon átnyúló biztosítási szolgáltatásokat kihasználva néhány külföldről működtetett hazai egészségügyi szolgáltató kötött jelentősen magasabb limittel bíró biztosítást az anyacégének országában. Ezek egyedi jelenségek, amelyek csak azt mutatják, hogy lehetne változtatni, mert lásd a biztosítási oldalon hajlandóak bevállalni a magyarországi jelenlegi helyzetenél sokkal kedvezőbb szolgáltatói feltételeket, de a tény az, hogy az egészségügyi szolgáltatók domináns többsége egy ellenük kártérítés iránt indított perben nagy-részében saját maguk fizetik a kártérítést, és érdemi segítséget a biztosítójától sem anyagi, sem jogi, sem szakértői területen nem kapnak. Közhely, de tény, hogy a remény hal meg utoljára, így néhány gondolatot most megint megpróbálok összegyűjteni, miért most és miként lehetséges, indokolt, sőt bizonyos okokból szükséges a biztosítás átalakítása.

■ **Dr. Simon Tamás**

Miért most lehet az utolsó lökés?

Lehetséges, hogy a korábbi biztosításváltoztatási javaslatok azért véreztek el, mert csak az egészségügy anyagi problémájaként kezelték őket. Jelenleg az uniós előírások, a tágabb jogszabályi háttér és az egészségügy anyagi és működtetési problémái együtt jelentkeznek, így egy komplexebb környezet kényszerítheti ki a változtatást.

Az uniós segítsége

Idén februárban elfogadták a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatásról szóló irányelvet, ami 2013-ban lép hatályba. Az irányelv nagy hangsúlyt fektet az egészségügyi szolgáltatások biztonságára, illetve a szolgáltatásokkal kapcsolatos egységes panasz eljárásokra. Ezek között az előírások között szerepel, hogy minden országnak a kockázattal arányos felelősségbiztosítást kell működtetnie. Ismerve a magyarországi kártérítési összegekkel kapcsolatos bírói gyakorlatot kérdés, hogy egy 5 vagy 10 milliós limittel bíró, érdemi egészségügyi szolgáltatási részt pl. a tájékoztatási hiányosságért történő biztosítási helytállást kizáró felelősségbiztosítás arányos a kockázattal? A válasz egyértelműen

nem. Magától ez a biztosítás nem fog megváltozni, hiszen húsz éve működik és a bevezetőben jelzett minimális elmozduláson kívül érdemi módosulásra nem került sor, egyértelmű, hogy ezen a területen a piac nem szabályozza hatékonyan önmagát, illetve biztosan nem szabályozza oly módon, hogy az egészségügyi szolgáltatóknak, szolgáltatást igénybe vevőknek kedvező legyen. Az említett irányelv előírásainak megfelelő biztosítási háttér csak úgy valósítható meg érdemben, különösen, hogy ez a lehetőség talán az egyetlen, ami még kipróbálásra nem került, hogy a jogalkotó meghatározza a szakmai felelősségbiztosítás minimumfeltételeit és ennek megfelelő biztosítás működtethető csak.

Jön az állam?

A fővárosi kórházaknál nagy valószínűséggel megvalósul az állami tulajdonba vétel, és nem kizárt ez mások által működtetett egészségügyi szolgáltatóknál sem. Nyilvánvalóan a szolgáltatók ellen kártérítés iránt indult eljárások többsége, különösen a magasabb összegű kártérítési igények ezek ellen indulnak. Korábban többször került arra sor, hogy a kártérítési marasztalási összeget, mivel az olyan magas volt, nem a szolgáltató, hanem a fenntartó önkormányzat fizette részben vagy egészben. Az

önkormányzatnak nem volt kezében olyan jogalkotási eszköz, amivel a saját szerepét pótolhatta volna, amivel érdemben módosíthatta volna a felelősségbiztosítás feltételeit. Kérdés, hogy az állam a kártérítés iránti perekben hasonló kifizetési feladatokat akar-e ellátni. A válasz reményeim szerint nem, hiszen van ennél hatékonyabb megoldás számos országban: a szakmai felelősségbiztosítás. Ahhoz viszont, hogy az jól működjön, szükséges a már említett minimumfeltételek meghatározása, az államnak viszont kezében vannak azok a jogalkotási lehetőségek, amelyek ezt meg is valósíthatják.

Nemzeti Betegjogi és Dokumentációs Központ

Várhatóan 2012 januárjától működik majd az alcímben megjelölt intézmény. Ennek feladatai közé sorolja a jogalkotási terv az egészségügyi szolgáltatók elleni kártérítési perekben a védekezéssel kapcsolatos elvek kidolgozását. Tervben van tehát az egészségügyi szolgáltatók védekezésének megerősítése, de nincs szükség egy újonnan létrehozandó intézményt ilyen nagy feladattal terhelni a betegjogok széleskörű irányítása mellett, hiszen van olyan működési forma, a szakmai felelősségbiztosító, aminek ez is a feladata. A felelősségbiztosítás keveredik egy jogvédelmi biztosítási funkcióval is, a biztosító nemcsak pénztár, hanem érdemben segíti jogi és szakértői munkával a szolgáltatót a pernyerésben, ha a biztosítás hatékonyan működik. Ez sajnálatosan nem így van ma Magyarországon, de ha tervben van ennek megvalósítása, akkor azt létre kell hozni, de nem egy új intézménynél, amelyik az egyes perekbe nem is tud bekapcsolódni, hanem a biztosítási feltételek minimumfeltételekről szóló rendeletben rögzített érdemi módosulásával, amikor egy biztosító érdekelt lesz abban, hogy mekkora kártérítési összeget fizet ki, amikor megtakaríthat a hatékonyabb védekezéssel, magától változni fog a jogvédelmi tevékenysége is. A központ közvetíthetne a jogalkotó és a biztosítók, illetve az egészségügyi szolgáltatók között a minimumfeltételekről szóló rendelet megalkotásánál, de ezt követően hagyni kellene ezt a területet működtetni, az arra szakosodott szakmai felelősségbiztosítóknak.

Magas kártérítések

Az egészségkárosodást szenvedettek kártérítései, különösen az elhúzó eljárások miatti kamatoknak, a több felperes számos különféle vagyoni kártérítési igényének és a nem vagyoni kártérítés összegénél egyre bátrabb bírói gyakorlatnak köszönhetően jelentősen emelkednek. Napjainkban több olyan per is volt, ahol százmillió forint felett fizetett az egészségügyi szolgáltató (a biztosító ötmillió forintot adott a szerződése alapján). Van folyamatban olyan per, ahol az igazolt vagyoni kártérítési igény majdnem meghaladja a négyszázmillió forintot és a havi járadék igénye a felperesnek a rendkívül magas igazolt kiesett jövedelme miatt 7 500 000 Ft.

A haláleset miatti kártérítési összegek még alacsonyabbak, de szinte biztos, hogy az elkövetkező években itt egy jelentős emelkedés várható, hiszen az emberi élet értékét nem lehet a közép-kategóriájú személygépkocsik árával azonosítani.

A kártérítések csökkenni sohasem fognak, hiszen az ár- és értékviszonyokhoz igazodnak, amelyek biztosítják az emelkedést, az európai hatás még nem is jelent meg összehasonlító szerepben, ami szintén emeli majd az összegeket.

Ilyen feltételek mellett a biztosítások tulajdonképpen megfordultak és a biztosítók fizetik a szolgáltatói önrészt, míg a fenn-

maradó domináns rész kizárólag a szolgáltatókat terheli. Ezen a helyzeten is csak az változtathat, ha a felelősségbiztosítás ténylegesen felelősségbiztosítás lesz, ami viszont csak a már említett minimumfeltételekről szóló rendelettel kényszeríthető ki.

Új Polgári Törvénykönyv

Nagy valószínűséggel az új Polgári Törvénykönyvben is szerepelni fog a korábbiak szerinti sérelemdíj intézménye, ami szerint a jogsértés tényén kívül mást nem kell igazolnia majd a károsultnak, és annak összege igazodik majd a felróhatóság mértékéhez, a sértettre gyakorolt hatásához, a jogsértés súlyához. Lehetőség lesz tehát arra, hogy a kártérítésnek nemcsak a jelenlegi reparáló, hanem a szankcionáló formája is megjelenjen, kicsi károsodásért is lehet majd magas kártérítést kapni, ha annak hatása a sértettre komoly volt. Ez a kártérítési összegek emelkedését eredményezheti.

A jelenleg hatályos Egészségügyi törvény alapján az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos kártérítési felelősségre a szerződéssel okozott károkért való felelősség szabályait kell alkalmazni. Az új Polgári Törvénykönyv lehetséges, hogy ezekben az esetekben a felelősséget szélesíti, és az egészségügyi szolgáltatónak nem lesz elég azt igazolni, hogy úgy járt el, ahogy az adott helyzetben általában elvárható, helyette majd azt kell bizonyítania, hogy a károsodást az ellenőrzési körön kívül eső ok miatt következett be. Szélesedik a szakmai felelősség alapja, ami még több marasztalást eredményezhet.

A korábbi tervezet nem zárta ki és valószínűleg az új sem veti el, hogy ahol kötelező a szakmai felelősségbiztosítás, és az egészségügy ilyen, ott közvetlenül perelni lehet a biztosítót, mint jelenleg is történik a kötelező gépjármű felelősségbiztosításnál. Ennek csak akkor lenne értelme az egészségügy területén, ha ez nemcsak egy formai, hanem tartalmi menekülése is lenne az egészségügyi szolgáltatóknak, ez viszont csak akkor valósulhat meg, ha a biztosítók helytállási kötelezettsége érdemben változik. A jogszabály teremthet tehát olyan környezetet, ami több területen is ronthatja az egészségügyi szolgáltatók helyzetét a kártérítés iránt indított eljárásokban, amivel kapcsolatban magukra lehet hagyni a szolgáltatókat, de sokkal szerencsésebb, ha segítséget kapnak, ami viszont megint csak a már említett minimumfeltételekről szóló rendelet lenne a hatékony felelősségbiztosítás érdekében.

Új Munka Törvénykönyve

A törvény tervezete szerint a munkavállalóra az általa okozott teljes kár áthárítható, megszűnne a korábbi korlátozás, ami gondatlan károkozás esetén az egyhavi átlagkereset ötven százalékától maximum hat havi átlagkeresetig tette ezt lehetővé. Ez az egészségügyben – ahol a károkozások szinte mindig gondatlanok – jelentős módosulást eredményezhetne. A beteg természetesen az egészségügyi szolgáltató ellen indítaná a kártérítés iránt az eljárást, mivel a szolgáltató a munkavállalóiért, közalkalmazottjaiért helyt kell hogy álljon. Abban az esetben, ha a szolgáltatót elmarasztalják, a kifizetett kártérítést ezt követően a szolgáltató nemcsak a közreműködőkre, szabadfoglalkozású vagy önkéntes jogviszonyban lévőkre háríthatja át teljes mértékben, hanem a munkavállalóra, illetve közalkalmazottakra is. Abban az esetben, ha ez a módosítás megtörténik, az alábbi megoldások lehetségesek, amihez különösen az elsőben nagy szerepe lenne a szakmai felelősségbiztosításnak:

– Munkavállalói felelősségbiztosítás, ami azt jelentené, hogy a szolgáltató mellett a dolgozók is felelősségbiztosítást kötnék

- és az egymás közötti elszámolásnál ez segíti a munkavállalót.
- Munkaszerződésben előre ki lehetne kötni, hogy meghatározott összeghatár felett a munkáltató nem hárítja át a kárt a munkavállalóra, ami a betegnek nem hátrányos, hiszen a kártérítést a szolgáltató munkáltatótól kapja. Ilyen szerződések elvileg köthetők a hatályos jog szerint szolgáltatók és a szabadfoglalkozású jogviszonyba lépők között.
 - A tervezet szerint nem kell megtéríteni azt a kárt, aminek bekövetkezése a károkozás idején nem volt előre látható. A munkaszerződésben a felek előre rögzíthetik, hogy milyen típusú károkat tekintenek ilyennek. Így az ilyen károkat nem háríthatja át a munkáltató.
 - Az érintett munkavállalók a munkáltató szolgáltató és a beteg közötti kártérítési eljárásban beavatkozóként vesznek részt, ami azt jelenti, hogy nem csak egyszeri tanúk, hanem végig érdemben közreműködnek az eljárásban, segítik a szolgáltatót nyerni.
 - A munkáltató és a munkavállaló közötti áthárítás nem automatikus, a tervezet szerint nem kellene megtéríteni a munkavállalónak, ami a munkáltató vétkes magatartása okozott, vagy ha a munkáltató a kárenyhítési kötelezettségének nem tett eleget. Ide tartoznának, ha a munkáltató nem dolgoz ki megfelelő tájékoztató nyomtatványt, rossz a dokumentációs rendszere vagy nem látja el elégséges utasítással a dolgozót.

Merünk-e szaltózni?

A fenti háttér megteremtette a gumiasztalt, kérdés, hogy merünk-e azon ugrálni, esetleg szaltózni. A nyáron a nagyobbik fiam már megtette ezt a Balaton mellett egy gumiasztal központban. Lehet, hogy a tízéves fiam bátrabb, mint azok, akiknek vagy amiknek az egészségügyi szakmai felelősségbiztosítás szaltóját kellene megugrani, vagy a szaltó bonyolultabb? Szerintem nem egy túlzottan összetett kérdésről van szó, a szakmai felelősségbiztosítás minimumfeltételeiről szóló rendelet röviden és egyszerűen is megalkotható, annyi előkészítő cikk jelent már meg, hogy azok felhasználásával néhány paragrafus elegendő lenne.

A rendelet érintheti a felelősségbiztosítás minden problémáját, de érintheti csak a fontosabbakat. Az alábbiakban a szélesebb problémákra szeretnék kitérni, de a rendeletben elegendő az eseti helytállási limit, az önrész, időbeli hatály és a kizárások szabályozása. A rendelet mellett szükséges még az Egészségügyi törvény 108. paragrafusának módosítása is, ami előírja a kötelező szakmai felelősségbiztosítást, ebbe a bekezdésben fel kell tüntetni, hogy minden szolgáltatónak rendelkeznie kell a minimumfeltételek szerinti szakmai felelősségbiztosítással, tehát 20 év után nemcsak formailag lesz meghatározva a kötelező felelősségbiztosítás, hanem tartalmilag is.

Biztosítási esemény fogalma

A biztosítók itt írják elő, hogy melyek azok az események, amelyek bekövetkezése esetén fizetési kötelezettségük áll fenn. Itt utalnak sokszor arra, hogy a foglalkozási szabályok megszegése esetén állnak helyt, amely nem helytálló a kártérítési felelősségnél, hiszen az elvárható gondosság fogalma sokkal szélesebb körű, mint a foglalkozási szabályszegés. Hivatkoznak arra, hogy szakmai szabályok megszegése esetén állnak helyt, de nem jelölik meg, hogy mit tekintenek szakmai szabálynak, minisztérium által kiadott protokollt, szakma által kiadott módszertani levelet,

esetleg ennél szélesebb körben gondolkodnak. Nem hivatkoznak ezek a meghatározások a bírói gyakorlat által kialakított elvi határozatokra, jogegységi döntésekre, amelyek érdemben tartalmilag meghatározzák az egészségügyi szolgáltatóktól elvárható magatartásokat az egyes típusú műhiba ügyekben.

Több biztosítónál szerepel a biztosítási esemény fogalmában a károsultnak történő károkozás. Ez, ha a beteg támaszt igényt, megalapozza a biztosító helytállását, de ha betegnek fizető egészségügyi szolgáltató annak megtérítés iránt indít eljárást a közreműködőjével (vagy a jövőben a dolgozójával) szemben károsultról nincs szó, így ez a biztosítási esemény fogalom a közreműködők (és esetlegesen a dolgozók) biztosítására nem jó. A minimumfeltételekről szóló rendelet megalkotása után ki kell alakítani a közreműködők, és ha szükséges a munkavállalók speciális felelősségbiztosítási feltételeit, pl. önálló biztosítási eseménnyel, sajátos kizárásokkal.

Hatály

A területi hatály érdemi módosításra nem szorul, hiszen szinte mindegyik biztosító az unió területén okozott és bekövetkezett károkra terjeszti ki a helytállási kötelezettségét. A változás csak annyi, hogy a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatásokról szóló irányelv figyelembevételével a jövőben ez nem a maximum lesz, mint jelenleg, hanem a minimum. Fontos, hogy az okozás, bekövetkezés és bejelentés helye is eltérhet (pl. máshol történik a terhesgondozás és máshol a szülés stb.) csak úgy, mint annak ideje.

A személyi hatálynál nem szerencsés a név szerinti biztosított feltüntetése, elegendő lenne a szakma és létszám szerinti meghatározás, hiszen a személyi létszám változása nem kellene, hogy minden esetben biztosítási szerződésmódosítást is jelentsen. Fontos lenne, hogy a szerződő egészségügyi szolgáltatóval jogviszonyban lévő minden természetes és jogi személyre kiterjedjen a biztosítás, így ne legyen ez munkaviszonyra szűkítve, mert akkor pl. a közreműködők, szabadfoglalkozásúak által okozott kárak nem is terjedne ki

Az időbeli hatálynál áll fenn az a már sokszor elemzett probléma, hogy a biztosító csak a szerződés hatálya alatt okozott, bekövetkezett és bejelentett károkért áll helyt. Így biztosítóváltás esetén, ha az okozás, bekövetkezés még a korábbi biztosítás hatálya alatt történt, míg a bejelentés, ami öt éven belül lehetséges már az új biztosítás időszakában egyik biztosító sem áll helyt, mert a hármas együttes feltétel nem igazolható. Ez drága elő- és utófezetekkel elkerülhető, de nem erről kell szólnia a biztosításnak.

A minimumfeltételekről szóló rendeletben az időbeli hatályt szabályozni kell, oly módon, hogy a biztosító a szerződés hatálya alatt okozott, meghatározott időszakon belül bekövetkezett és meghatározott időszakon belül bejelentett károkért tartozik helytállni. A meghatározott időszak időtartam jogalkotói kérdés, annak maximuma az elévülés öt éve lehetne, de természetesen lehet azt alacsonyabb mértékben is megjelölni, pl. három évben.

Limit és önrész

A biztosító eseti helytállási limitje mindenképpen módosításra szorul a jelenlegi 5–10 milliós szintről. Ezek az összegek a már említett kártérítési marasztalások mellett komolytalanok. A limitemelkedés és a biztosítási díj fizetés nem áll egyenes arányban egymással, sokszoros limitemelkedés jelent csak dupla díjat, tehát nem jelentene a limit növekedése teljesíthetetlen követel-

ményt a szolgáltatóknak a díjfizetésnél. Az unió területén ugyanazok a biztosítók, amelyek Magyarországon szolgáltatnak, jelentősen magasabb limittel működtetnek egészségügyi szakmai felelősségbiztosítást, így a limit emelése nem jelenti majd azt, hogy kivonulnak a piacról, és nem vállalják be annak fizetését, csak maguktól nem emelik a limitet.

A szolgáltatói önrész fizetése szükségtelen, de ha mégis marad, minimális százalékban indokolt azt meghatározni.

A minimumfeltételekről szóló rendeletben fekvőbeteg-ellátásra (és egynapos ellátásra), illetve kizárólag járóbeteg-ellátásra lehetséges eltérő limitmegjelölés azzal, hogy fekvőbeteg-ellátásnál az eseti 50 millió, míg járóbeteg-ellátásnál az eseti 30 millió forint lehetne a minimális összeg, hiszen jelenleg egy közjegyző is minimum 50 milliós felelősségbiztosítással rendelkezik. Ez az összeg nagyobb részt, a súlyos maradandó egészségkárosodásokat kivéve, fedezné a kártérítéseket, sőt még bizonyos esetekben a havi járadékokat is. Természetesen a jövőben fokozatosan emelni szükséges a jogszabályban meghatározott limiteket.

Kizárások

A biztosítási eseményen belül a biztosító itt jelöli meg azokat az eseteket, amelyek beállta esetén mégsem fizet. Ezek száma a kezdeti egy-két esetről van olyan biztosító, hogy harminc fölé emelkedett. A jelenlegi szabályozásnál egyedül arra lehet alapozni, hogy a biztosító nem jelöli meg, hogy mit ért az egyes kizárások fogalmán, pl. mit ért tájékoztatás, illetve esztétikai kár alatt, így azokat csak a biztosított értelmezése szerint lehet elfogadni, ami lehet szűkebb körű, mint a biztosító álláspontja. A megoldás a kizárások területén azonban ennél egyszerűbb, nincs szükség értelmezésekre.

Nem lehet a kizárások között formai feltétel csak tartalmi, így a működési engedély hiánya nem tarthat ide. Felesleges kizárásokat, pl. a kártalanítás eseteit, amikor másnak kell helytállni, nem kell kizárásként szerepeltetni. Nem szabadna hagyni, hogy az egészségügyi szolgáltatásokról szóló biztosításnál az egészségügyi szolgáltatás érdemi részét képező szolgáltatás, így a beteg-tájékoztatás kizárás legyen. Szintén nem lehetne hagyni, hogy olyan károsodások, amelyek az egészségügyi szolgáltatás másik érdemi részéhez, az orvosszakmai tevékenységhez tartoznak, kizárások maradjanak. Ebbe a körbe tartoznak a jelenlegi kizárások közül az esztétikai beavatkozások, esztétikai károk, hiszen azok egy adott szakterület elemei. Ha ezt hagynánk, idővel a kockázatos szülészeti eseményeket is kizárnák a biztosítók. Szintén nem maradhat meg a kizárások között a pszichés kár megtérítési hiánya, hiszen kizárólag pszichés kár nem létező jogi fogalom.

A rendeletben meghatározható, hogy milyen néhány kizárást alkalmazhat a biztosító.

Visszakövetelési jog

Ebbe a körbe tartoznak azok az esetek, ahol a biztosító fizet a szolgáltató helyett, de visszaköveteli azt a szolgáltatótól. Ide elmenthet a kizárással csak formai okok tarthatnának, illetve a kárenyhítési, kármegelőzési kötelezettség ismételt megszegéséből fakadó következmények. Formai hiányosság lehetne a működési engedély, a szakmai-tárgyi feltételek hiánya, bár ekkor pontosan meg kellene határozni ez utóbbiakat minden szakmára. Mindenképpen elvetendő a több biztosító által alkalmazott kirívóan súlyos gondatlanság esete, hiszen nincs súlya az elvárható gondosság hiányának, az mindig megalapozza a felelőssé-

get, és milyen alapon minősítene a biztosító egyes károkozókat kirívóan súlyosnak, amikor azt bíróság sem teszi.

A visszakövetelési jog eseteit nem szükségszerű a rendeletben szabályozni, de fennáll annak a veszélye, hogy ennek hiánya eredményezheti, hogy a biztosítók a kizárásként nem alkalmazható eseteket a visszakövetelési jog körébe sorolják majd.

Aktív biztosítót!

A jelenlegi feltételek mellett csak kérhetnék a szolgáltatók a szerződések megkötésénél, de ha módosulnak a minimumfeltételek a biztosítók maguktól is működtetni fogják a jogvédelmi funkcióját is a szakmai felelősségbiztosításnak. Ennek lényegesebb elemei lehetnének az alábbiak:

- Biztosító alkosson belső szakmai ajánlásokat, kvázi protokollokat a nála biztosított szolgáltatók segítségére, amivel orvosszakmai területen megelőzhetik az eljárások megindítását, ez mini-egészségbiztosítás.
- Biztosító készítse el a tájékoztató nyomtatványokat, és a vele szerződött szolgáltatóknál legyen egységes a tájékoztatási gyakorlat.
- Azon szolgáltatók, amelyek nem alkalmazzák a fenti szakmai ajánlásokat és tájékoztató nyomtatványokat azoknál lehet magasabb a biztosítási díj, megjelenhet a visszakövetelési jog eseteként.
- Egészségügyi szakjogász végzettségű ügyvédeket alkalmazzon a biztosító.
- Az általa vállalt szakterületeket minél inkább fedje le megfelelő képzettségű orvosszakértővel.
- Határon átnyúló egészségügyi szolgáltatás esetén, ha külföldön szükséges a képviselőtársi bevonásával oldja meg a biztosító (lehet, hogy a szolgáltató nem is alkalmaz saját ügyvédet).
- Külföldi betegek ellátása miatt segítse a biztosító a tolmácsok igénybevitelét, idegen nyelvű tájékoztatók, dokumentációk, jogválasztó nyilatkozatok elkészítését. Ezek az eljárások megelőzését segítenék.
- Segítse a biztosító a kommunikációt: biztosító tartson tanfolyamot a tanú szerepéről a szolgáltatók orvosainak, szakértőit készítse fel a tárgyaláson a károsultak szakértőivel, képviselőivel történő ütközésekre, tájékoztassa a szolgáltatókat és orvosait rendszeresen a bírói gyakorlatról, elsősorban a biztosított szolgáltatói számára, de akár a nem biztosított szolgáltatók bevonásával is tartson intézetek közötti klinikopatológiai konferenciákat, ahol az intézetek egyes ügyeit tudják a szolgáltatók egymás okulására megtárgyalni.

Örökre marad a felelőtlen biztosítás?

Bízom benne, hogy nem. Talán most jött el az a helyzet, amikor a jelenlegi állapot fenntartása nem maradhat. Megoldás két irányban történhet: vagy meg kell szüntetni a kötelező felelősségbiztosítást, ami majdnem azonos a jelenlegi helyzettel, de legalább magas biztosítási díjba nem kerülne, vagy meg kell változtatni a felelősségbiztosítás minimumfeltételeit – lehetőség szerint egy rendelettel –, aminek, ha időben elkészült volna, már sokadik az egészségügyi szolgáltatókat segítő módosításán lehetnénk túl.

A szerző ügyvéd, biztosítási szakjogász.

Üzleti biztosítás az egészségügyben?

Az utóbbi években többször is felmerült az üzleti biztosítás esetleges megjelenése a magyar egészségügy rendszerében, a legkülönbözőbb módokon. Az egyik véglet szerint a biztosítás valójában csak „fájdalomdíjként” jelenne meg, a betegek váratlan, betegséggel kapcsolatos kiadásait fedezendő, a másik végletet a több-biztosítós egészségügyi modell jelentette volna. Az igazság valójában – mint általában – a két véglet között van.

■ Paál Zoltán

Első lépésként gondoljuk végig röviden, hogy az üzleti biztosítás valójában hogyan működik, és miben más, mint a társadalombiztosítás.

Az üzleti biztosítás alapja a kockázatarányos díj elve. Idősebb, betegbb ember több díjat kell fizessen, mint a fiatal és egészséges. Amennyiben egy biztosító ezt az elvet felrúgná, és pl. átlagos díjat szedne mindenkitől, akkor hamarosan azt venné észre, hogy a versenytársai, akik kockázatarányos díjat alkalmaznak, sikerrel gyűjtik össze az átlagosnál jobb kockázatú ügyfeleket (hiszen nekik ott olcsóbb biztosítást kötni), míg a rosszabb kockázatúak itt maradnak, ezáltal igen gyorsan csődközelbe kerülne a cég.

Az üzleti biztosítás megkötése nem kötelező, ezért számolni kell az úgynevezett autoszelekciós hatással, amely annyit jelent, hogy biztosítást az köt, aki valami miatt veszélyeztetve érzi magát. Így a kockázat az átlagosnál nagyobb lenne, ezt a biztosítók kockázat-elbírálással szűrik ki.

A társadalombiztosítás ezzel szemben számolhat nemzeti kockázatközösséggel, mindenki számára kötelező, így elegendő, ha a teljes várható kiadást veszi figyelembe, és ennek árát (a járulékot) tetszőleges módon oszthatja fel a kockázatközösség tagjai közt, így például jövedelem arányosan. A kockázatokat előszűrnie ugyanezen ok miatt szintén nem kell.

További jelentős különbség, hogy bizonyos kiadáscsökkentési technikákat, amelyet a társadalombiztosítás rendszeresen használ, az üzleti biztosítók nem tudnak alkalmazni. Itt elsősorban a limitekre kell gondolni. A társadalombiztosítás bevezethet ellátási limiteket, kvótákat, finanszírozási várólistákat alkalmazhat, és így tovább. Egy üzleti biztosító ezt nem teheti meg, egyrészt mivel szerződésben vállalta a magánszemély felé az ellátást, és ez nem függhet más személyek ellátásától. Másrészt elméletben is nehéz, hogy például egy kórházban a betegről megkérdezzük, hogy melyik biztosító ügyfele, majd ennek alapján döntenek el, hogy megműtik, vagy nem, mivel az egyiknél már kimerítették a limitet, a másiknál pedig még nem.

Ez az utóbbi tényező az, ami talán a leginkább megkérdőjelezi a társadalombiztosítás teljes helyettesítését versengő üz-

leti biztosítókkal. Az egészségügy finanszírozásának ugyanis az egyik legfőbb dilemmája, hogy az orvostudomány egyre több betegséget képes meggyógyítani, egyre fejlettebb technikák állnak rendelkezésre, aminek viszont a költsége egyre jelentősebb. Ezáltal viszont kimondható, hogy szinte bármely rendelkezésre álló forrás elfogyasztható, sőt meghaladható, ami limitek nélkül szinte kezelhetetlen problémát jelent.

Hol van tehát az üzleti biztosítás szerepe az egészségügyben?

A választ pontosan az előbb okfejtés adja meg. Ha kimondjuk, hogy a „minden jár és minden ingyenes” illúzió valójában finanszírozhatatlan, akkor egyértelmű, hogy a társadalombiztosításnak megvannak a maga határai. A bevételek nem növelhetők korlát nélkül, a kiadások pedig az égbe szöknek. Ezért meg kell, hogy jelenjenek az ellátási korlátozások, limitek, térítésből kizárt eljárások, gyógyszerek, szolgáltatások.

Lesznek azonban olyan emberek, akik ezeket a standard feletti ellátásokat igénybe szeretnék venni, és akik ezért a maguk számára hajlandóak plusz összegeket áldozni. Ez a standard feletti ellátás jelenthet sok mindent – fejlettebb technológiát, nagyobb tudású orvost, precízebb diagnosztikai eljárást, de akár egyszerűen csak jobb intézményi elhelyezést is. A lényeg az, hogy valamit, ami már nem fér bele a szolidaritási elven működő társadalombiztosítás kereteibe.

Itt jöhetnek szóba az üzleti megoldások. Ezeket az „extrákat” ugyanis természetesen zsebből is ki lehet fizetni, azonban nem biztos, hogy az összeg rendelkezésre áll adott pillanatban. Ebből a szempontból néhány esetet érdemes megkülönböztetni, amelyekre más-más pénzügyi eszközök jelentenek megoldást.

- Vannak természetesen kis költségű megoldásokat, amelyekre nem érdemes készülni. Ezeket igénybe vesszük és kifizetjük.
- Léteznek olyan közepes költségű esetek, amelyek ráadásul viszonylag gyakran előfordulnak, előre láthatóak. Ilyenek

például a szűrővizsgálatok, a fogorvosi kezelések, az egyszerűbb gyógyszerek beszerzése. Mivel ezek nem véletlenszerűek, a biztosítás nem annyira jön szóba, inkább az előtakarékoság segít abban, hogy ne kerüljünk pénzügyi zavarba. Ennek az egyik legismertebb megoldása az egészségpénztár.

– Végül vannak az előre nem látható, nagyobb költségű problémák, komolyabb betegség, bonyolult orvosi beavatkozások. Ezekre nyújthat megoldást az egészségbiztosítás.

Az egészségbiztosítás tehát az előre nem látható, nagy költséggel járó esetek kezelésére szolgál, ahol a beteg olyan ellátást (is) szeretne igénybe venni, amely a társadalombiztosítás kereteit már meghaladja.

Természetesen van olyan formája is az egészségbiztosításnak, amely a „zsebből” történő fizetést segíti, ezek az úgynevezett összegbiztosítások, pl. ha szívrohamot kapok, azért fizet a biztosító 1 millió forintot, és azt teszek vele, amit akarok. A fejlettebb szolgáltatásfinanszírozó biztosítások esetében azonban a biztosító a szolgáltatónak fizet, aki ezért ellátja a beteget. Ez a modell a világ sok részén, jól működik. Kérdés, hogy akkor nálunk miért jár még annyira gyerekcipőben. Ennek több oka van.

A legfőbb probléma az, hogy nem transzparens, mit kapunk ma a járulékok befizetéséért, és ehhez képest mit kaphatunk plusz pénzért. Elvileg minden ingyenes. Természetesen mindenki tudja, hogy ez nem így van, volumenkorlátok, várólisták, nem, vagy csak korlátozottan finanszírozott ellátások is léteznek, azonban ezek a korlátozási módszerek az egyén szempontjából számos esetben csak esetleges, átláthatatlan korlátozást jelentenek. Még ha tudom is, hogy pl. egy kórházban adott eljárással csak adott mennyiségű epeműtétet finanszíroz a társadalombiztosítás (megjegyzés: mint ügyfél, ezt nem tudom), miért fizessek külön egy biztosítást csak azért, mert hátha én leszek az $n+1$ -edik. Hiszen lehet, hogy az $n-1$ -edik leszek.

Másrészt a szolgáltató oldalán is kevés ma még a transzparens ellátási többlet. Miért fizessek külön, mert valaki azt ígéri nekem, ha beteg leszek, extra ellátást kapok, ha egyébként

ez az „extra” előre nem látható, nem tudom megnézni, miben más, mint az alap.

Ahhoz tehát, hogy az üzleti szolgáltatás finanszírozó egészségbiztosítás hangsúlyosan megjelenjen Magyarországon, kellene egy kiterjedt, lehetőleg hálózatba rendeződött szolgáltatói kör, amely az ügyfelek számára transzparens, megfogható többletszolgáltatást tud nyújtani. Ez már alakul. Másrészt végre valakinek ki kéne mondani, hogy pontosan mit finanszíroz, és mit nem finanszíroz a társadalombiztosítás, de olyan módon, hogy az az egyén számára is mondjon valamit. Ebben némileg szkeptikus vagyok, hiszen bármelyik politikus kimondja, hogy nem ingyenes minden automatikusan, az népszerűség vesztéssel jár. Ami mégis derűlátásra ad okot ezen a téren, hogy akár kimondja valaki, akár nem, a népesség egyre nagyobb hányada rájött már magától is, hogy tisztán a nagy rendszerre támaszkodni kockázatos.

Végül a rendszer kiépülését nyilván segítheti bármilyen adó preferencia, ha más nem, legalább az, hogy a munkáltatók beépíthessék az egészségbiztosításokat a gondoskodási csomagjaikba anélkül, hogy még egyszer annyi közterhet be kelljen fizetniük, mint amit erre a célra egyébként szántak.

Ez a piac lassan indul, ami egyébként azért paradoxon, mert mindenkinek jó lenne. Az ügyfelek lehetőséget kapnának egy jobb ellátásra olyan módon, hogy transzparensen láthatják, miért mennyit fizettek. Az egészségügyi intézmények többletfinanszírozási forráshoz jutnának, amelyből fejleszthetnék az infrastruktúrát, növelhetnék a béreket. Az állami szerveken pedig csökkenne a finanszírozási nyomás, hiszen ha egy intézmény azért küzd, hogy beszerezze a plusz egy új műszert, akkor azért nem érvel olyan erősen, mintha a következő havi fennmaradása a kérdés...

A biztosítási szakma 15 éve várja ezeknek a lehetőségeknek a megnyílását, és azt érezzük, hogy már elég sok feltétel adott hozzá. A következő évek talán meghozzák a várva várt áttörést.

A szerző a Generali Biztosító Zrt. életbiztosítási ágért felelős ügyvezető igazgatója, a biztosító igazgatóságának tagja.

Mi lenne az önkéntes egészségbiztosítás kívánatos szerepe az egészségügyben?

Az utóbbi években többször is felmerült az üzleti biztosítás esetleges megjelenése a magyar egészségügy rendszerében, a legkülönbözőbb módokon. Az egyik véglet szerint a biztosítás valójában csak „fájdalomdíjként” jelenne meg, a betegek váratlan, betegséggel kapcsolatos kiadásait fedezendő, a másik végletet a több-biztosítós egészségügyi modell jelentette volna. Az igazság valójában – mint általában – a két véglet között van.

■ Banyár József

A fenti kérdés – véleményem szerint – nem elég általánosan fogalmazza meg a problémát, ezért nem erre, hanem a szerintem legfontosabb, általános kérdésre válaszolok először: melyek a legfontosabb problémák/teendők a magyar egészségügyi finanszírozásában?

Teszem ezt azért, mert fontos leszögezni, hogy az önkéntes (vagy akár az államilag szervezett) egészségbiztosítás – legalábbis az egyes piaci szereplőkénél általánosabb, gazdasági, egészségügyi és társadalompolitikai szempontból – nem lehet öncél. Ugyanakkor viszont az sem világos, hogy pontosan minek is kell lenni a célnak, hiszen a lehetséges megfogalmazások egymástól radikálisan különbözhetnek az elsődleges értékválasztásoktól függően.

Magam, közgazdászként ehhez a kérdéshez egy szűkített nézőpontból szólnék: a hosszú távú gazdasági fejlődéshez (és ezzel összességében az ország és egyes polgárai egyéni, hosszú távú jólétéhez) való hozzájárulás, és az ehhez szorosan kapcsolódó gazdasági fenntarthatóság szempontjából. Ha ebből a szempontból nézzük a dolgokat, akkor a finanszírozás annál inkább fenntartható, minél inkább ösztönöz a takarékosagra, a gazdasági fejlődéshez pedig akkor járul hozzá leginkább, ha minél inkább egészségesen tartja az aktívakat (aminek része az is, hogy biztosítja, hogy a felnővekvő, a jövőben aktívvá váló korosztályt is minél egészségesebbé teszi). A takarékosagra való ösztönzés megint csak sokféle dolgot ölel fel: beletartozik az igénybe vett szolgáltatások racionalizálása (ösztönzés arra, hogy felesleges szolgáltatásokat ne vegyenek igénybe az emberek, illetve, hogy ne legyenek párhuzamosan elvégzett vizsgálatok) és az is, hogy a rendszer ösztönözze az embereket arra, hogy egészségesebben éljenek, és így objektíve kevesebb egészségügyi ellátásra legyen szükségük (életmód és prevenció).

Ha ebből a szempontból nézzük a mai egészségügyi finanszírozási rendszert, akkor abból teljesen hiányzik az egyének ösztönzése mindezekre – ezt próbálja helyettesíteni a szolgáltatóknak szabott kemény költségvetési korlát. Ez viszont szemmel láthatólag az infrastruktúra leépüléséhez, a fejlesztések elhalasztásához vezet, vagyis hosszú távon fenntarthatatlan. Tehát valószínűleg tenni kell valamit, létre kell hozni egy hosszú távon fenntarthatóan működő finanszírozási rendszert.

Egy ilyen megvalósítható az állami rendszeren belül és magánkezelésben is és a kettő ötvözeteként egyaránt. Ebből a szempontból a magánkezelésben (üzleti módon) megvalósuló egészségügynek van egy relatív előnye, mégpedig az, hogy ott a gazdasági fenntarthatóság alapkövetelmény, de ennek érvényesülését olyan sokféleképpen le lehet rontani (vagy olyan csatornába terelni, hogy a gazdaságosság a szolgáltatás rovására megy), hogy ezt mindenképpen csak „relatívnak” lehet nevezni.

A jelenlegi állami egészségügynek a hosszú távú fenntarthatóságot akadályozó problémája az egészségügyi intézmények gazdátlansága is. Ez alatt azt értem, hogy annak formális gazdája (az állam és az önkormányzatok) – az esetek legnagyobb részében – nem tulajdonosként viselkednek (vagyis nem a hosszú távú működőképesség megőrzését, és a fejlesztést tűzik ki célul), illetve nem igazán tudják érvényesíteni tulajdonosi szempontjaikat. Ezzel szemben áll, hogy az intézmények megbízott vezetése viszont lényegében sajátjaként használja az eszközöket, anélkül, hogy érdeke lenne (mivel azt számára nem ismerik el) a hosszú távú fejlesztés.

Mindezek miatt az egészségügyi rendszer működésében/finanszírozásában – közgazdasági szempontból – a legfontosabbnak az intézmények tulajdonosi érdekeltségének az

érvényre juttatását és az egyének (fenti értelemben vett) takarékosagra ösztönzését tartom. Ehhez elengedhetetlen, hogy:

- Az állam világos fókuszot adjon az egészségügynek, vagyis expliciten meghatározza, hogy annak mi a célja, mi az a rész, amit (értelmes és célszerű) közpénzekből finanszírozni, és mi az, amiről az embereknek maguknak kell gondoskodniuk (ez utóbbi részt – bár elképzelhető annak állami szervezése – valószínűleg célszerűbb önkéntessé és üzleti alapúvá tenni).
- Az egészségügyi intézményeket egyértelműen üzleti szemléletben kell vezetni (függetlenül attól, hogy maradnak-e állami/önkormányzati tulajdonban vagy privatizálják őket), ösztönözni. Ennek része az is, hogy a szolgáltatásoknak tényleges (mondhatni „piaci”) árat kell szabni.
- Az egyének hozzájárulását (valamilyen mértékig) függővé kell tenni az igénybevételtől (az ingyenesség világos elvek szerinti szűkítése, önrész bevezetése, a járulék függővé tétele az egyén életvezetésétől – legalábbis azon belül olyan jól mérhető és az egészségre nagy hatással bíró faktoroktól, mint a dohányzás, élvezeti szokások, szűrővizsgálaton való rendszeres vagy rendszertelen részvétel stb. – amitől az egészségügyi szolgáltatások későbbi, potenciális igénybevétele függ).

Milyen eszközökkel lehetne az önkéntes szolgáltatás-fedező biztosítások terjedését ösztönözni?

Ha a fentiek megvalósulnak, akkor – anélkül, hogy az állami egészségügyet feltétlenül privatizálnák – szinte önmagától tere nyílik az önkéntes, szolgáltatás-fedező biztosításoknak, hiszen

- ha világos, hogy mire nem terjed ki az állami egészségügy, akkor könnyebb lesz a magánszolgáltatóknak a hiányzó szolgáltatásokra terméket fejleszteniük,
- az üzleti szellemben vezetett egészségügyi intézmények állami finanszírozású hálózatához minden további nélkül tudnak csatlakozni magántőkéből alapított egészségügyi intézmények,
- az egyének világos, könnyen érthető és figyelmen kívül nem hagyható (mert pénztárukat érintő) visszajelzést kapnak arról, hogy életvezetésükön mit lenne célszerű változtatni, s erre fel tud épülni egy tanácsadó-szolgáltató üzleti szektor.

Megjegyzés: a válasz személyes vélemény, nem tekinthető munkahelyem hivatalos álláspontjának.

A szerző közgazdász.

Az önkéntes egészségügyi biztosítás lehetséges szerepe

A magyar háztartások évről évre egyre többet költenek saját zsebből gyógyszerekre, orvosokra, elkülönített kórházi ágyra, nem beszélve a hálapénzről. Ezen magánkiadások intézményesítésére (például a kockázatok és az ezzel ekvivalens szolgáltatási kiadások másokkal való megosztása, vagy a kiadások növekedésére való felkészülés) egy lehetséges eszköznek tekinthető az önkéntes egészségbiztosítás. Felmerül azonban a kérdés, hogy Magyarországon ez a biztosítási forma milyen szerepet játszhat? A cikk célja, hogy bemutassa Sarah Thomson¹ e témában készült nemzetközi elemzését, kiegészítse magyarországi adatokkal, illetve ezek alapján következtetéseket vonjon le Magyarország vonatkozásában.

■ Hortobágyi Linda

Thomson a cikkében² az önkéntes egészségbiztosítás piacát, illetve az egészségpolitikai célokra gyakorolt hatását vizsgálja a közép- és kelet-európai, a kaukázusi, illetve a közép-ázsiai (CE/EECCA) országokban.³ Az elemzése négy nagy egységre tagolható, köztük elméleti, illetve gyakorlati részekre. A szerző különböző kérdésekre keresi a választ, köztük először arra, hogy vajon az önkéntes egészségbiztosításnak milyen szerepe lehet a közfinanszírozott egészségügyi rendszerek vonatkozásában. A második részben elemzi, hogy ez a biztosítási forma miként járul hozzá az egészségügyi kiadások alakulásához. Ennek keretében Thomson részletesen feltárja az egészségügyi rendszer finanszírozásának három fő funkciójához, a forrásteremtéshez, a kockázatmegosztást szolgáló alapképzéshez, valamint a forrásallokációhoz fűződő kapcsolatokat, majd mindezt megvizsgálja az egészségpolitikai szabályozó környezet szemszögéből is. A harmadik részben tér rá a gyakorlati elemzésre, amely során esettanulmányokon keresztül mutatja be a vizsgált térség azon három országát, ahol az egészségügyi finanszírozási reformok során explicit szerepet játszott az önkéntes egészségbiztosítás. Végül a negyedik részben Thomson azokat a főbb akadályozó,

illetve ösztönöző tényezőket sorolja fel, amelyek hatással vannak az önkéntes egészségbiztosítási piac fejlődésére és elterjedésére. Emellett röviden elemzi, hogy ez a piactípus milyen hatással lehet a főbb egészségpolitikai célokra.

Az elemzés kiindulópontját az elméleti háttér általános és rövid bemutatása képezi. Ennek keretében a szerző az önkéntes egészségbiztosítást a közfinanszírozott rendszerrel való viszonya alapján vizsgálja, amely során különbséget tesz a helyettesítő biztosítás és a kiegészítő biztosítás között. Utóbbit három altípusra osztja, külön nevezetesen a szolgáltatások körére, a páciens által fizetendő térítési díjra, illetve a szolgáltatáshoz való gyorsabb hozzáférésre kötött kiegészítő biztosításokra (lásd 1. ábra).

Az elemzés szerint a biztosítás e négy típusa közül a gyorsabb hozzáférést, illetve a betegelégedettséget növelő kiegészítő (supplementary) biztosítás a leggyakoribb a régióban. Ezt követik a kiegészítő biztosítások további fajtái, amelyek szerepe azonban meglehetősen korlátozott. A helyettesítő biztosítás pedig még ritkábbnak számít a régióban. A kiegészítő biztosítást általában gyógyszerköltségekre, fogorvosi ellátásra, illetve gyógyfürdőkezelésekre, valamint a kötelező

1. táblázat. Az önkéntes egészségbiztosítási piacok csoportosítása, ország példák.

A piaci fejlődés hajtóereje: a piaci hiányok	Piaci szerep	Lefedettség	Példák
A közfinanszírozott biztosítás által lefedett populációra vonatkozóan	Helyettesítő/Substitutive	A közfinanszírozott biztosításból kizárt, vagy kilépésre jogosult csoportok	Észtország, Csehország, Szlovénia, Szlovákia
A közfinanszírozott szolgáltatások körében	Kiegészítő/Complementary (szolgáltatások)	A közfinanszírozott biztosítási csomagból kizárt szolgáltatások köre	Ukrajna, Lettország
A közfinanszírozás mértékében (a szolgáltatások költségeire vonatkozóan)	Kiegészítő/Complementary (páciens által fizetendő térítési díjak)	A közfinanszírozott rendszerben kivetett kötelező fogyasztói díjak fedezete	Horvátország, Lettország, Szlovénia
Fogyasztói elégedettségben a közfinanszírozott szolgáltatás minőségével	Kiegészítő/Supplementary	Gyorsabb hozzáférés	A régió szinte összes országa

Forrás: Foubister et al. 2006. In: Kutzin et al. 2010:300..

fogyasztói díjak (out-of-pocket payments) fedezésére használják néhány országban.

A téma tárgyalásakor Thomson a probléma kiindulópontjaként kiemeli, hogy az egészségügyi magánkiadások magasnak tekinthetők a térségben. Emellett a magas arányok között jelentős eltérésekről is említést tesz. Az Egészségügyi Világszervezet 2009-es adatai alapján 2006-ban az összes egészségügyi kiadáson belül, amíg a CE/EECA-országok közül Csehországban és Horvátországban 15 százalék alatti volt a magánkiadások aránya, addig ez a ráta a 70 százalékot is meghaladta Azerbajdzsánban, Grúziában és Tádzsikisztánban. A 2011. júliusi adatok alapján ezek az arányok nem változtak jelentősen, egyedüli kivétel Grúzia, ahol 2006 és 2008 között 5,8 százalékkal csökkent a magánkiadások aránya.⁵ A szerző emellett kiemeli, hogy az önkéntes biztosítás minimális szerepet játszik az egészségügyi kiadásokban, ahol ritkán haladja meg az összes egészségügyi kiadás 1 százalékát. Ez alól kivételként emeli ki Szlovéniát, ahol az összes egészségügyi kiadás 13 százalékát tette ki az önkéntes biztosítás, amely a magánkiadások megközelítőleg felét jelentette. Vannak olyan országok is, ahol az önkéntes biztosítás piaca egyáltalán nem létezik. Ezen kívül néhány országban Sarah Thomson megbizonyosodott egy működő piac létezéséről, azonban az adatok hiányosak, mivel a piac alacsony aránya miatt a kormányok nem jelentették az információkat a nemzetközi szervezetek felé. Ez látható az OECD-adatbázis esetében is, amelyben Magyarországra vonatkozóan csupán részadatok állnak rendelkezésre. Ennek alapján 2009-ben a non-profit szervezetek (egészségpénztárak) az összes egészségügyi kiadás 2,2 százalékát tették ki Magyarországon. A lakosság magánbiztosítás lefedésére az önálló betegségbiztosítás mellett, az életbiztosításokat kiegészítő egyéb életbiztosítások, az egészségpénztárak szolgáltatásai állnak rendelkezésre itthon. Ezeket túl ide szokták sorolni a balesetbiztosításokat és az önszegélyező pénztárakat is, de a cikk ettől eltekint. Ezek közül egy adott személy többféle szerződéssel is rendelkezhet.

Thomson további elemzésének nagy részében az általa összeállított releváns kérdéseken keresztül haladva vizsgálta meg, hogy az önkéntes biztosítási piac milyen szerepet játszik az egészségügyi rendszer három, egymáshoz szorosan kapcsolódó finanszírozási funkcióiban. A forrásteremtési feladat esetében azt elemezte, hogy (1) ki adja el, (2) milyen áron az önkéntes biztosítást, illetve, hogy (3) az adókedvezmények vajon befolyásolják-e ezen biztosítások árát, illetve elterjedését? A kockázatmegosztást szolgáló alapképzés esetében arra kereste a választ, hogy (1) ez a biztosítási forma milyen arányban fedi le a lakosságot, tehát arányaiban sokan veszik-e igénybe, illetve (2) hogyan állapítják meg a biztosítási díjakat? Emellett azt is vizsgálta, hogy (3) a biztosítók elutasítják-e a biztosítás megkötését egy már fennálló egészségügyi probléma esetén? A forrásallokáció funkciójának vizsgálatakor végül Thomson arra volt kíváncsi, hogy:

1. Milyen szolgáltatásokat nyújt az önkéntes biztosítás?
2. Létezik-e ebben az esetben költségmegosztás?
3. A természetbeni juttatások vagy az egészségügyi kiadások visszatérítése-e a jellemző a piacra?
4. Milyen kapcsolatban állnak a biztosítók az egészségügyi szolgáltatókkal?
5. Hogyan garantálják a biztosítók az adminisztrációban és a szolgáltatások nyújtásában a hatékonyságot, illetve a minőséget?

A kérdések részletes vizsgálata során a következő válaszokra jutott.

Az önkéntes biztosítások legnagyobb részét a kereskedelmi biztosítótársaságok adják el. Magyarországon és Szlovéniában a kiegészítő biztosításokkal kölcsönös biztosító társaságok is foglalkoznak. Magyarország esetében – bár több kereskedelmi biztosító is működik itthon –, ezt a feladatot főként az önkéntes egészségpénztárak látják el. A szerző megemlíti, hogy más országokban civil szervezetek és jótékonyági szervezetek is jelen vannak ezen a piacon. Bulgáriában, Csehországban, Észtországban, Horvátországban, Lengyelországban és Szlovákiában a közfinanszírozott ellátás biztosításában közreműködő kötelező vagy magán egészségbiztosítási alapok árulhatnak önkéntes biztosítást. Más országokban (Albánia, Fehéroroszország, Üzbegisztán) az állami tulajdonban lévő biztosító társaságok foglalkozhatnak kiegészítő (supplementary) biztosításokkal is, Türkmenisztánban pedig az Egészségügyi és a Pénzügyi Minisztérium működteti az egészségbiztosítás önkéntes rendszerét is.

Az eladók száma országonként eltérő. Van ahol egy, míg máshol több száz kereskedelmi biztosító van. Thomson szerint a legtöbb piacon megközelítőleg 5–10 eladó található. Ugyanakkor hangsúlyozza, hogy ebből az adatból nem lehet következtetések levonni arra vonatkozóan, hogy van-e verseny a felek között. Arról, hogy a piac mennyire koncentrált, szerinte a legtöbb országban nincs adat. Magyarországon 2009-ben, a GKI Egészségügy-kutató Intézet⁶ PSZÁF adataira építő becslése szerint, az egészségbiztosításra elvileg jogosult kereskedelmi biztosítók körében összesen 42 biztosító intézmény (társaság, egyesület, fióktelep) és – a tagsági jogviszony piaci értékesítéséből kiindulva e körbe sorolható –, 36 egészségpénztár tartozik. Ezen túl 79 határon átnyúló szolgáltatást nyújtó külföldi biztosító foglalkozhat Magyarországon betegségbiztosítással is.

További adat a szerződések számáról, a bevételekről és kiadásokról rendelkezésre áll a PSZÁF honlapján. Az ezen adatokra támaszkodó GKI EKI-becslés szerint, az egészségbiztosítási szolgáltatásokat nyújtó biztosítási szerződések és pénztári jogviszonyok együttes száma 2010 végén valamivel több, mint két millióra tehető. E szerződések közül az önálló baleset- és betegségbiztosítások 47 százalékkal, az egyéb (baleset- és betegségbiztosítási szolgáltatást nyújtó) életbiztosítások 4 százalékkal részesedtek, 49 százalékot az egészségpénztári és önszegélyező pénztári tagsági jogviszonyok tettek ki.

Az önkéntes piacok kis méretének, alacsony lefedettségének az egyik okaként Thomson a biztosítások magas árát emelte ki. Szerinte ez főként a kiegészítő (supplementary) piacokon figyelhető meg, ahol a biztosítók a magas biztosítási díjakkal a magas jövedelmű csoportokat célozzák meg, így a lakosság nagy része számára a biztosítás elérhetetlenné válik.

Több ország, köztük Magyarország is adókedvezményt nyújt az önkéntes biztosítók egy részének (itthon az egészségpénztáraknak), amelynek hatása az alacsonyabb biztosítási díjakban jelenik meg a szerző szerint.⁷ A korlátozottan rendelkezésre álló adatok ellenére, Thomson megállapította, hogy a régióban a lakosság nagyon csekély hányadát, gyakran kevesebb, mint egy százalékát fedi csak le az önkéntes biztosítás. A tanulmány szerint ez alól Grúzia (megközelítőleg 10%), Horvátország (16%), Szlovénia (74%) képeznek szerinte kivételt. Magyarország a jelzett szakértői becslés alapján szintén e körbe tartozik, az

önkéntes egészségbiztosítással rendelkezők aránya 2010 végén a teljes lakosság 11 százalékára tehető.

Thomson ezt követően megfogalmazza, hogy az önkéntes egészségbiztosítások vásárlása két szinten történhet, egyéni-ileg illetve csoportosan. Általában a csoportos biztosításokat nagyobb multinacionális cégek munkáltatói veszik meg a munkavállalók számára, illetve néhány esetben szakszervezetek, helyi önkormányzatok, vagy földrajzilag meghatározott közösségek. A vizsgált régióban Bulgária, Lengyelország, Lettország és Litvánia esetében dominálják a csoportos vevők a piaci keresletet. Emellett több országban köztük Horvátországban, Romániában, Örményországban, Azerbajdzsánban, Oroszországban és Ukrajnában is jelen vannak a csoportos vásárlók.

A biztosítási díjak nagysága Thomson szerint nagy valószínűséggel attól függ, hogy a szolgáltatások mely körét fedik le az adott biztosítási kötvény. Néhány biztosító a díjakat a kor, a nem és az egészségi állapot alapján állapítja meg, ahol egy már meglévő betegség kizárási kritériumot is jelenthet. A szerző hangsúlyozza, hogy a non-profit biztosítók valószínűleg közösségi-alapú kockázatok alapján dolgoznak, így az árak lényegesen alacsonyabbak lehetnek a kereskedelmi biztosítóknál.⁸

A helyettesítő biztosítási stratégiák Thomson szerint általában hasonló szolgáltatási színvonalat nyújtanak, mint a kötelező biztosítások. Egyes esetekben azonban előfordul, hogy a helyettesítő biztosítás szolgáltatási csomagjából kizárják néhány krónikus betegség, köztük a HIV/AIDS kezelését (Csehország). A szerző kiemeli, hogy az önkéntes biztosítási formák közül, amíg a helyettesítő és a kötelező fogyasztói díjakat fedező kiegészítő biztosítások elősegítik a pénzügyi kockázattól való védelmet, addig a kötelező biztosítás által nyújtott szolgáltatásokhoz való gyorsabb hozzáférést lehetővé tevő kiegészítő biztosítás (supplementary) általában nem játszik effajta szerepet. Ahol pedig az önkéntes biztosítás egynél több feladatot lát el, például helyettesítő és kiegészítő is egyben, ott a szerző szerint a szolgáltatásokat általában egyben veszik figyelembe, illetve egy csomagban értékesítik.

A szolgáltatók befolyásolását vizsgálva, Thomson megállapította, hogy az önkéntes egészségbiztosítások fiatal korát, illetve kis méretét tekintve, a régióban a biztosítók (kivéve, ha vertikálisan nincsenek integrálva a szolgáltatókkal) valószínűleg nem tudják befolyásolni a szolgáltatókat. Néhány biztosító esetében azonban a szelektív szerződéskötés lehetővé teszi, hogy azok a szolgáltatók, amelyek együtt dolgoznak az adott biztosítóval, nem kérhetnek hálapénzt a biztosított személytől.

A szabályozás szempontjából a kutató megállapította, hogy az önkéntes biztosítás piacán is megtalálhatóak a piaci kudarcok. Ennek egyik oka, hogy a piac olyan lakosságot fed le, akik már betegek, vagy nagy valószínűséggel fognak egészségügyi költségeket termelni. Emiatt a piacon a biztosítók egyes esetekben a kockázatszelekció⁹ (kontraszelekció,¹⁰ lefőlözés¹¹), máskor a piaci fölény megszerzésének, például a monopóliumhelyzet kialakításának az eszközeit használják. Ezekre a kihívásokra a szerző szerint a közpolitika két eszközzel reagálhat; vagy közvetlenül beavatkozik a piac működésébe, vagy közvetetten, például adókedvezményen keresztül ösztönöz.

Thomson a kormányzati szabályozásnak három fő célját emelte ki. Először is a piac stabilitásának a fenntartását a

pénzügyi és nem pénzügyi standardok segítségével a biztosítók belépésekor és működése során (ebbe beletartozik a minimum fizetőképességi szint meghatározása, különböző követelmények felállítása a biztosítók specializálódásakor és a non-profit alapú működésről), valamint a piacról való kilépésekor, továbbá a pénzügyi tevékenységük követhetőségét, alaposságát és átláthatóságát. Másodszor a fogyasztók védelmét a túlzott marketing tevékenységtől és az egészségügyi szolgáltatókkal való kapcsolat során. Harmadszor az önkéntes egészségbiztosításhoz való hozzáférhetőség javítását azzal, hogy kötelezik a biztosítókat, hogy minden jelentkezőt elfogadjanak, illetve garantált megújítást, amely meggátolja, hogy a biztosítók a szerződéseket felbontsák. Végül minimum vagy standard szolgáltatási csomagok előírását, illetve a termékek és az árak előzetes jóváhagyását. Thomson szerint azonban a vizsgált régió országai csak minimálisan szabályozzák az önkéntes egészségbiztosítási piacot. Például Magyarországon a kiegészítő biztosításokat, amely azokat a szolgáltatásokat fedik le, amelyeket nem finanszíroz az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, egészségpénztárak és kereskedelmi biztosítók nyújthatják, míg Örményországban csak magánintézmények, vagy 2004-ig Horvátországban csak kötelező egészségbiztosítási alapok. Utóbbival ellentétben, Lettországon és Szlovéniában például a kötelező egészségbiztosítási alapok nem árulhatnak önkéntes egészségbiztosítást.

Az elemzés második részében Thomson gyakorlati példákon keresztül mutatja be a szlovén és a horvát kiegészítő biztosítási piacokat, amelyek a kötelező biztosítási szolgáltatásokért fizetendő fogyasztói díjakat térítik meg. Ezt követően a grúz helyettesítő biztosítási piacot elemezte, amelynek érdekessége az volt, hogy az egészségügyi finanszírozási reformot egy nagyon alacsony szintű közkiadási szint mellett vezették be.

A szerző ebben a részben továbbá kitér arra, hogy az önkéntes egészségbiztosításokat érintő reformok a térségben általában két komponensből tevődnek össze; a közpolitikai gondolkodás változásából, illetve a szükséges törvényi keretek felállításából. A régióban Thomson szerint a legtöbb ország az 1990-es évek közepén megteremtette az önkéntes piac kialakulásának törvényi feltételeit, azonban ezt követően több országban is elmaradt a konkrét adminisztratív keretek és szabályozási mechanizmusok kialakítása, amely nem kedvezett a piac fejlődésének.

A régióban a különböző gazdasági és fiskális kontextussal jellemezhető országokban eltérő okokból jelent meg az önkéntes egészségbiztosítás. A szerző szerint a gazdagabb országokban, ahol univerzális vagy közel univerzális a lefedettség, az önkéntes egészségbiztosításra úgy lehet tekinteni, mint egy eszközre, amely egyrészt a kormányzati költségvetésről leveszi a terhet, azáltal, hogy ösztönzi a gazdagabb lakosságot, hogy finanszírozza az egészségügyi ellátását (helyettesítő szerep), másrészt megengedi a közfinanszírozott rendszernek azt a lehetőséget, hogy a „szükséges” és költséghatékony szolgáltatásokra (kiegészítő szerep) fókuszáljanak. Thomson szerint a vizsgált országok politikai vezetésének választania kell aközött, hogy növeli a közkiadásokat vagy az egészségügyi ellátás költségeit azokra terheli, akik ellátásra szorulnak. A kiadások áthárításával párhuzamosan ösztönzött önkéntes egészségbiztosítás szerinte egy olyan kísérletet tükröz, amely a rendszer fiskális fenntarthatóságát kívánja biztosítani. Mindezt úgy, hogy a szolgáltatáskor történő fizetést időben előrébb

hozza, ilyen módon átalakítva a zsebből történő fizetést egy előre történő fizetéssé. Thomson azonban hangsúlyozza, hogy az előfeltételezés, amely szerint az önkéntes egészségbiztosítások ki fogják tölteni a közfinanszírozott rendszerben megjelenő űrt nem mindig bizonyult igaznak, sem nemzetközi szinten, sem a vizsgált régióban.

Az elemzés következő részében a szerző az önkéntes egészségbiztosítási piac fejlődését gátló illetve ösztönöző tényezőit vizsgálta meg. Az önkéntes biztosítás megjelenését elősegítő kihívások között felsorolta a forrásteremtés gyengeségéből, a formális szektor kis méretéből, vagy a nem elégséges adóbevételből eredő problémákat, amelyek ösztönözhetik ennek a fajta piacnak a kiépülését, köztük azáltal, hogy csökkentik a zsebből történő kifizetések okozta terheket. Erre a feladatra Thomson szerint a helyettesítő és kiegészítő biztosítás is alkalmas. A nagymértékben eltérő közkiadási szintek ellenére, szerinte a régióban minden országra jellemző a közfinanszírozott rendszer valamilyen fokú hiányossága. Ez a fajta hiányosság azonban önmagában nem elegendő, hogy egy működőképes önkéntes egészségbiztosítási piac fejlődjön ki a legtöbb országban. Ennek okaként több akadályozó tényezőt is felsorol, köztük például a fizetőképesség, a szabályozás és ahhoz kapcsolódó kapacitások hiányát, illetve az informális kifizetések folyamatos jelenlétét.

Thomson külön megállapította, hogy számos országban a fizetőképesség korlátozottsága mellett hiányzik a kormányzat és a munkáltatók támogatása a biztosítási díjakat illetően. Megtudhatjuk, hogy nemzetközi szinten kevés bizonyíték van arra vonatkozóan, hogy az adókedvezmények elősegítik ennek a piacnak az elterjedését. A gyakorlatban az egyének és a munkáltatók bizalma a piacon sokkal fontosabb tényező. A biztosítási piacokkal szembeni bizalmatlanság a szerző szerint ugyanis a magánpiacokkal szembeni szélesebb körű elégedetlenségből is fakadhat, amelynek hátterében a magas költségektől és a korrupciótól való félelmek állnak, valamint általánosságban véve a biztosításvásárlás gyakorlatának a hiánya. Az elemzésből kiderül, hogy ebben az esetben a közvélemény elvárja az államtól, hogy univerzális, mindenki számára hozzáférhető egészségügyi ellátást biztosítson, amely a közfinanszírozott keretek között nyújtott szolgáltatások igénybevételeként irányába mutat.

Thomson szerint az informális kifizetések három módon akadályozzák az önkéntes egészségbiztosítás elterjedését. Először is az önkéntes egészségbiztosítás nem képes minden esetben megvédeni a biztosítottakat attól, hogy paraszolvencia fizetése nélkül a megfelelő ellátást kapják. Emiatt a betegek attól félnek, hogy duplán – mind az orvosnak, mind külön a biztosítónak – kell fizetniük. Másodszor a biztosítás vásárlóját szükséges biztosítani arról, hogy az informális fizetés hiányában is a megfelelő minőségű ellátáshoz, a megfelelő időben fog hozzájutni. Harmadszor, amennyiben az emberek meg tudják maguknak engedni az önkéntes biztosítási díjakat, a szerző szerint, rövidtávon, még mindig olcsóbbnak bizonyulhat számukra a zsebből történő kifizetés. Habár Magyarországra vonatkozóan Thomson nem közöl adatokat, ez a tényező véleményem szerint jelentős akadályt jelenthet itthon is az önkéntes egészségbiztosítások további elterjedésében.

A kereslet szemszögéből tovább vizsgálva a kérdést, a szerző megállapítja, hogy az informáltság és a szolgáltatók minősége is befolyásolhatja az önkéntes biztosítások vásárlását. Az embe-

rek ugyanis, amíg nem jutnak információhoz például a várólisták hosszáról, vagy az ellátás költségeiről, addig nem merül fel bennük, hogy szükséges lenne egyáltalán önkéntes biztosítást kötniük. Ha a biztosítók nem képesek biztosítani a szolgáltatások minőségét, például a szolgáltatók megválaszthatóságával, a lakosság – az álláspontja szerint – nem fog plusz hasznot látni abban, hogy önkéntes egészségbiztosítást kössön.

A kínálati oldalon Thomson a kormányzati ösztönözés és a jogszabályi feltételek hiányosságaiban lát további akadályokat. A szerző szerint, az önkéntes biztosítás működését szabályozó keretek hiánya bizonytalansághoz és passzivitáshoz vezet az önkéntes biztosítást kínálók körében. Például, ha nincs megfelelően szabályozva, hogy mekkora tartalék előfeltétellel működhetnek a biztosítók, az alacsony likviditás meggyengíti az önkéntes egészségbiztosítás piacát. Kiemelte, hogy néhány országban ez a probléma több biztosító összeomlásához vezetett. További akadályozó tényezőt jelent szerinte a biztosítók működési képességének, a szakértelemnek, különösen az orvosi garanciáknak a hiánya. Emellett a magánszektor infrastruktúrájának a hiánya, az azt körülvevő közfinanszírozott jogosultság körüli bizonytalanság, a magánszektorban a szolgáltatók piacra lépésének magas költségei, a magánszolgáltatási szektor fejletlensége a nagyobb városokon kívül mind nehezítik az önkéntes biztosítási piac kiépülését.

További nehézséget jelent a szerző szerint a kötelező biztosítás szolgáltatási csomagjának nem megfelelő lehatárolása, vagy a tartalmának gyakori változtatása, ugyanis a biztosítók ily módon nehezen tudják megtervezni a termékeiket, illetve a lakosság sem képes megfogalmazni a számára szükségesnek ítélt többletszolgáltatási igényeket. Szlovénia és Grúzia helyzetét ismertetve, fontosnak tartja tisztázni, hogy kit és mit fednek le a közforrások. Szerinte ez egy fontos lépés arra, hogy az önkéntes biztosítás a nem közfinanszírozott szolgáltatásokat illetve a nem biztosított személyeket fedje le. Hangsúlyozza azonban azt is, hogy mindez nem elégséges.

Az ösztönöző tényezők közül Thomson a következőket emelte ki: a szilárd középosztály megléte, a szabályozási és menedzsmenti feladatok ellátásához szükséges megfelelő képesség és kapacitás jelenléte, jól működő pénzügyi piac, amelybe a tartalékok befektethetőek, valamint az egészségügyi ellátás több forrásból történő finanszírozása. Emellett hangsúlyozta a közvélemény bizalmának szükségességét a biztosító intézetekben és az egészségügyi szolgáltatókban, illetve a munkáltatók érdekeltségét, hogy a munkavállalóiknak felkínálják az effajta szolgáltatás elérhetőségét. Végül fontosnak tartja a politikai akaratot az önkéntes egészségbiztosítási piac létrejöttének ösztönzésében és segítésében.

Az elemzés utolsó részében Thomson megvizsgálta, hogy a hatékonyság, a méltányosság és a megvalósíthatóság – mint egészségpolitikai célok és kihívások – dimenzióiban, milyen problémák merülhetnek fel, ha az önkéntes egészségbiztosítás bevezetésre kerül.

A hatékonyság esetében, a szerző szerint a költségek inflációjából adódhatnak problémák. Az önkéntes biztosítóknál ugyanis hiányozhat a megfelelő nagyságú vásárlóerő. Hasonlóan hatékonysági problémához vezet szerinte az önkéntes egészségbiztosítási piac korlátozott versenye. Emellett fontosnak tartja megemlíteni, hogy az önkéntes biztosítási piac jelenléte nem torzíthatja a nemzeti egészségügyi rendszerekben meglévő prioritásokat, mint például a jobb költség-hatékonyságot, vagy a koordinált ellátást.

A méltányosság problémáját aktuálisabbnak ítélte meg, amely magában foglalja a pénzügyi kockázattól való védelmet, a megfizethetőség, illetve a hozzáférésben való egyenlőtlenségek kihívásait. Sérülhet szerinte ez az egészségpolitikai cél, amennyiben a kormányok nagyobb hangsúlyt helyeznek a fiskális fenntarthatóságra (pl. az egészségbiztosítási alapok egyensúlyának) a biztosítására, áthárítva így a közkiadások egy részét a háztartásokra. A vizsgált esettanulmányok alapján ez történt Szlovéniában, vagy Grúziában is, amely alacsonyabb pénzügyi védelemhez és alacsonyabb fokú méltányossághoz vezetett a szerző szerint. Thomson emellett hangsúlyozta, hogy ezzel párhuzamosan a nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy az önkéntes egészségbiztosítás az előnyös helyzetű társadalmi csoportok számára kedvezőbb. A szegényebb csoportokban kisebb a valószínűsége ugyanis annak, hogy önkéntes biztosítást kössenek, mert munkanélküliek vagy nem engedhetik meg maguknak az egyéni biztosítást.

Az önkéntes egészségbiztosítási piac megvalósíthatósága oldaláról a szerző szerint problémát jelent a kockázatszelekció, különösen abban az esetben, amikor a kötelező egészségbiztosítási alapok árulják az önkéntes egészségbiztosítást, tehát ahol nincsenek élesen elválasztva a kötelező és az önkéntes szektor tevékenységei. Ennek oka az lehet, hogy az önkéntes biztosítás esetében a biztosító elutasíthatja a magas kockázatú egyéneket. Thomson leírja, hogy a megfelelő szabályozási környezet kiépítéséhez a kormányoknak politikai és technikai kapacitásra van szükségük, mivel a biztosítók megváltozott viselkedésére megfelelően kell tudni reagálni. Ugyanis ahogyan a piac kiteljesedik, a biztosítók az egészségügyi rendszer részvényeseivé válnak a befektetett érdekeltségeiken keresztül.

Az elemzése végén Thomson fontosnak tartotta megemlíteni, hogy az önkéntes egészségbiztosítás esetében, az országoknak figyelembe kell venniük a már meglévő nemzetközi szabályozó kereteket is. A közép- és kelet-európai térségben például az európai uniós tagság során, a közös európai piac sajátosságait és nemzetközi jogszabályait is szem előtt kell tartaniuk. Az önkéntes egészségbiztosítások díjszabásakor például az Európai Bíróság már tiltja a férfiak és nők közötti kockázatkülönbségek figyelembevételét.¹²

Összességében tehát az önkéntes biztosítás a térségben csupán minimális szerepet játszik, azonban több országban rendszeresen viták tárgyát képezi a témakör. Ennek egyik oka a piac elterjedését akadályozó piaci kurdarcok jelenléte, amely során Thomson óvatosságra inti a kormányokat. Emellett a reformopciók esetében két fontos dologra hívja fel a figyelmet, a kontextusra vagy kiindulási pontra, valamint az elérni kívánt célok pontos lehatárolására. A politikai döntéshozók figyelmét fel kívánja hívni arra, hogy foglalkozzanak a biztosítottak számának növelése helyett inkább a pénzügyi kockázattól való védelemmel, a forrásteremtés dimenziójában pedig tegyenek lépéseket a köz- és a magánforrások egymást kiegészítő szerepének biztosítására, valamint kezdettől fogva világos stratégiákat fogalmazzanak meg a piac szabályozásában.

Sarah Thomson cikke alapos, áttekinthető keresztmetszetét adja egy a megfelelő körülmények között jelentős fejlődési potenciállal rendelkező területről, bemutatva annak elméleti alapjait, hatásait, illetve megvalósításuknak lehetőségeit, ösztönző és akadályozó tényezőit.

Hivatkozások

1. Thomson az Egészségügyi Világszervezet keretében működő European Observatory on Health Systems and Policies kutatóintézet, illetve a London School of Economics egyik vezető kutatója. Kutatásai középpontjában az egészségügyi rendszerek, illetve reformok összehasonlító elemzése áll, azon belül is főként a magas és közepes jövedelmű országok egészségügyi finanszírozási politikáival foglalkozik.
2. Sarah Thomson (2010): *What role for voluntary health insurance*. In: Joseph Kutzin, Cheryl Cashin, Melitta Jakab (eds.) *Implementing Health Financing Reform Lessons from countries in transition*. WHO, 2010 (Chapter 11).
3. Albánia, Azerbajdzsán, Bosznia-Hercegovina, Bulgária, Csehország, Észtország, Horvátország, Fehéroroszország, Grúzia, Kazahsztán, Lengyelország, Lettország, Litvánia, Macedónia, Magyarország, Moldovai Köztársaság, Montenegró, Oroszország, Örményország, Románia, Szerbia, Szlovákia, Szlovénia, Tádzsikisztán, Türkmenisztán, Ukrajna, Üzbegisztán.
4. A magánfinanszírozás célja e vonatkozásban a közfinanszírozás „szokásos” komfortjánál jobb komfort elérése illetve minden más olyan, amiért hálapénzt fizetünk.
5. *European health for all database (HFA-DB)*, World Health Organization, 2011. júliusi verzió.
6. A GKI EKI vezető tanácsadója, Péteri János szóbeli közlése.
7. Thomson az önkéntes egészségbiztosítást tág értelemben véve használta, amely nemcsak a kockázatalapú biztosítást foglalja magában, hanem az egyéni megtakarítási számlákat is, amelyek közé az egészségpénztárak is tartoznak.
8. Az önkéntes egészségbiztosítások által nyújtott szolgáltatásokról Thomson táblázatot is készített. Kutzin J. et al. 2010:305–307.
9. A kockázatszelekció fogalmát a legtöbbször a lefőlözés szinonimájaként használják. Két fajtája van: a lefőlözés és a kontraszelekció.
10. A kontraszelekció során a biztosítottak nem a kockázatuknak megfelelő áron jutnak a biztosítási fedezethez.
11. A lefőlözés a biztosított kockázatok közül egyes kockázatok kiválogatása, kihagyása.
12. Nemtelen díjak, HVG Hetilap, 10. szám, 2011, http://hvg.hu/hvgfriss/2011.10/201110_uniszex_biztositasok_nemtelen_dijak#utm_source=hvg_weekly&utm_medium=email&utm_campaign=newsletter2011_03_09&utm_content=normal (utolsó letöltés: 2011. 08. 03.)

A szerző az ELTE, Egészségpolitika, tervezés és finanszírozás mesterképzés 2011-ben végzett hallgatója.

A köz- és magánkiadások arányának és az önkéntes biztosítás részarányának alakulása az OECD-országokban

A cikk célja, hogy bemutassa az egészségügyi köz- és magánkiadások arányának és szerkezetének alakulását az európai OECD-országok körében, valamint külön Magyarországon. Ehhez az Egészségügyi Számlák Rendszerén alapuló nemzetközi OECD-adatbázis legfrissebb adatai kerültek felhasználásra.

■ Hortobágyi Linda

Az OECD-adatbázis legfrissebb adatai alapján megállapítható, hogy a közületi szektor továbbra is domináns szerepet játszik az OECD-országok egészségügyi rendszereinek a finanszírozásában. A megtermelt GDP 9,2 százalékát költötték átlagosan az egészségügyre 2009-ben az európai OECD országok¹, ebből 7,1 százalékot a közkiadások, 2,1 százalékot pedig a magánkiadások különböző formáiban. Magyarországon eközben a GDP csupán 7,3 százalékát tették ki az egészségügyi kiadások, köztük 5,1 százalékot a közkiadások, 2,2 százalékot pedig a magánkiadások.

Az egy főre jutó egészségügyi kiadások szempontjából is jelentős eltérések láthatóak a térségben. A vizsgált országokban 2009-ben az egészségügyi kiadás egy főre vetítve átlagosan megközelítőleg 3 136 amerikai dollár volt, amelyből 2 448 amerikai dollár a közkiadásokból, 678 amerikai dollár a magánkiadásokból képződött. Ennek az értéknek azonban a felét sem közelítette meg a magyarországi erőforrások nagysága, amely ehhez az értékhez képest csupán 1 476 amerikai dollár (280 ezer forint) volt, azon belül pedig 1 028 amerikai dollár (195 ezer forint) a közforrás, és 448 amerikai dollár (85 ezer forint) a magánforrás². Ennél alacsonyabb értékek csak Észtországban és Lengyelországban voltak megfigyelhetők.

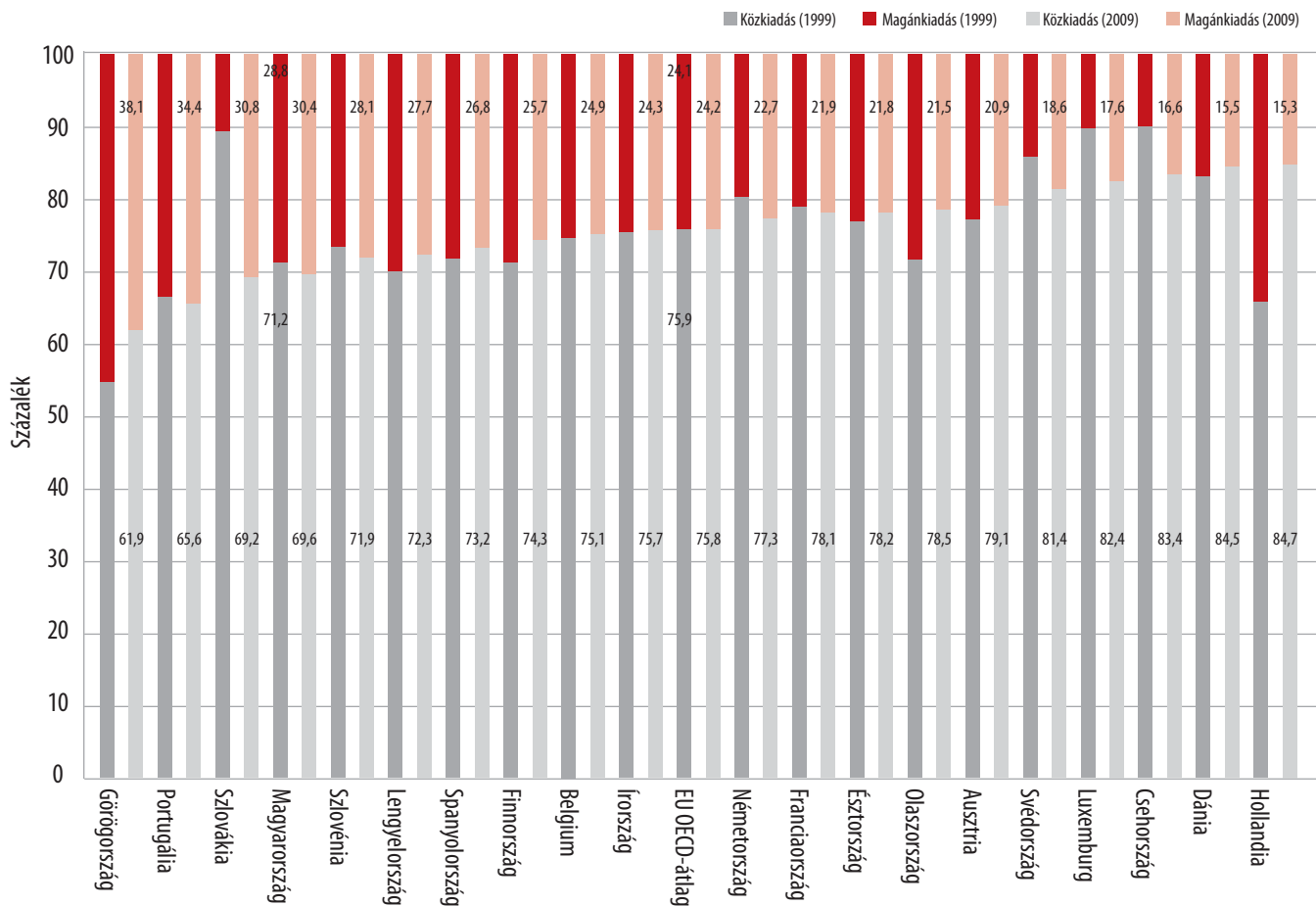
Magyarországon tehát a GDP arányában lényegesen kevesebbet költenek az egészségügyre, mint a legtöbb vizsgált európai országban. Amikor az egy főre jutó egészségügyi kiadásokat a hasonló gazdasági fejlettségű országokkal³ hasonlítjuk össze, akkor is látható, hogy Magyarországon kevesebbet költöttek (1476 amerikai dollár) az egészségügyre, mint Szlovákiában (1962 amerikai dollár) és Csehországban (2041 amerikai dollár), azonban többet, mint Észtországban

(1337 amerikai dollár) és Lengyelországban (1301 amerikai dollár) 2009-ben.

Az egészségügyi elszámolások rendszerének segítségével további dimenziókban vizsgálhatóak az egészségügyi köz- és magánkiadások, amelynek alapját az Egészségügyi Számlák Rendszere (System of Health Accounts) képezi. Ennek a statisztikai rendszernek az első változatát az OECD adta közre 2000-ben, a jelenlegi új változatának a kifejlesztése pedig az OECD, az Eurostat, és az Egészségügyi Világszervezet (WHO) közös együttműködésének az eredménye. Ez alapján az OECD adatbázisának felhasználásával az egészségügyi kiadások vizsgálhatóak a finanszírozó szervezetek, a szolgáltató intézmények, valamint a szolgáltatások jellege szerint. Mindezt ki egészíti egy négyféle mátrix elrendezés is, amely az előbbi három dimenziót vizsgálja különböző kombinációkban, köztük az egészségügyi kiadások alakulását a szolgáltatás jellege és a finanszírozók szerint, a szolgáltatás jellege és a szolgáltató szerint, valamint a szolgáltató típusok és a finanszírozó szerint is. Az így kapott adatok alapján információhoz lehet jutni a források megoszlásáról (ahonnan a finanszírozó szervezetek a forrásokhoz jutnak), a finanszírozó szervezetek szerepeiről, valamint a szolgáltató szervezetekről.

Az egészségügyi kiadásokat a finanszírozó szervezetek szemszögéből vizsgálva, az összes egészségügyi kiadason belül 2009-ben, a közszektor aránya átlagosan 75,8 százalék, a magánszektoré átlagosan 24,2 százalék volt az európai OECD-országok körében (1. ábra). Görögország, Portugália és Szlovákia után Magyarországon volt ebben az évben a legmagasabb a magánkiadások aránya az összes egészségügyi kiadásokon belül. Ha az 1999-es adatokkal párhuzamosan vizsgáljuk az előbbi eredményeket, látható, hogy amíg

1. ábra. A köz- és magánkiadások aránya az összes egészségügyi kiadáson belül az európai OECD-országokban 1999–2009. (% , forrás: OECD, 2011)



az európai OECD-átlag szintjén csupán 0,1 százalékkal növekedett a magánkiadások aránya az elmúlt 12 évben, addig Magyarországon 1,6 százalékkal, Szlovákiában pedig még ennél is magasabban – több mint 20 százalékos – arányban.

A közfinanszírozású alapok lehetnek a központi kormányzat, a regionális vagy helyi önkormányzatok költségvetései vagy a társadalombiztosítási alapok. Az európai OECD-országok közül Finnország, Portugália, Spanyolország, Svédország és Dánia kivételével a közkiadások nagy részét a társadalombiztosítási alapok finanszírozzák. Magyarországon az összes egészségügyi kiadás 60,1 százalékat a társadalombiztosítás keretében az Egészségbiztosítási Alap finanszírozta, 9,5 százalékban pedig a központi kormányzat és a helyi önkormányzatok.

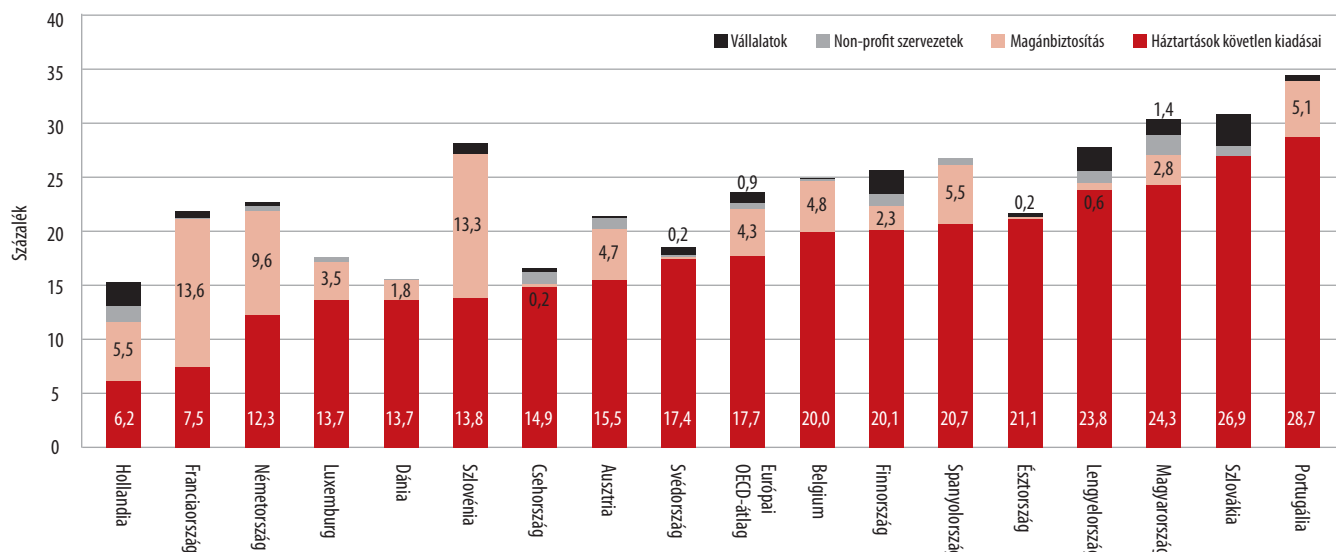
A magánkiadások a magánbiztosításokból, a háztartások közvetlen kiadásaiból (out-of-pocket payments), a non-profit szervezetek (magyarországi vonatkozásban az egészségpénztárakat jelölik), valamint a vállalatok magánkiadásából tevődik össze. A magánkiadások körében a legnagyobb arányban a háztartások közvetlen kiadásai szerepeltek 2009-ben, amely magában foglalja a költségmegosztást, illetve a vény nélkül kapható gyógyszerek költségeit is. Az európai OECD-átlaghoz képest (17,7 százalék), látható, hogy Magyarországon Portugália és Szlovákia után⁴ a harmadik legmagasabb a háztartások közvetlen kiadásainak az aránya (24,3 százalék) (2. ábra). Ezzel ellentétben a magánbiztosítás aránya hazánkban az alacsonyabbak közé tartozik (2,8 százalékkal, szemben az európai OECD-átlag 4,3 százalékaival). A magánkiadások közül a

vállalatok közvetlen kiadásainak az értéke pedig még a non-profit intézmények szerepénél is kisebb. Nemzetközi összehasonlításban viszont ennek a szektornak az aránya Magyarországon a magasabbak közé tartozik.

Magyarországon a finanszírozó szervezetek között habár domináns szerepet játszik az Egészségbiztosítási Alap, az 1992 és 2009 közötti 17 év során a szerepének enyhe gyengülése figyelhető meg (3. ábra). A központi és helyi önkormányzatok közkiadásai eközben stagnáltak, 2000 óta arányuk 10 százalék körül mozog. Ezzel ellentétben megfigyelhető a háztartások közvetlen kiadásainak jelentősebb arányú növekedése, illetve a magánbiztosítás, a non-profit szervezetek (egészségpénztárak), valamint a vállalatok közvetlen kiadásainak a megjelenése (ez utóbbi elsősorban a foglalkozás-egészségügyi kiadásokat jelenti).

Ha a magán- és közkiadások alakulását a szolgáltatás jellege szerint vizsgáljuk, az összes kiadáson belül megkülönböztethetők a „személyes egészségügyi kiadások”, valamint a „közösségi egészségügyi kiadások”. Előbbi a gyógyító, és rehabilitációs tevékenységeket, a hosszú távú ápolást, a ki-gyógyító szolgáltatásokat, valamint a járóbeteg-ellátás kere-tében vásárolt egészségügyi javakat, köztük a gyógyszereket és gyógyászati segédeszközöket foglalja magában. Utóbbinak a népegészségügyi programok és az egészségügyi ad-minisztrációra fordított kiadások képezik a részét. Átlagosan az európai OECD-országokban a magánkiadások legnagyobb arányát a gyógyszerkiadásokra, és a gyógyító és rehabilitációs szolgáltatásokra fordítják (4. ábra). Magyarországon is ez a két szint a domináns, azonban az arányuk meghaladja az európai

2. ábra. A magánbiztosítások, a non-profit szervezetek, a vállalatok, valamint a háztartások közvetlen kiadásainak az aránya az összes egészségügyi kiadás százalékában az európai OECD-országokban 2009. (%; forrás: OECD 2011. Nincs adat: Görögország, Írország, Olaszország. 2008-as adat: Ausztria, Luxemburg, Portugália.)

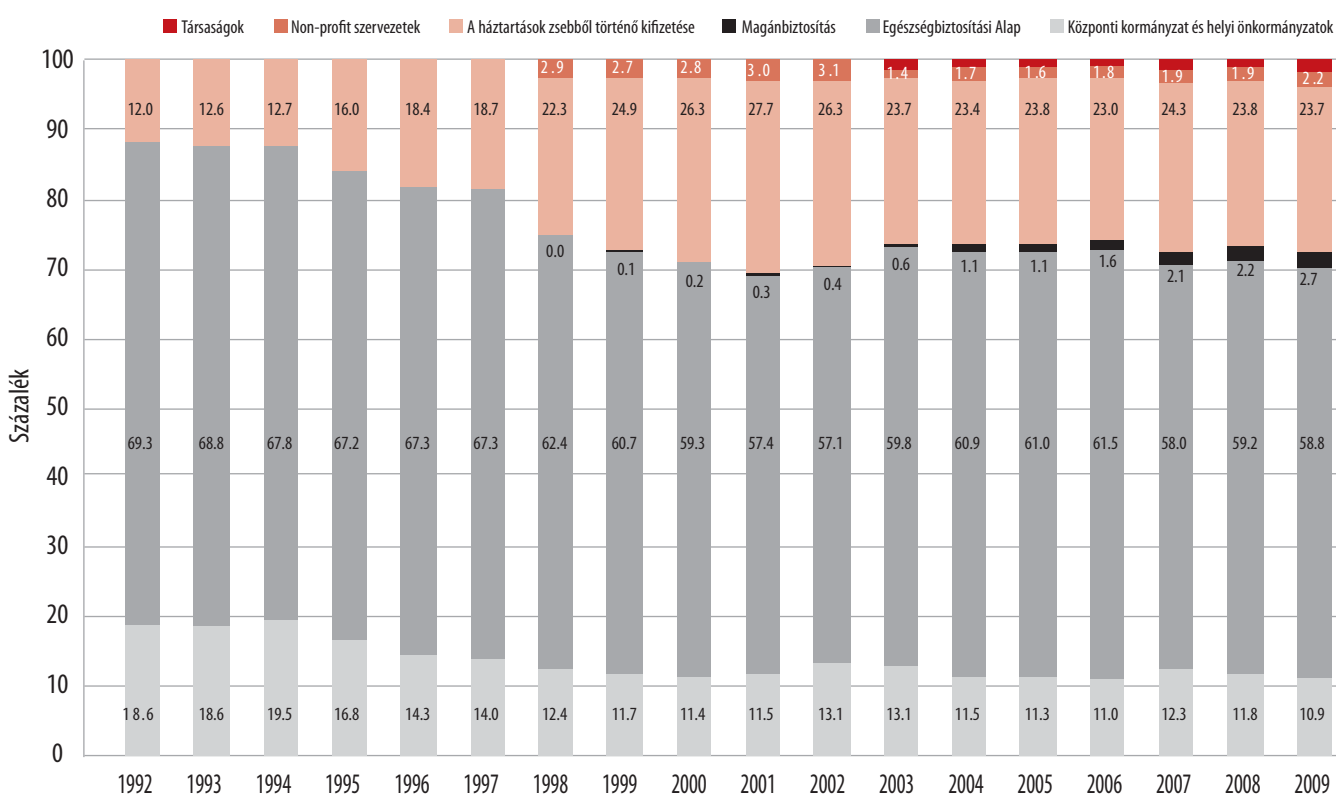


OECD-átlagot. A háztartások közvetlen kiadásainak a mértéke Magyarországon volt a legmagasabb 2009-ben, meghaladta a portugál és a szlovák értékeket is.

Magyarországon külön mátrix táblán vizsgálható, hogy a finanszírozó szervezetek mely szolgáltatási típusokat finanszíroznak (5. ábra). A közkiadások fő finanszírozó szervei (E. Alap, központi kormányzat és helyi önkormányzat) domináns szerepet játszanak az ellátás különböző szintjein. A magánkiadások esetében a háztartások zsebből történő kifizetése nagy arányban történik a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök, valamint a járóbeteg-ellátás szintjén. Emellett kis

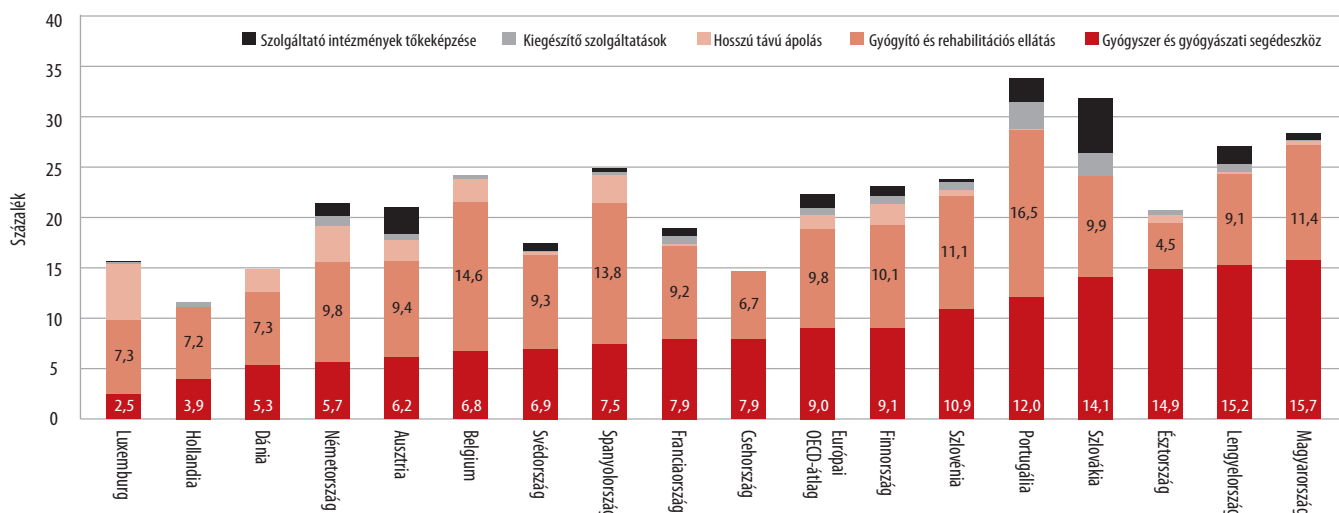
arányban megtalálhatóak a kórházakban és az ápolás-gondozásban megjelenő közvetlen háztartási kiadások is. A háztartásokra különösen igaz, hogy a számbavétel nem teljes körű, hiszen valójában a tartós ápolás rájuk illetve a magánkiadások finanszírozóira hárul. A non-profit szervezetek aránya habár az összes egészségügyi kiadásokon belül csekélynek számít, a magyarországi viszonylatokban a szolgáltatások széles körében vannak jelen. A vállalatok esetében a magánkiadások elsősorban az üzemegészségügyet jelentik, (amely a „nem egészségügyi ágazat” címszó alatt szerepel a szolgáltató szervezetek típusai szerinti statisztikában).

3. ábra. A finanszírozó szervezetek kiadásainak alakulása az összes egészségügyi kiadás százalékában Magyarországon 1992–2009. (%; forrás: OECD 2011)

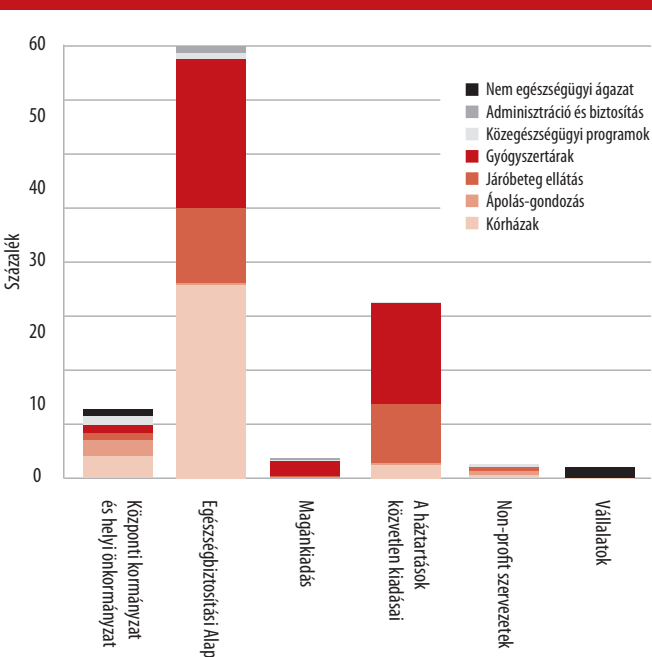


4. ábra. A magánkiadások aránya a szolgáltatás jellege szerint az európai OECD-országokban 2009.

(%, forrás: OECD, 2011. Nincs vagy részleges adat: Görögország, Írország, Olaszország. 2008-as adat: Luxemburg, Portugália.)



5. ábra. Az egészségügyi kiadások alakulása a szolgáltató szervezetek típusai és finanszírozó szerint az összes egészségügyi kiadás arányában Magyarországon 2009 (% forrás: OECD, 2011)



Hivatkozások

- 1 Az európai OECD-átlag adatai annak a 20 országnak az adataiból származik, amelyek tagjai az Európai Uniónak és az OECD-nek is; Ausztria, Belgium, Cseh Köztársaság, Dánia, Észtország, Finnország, Franciaország, Görögország, Hollandia, Írország, Lengyelország, Luxemburg, Magyarország, Németország, Olaszország, Portugália, Spanyolország, Svédország, Szlovákia, Szlovénia. Az átlagból kimaradt az Egyesült Királyság, ahol nem áll rendelkezésre adat a témában.
- 2 Az egy főre jutó egészségügyi kiadások értékét azért vásárlóerő paritáson adjuk meg, mert a nemzetközi

összehasonlításához egy közös valuta szükséges, azonban a valuták átszámításakor például amerikai dollárra, felmerül a probléma, hogy egy dollár vásárlóértéke a különböző országokban jelentősen eltérhet. A vásárlóerő paritás, mint közgazdasági módszer segítségével egy olyan alternatív árfolyam határozható meg, amely azt méri, hogy mekkora az értéke ugyanannak a fogyasztói kosárnak az egyes országokban.

- 3 A Magyarországhoz hasonló fejlettségű országok körét a WHO adatbázisában, az egy főre jutó GNP 2009-es alakulása alapján állapítottam meg és szűkítettem le a vizsgált európai OECD országokra.
- 4 Görögországról a vizsgált időszakban, ebben a bontásban nem állt rendelkezésre adat.

Forrás:

- 1 Mentusz Zs. (2007). Nemzeti Egészségügyi Számlák, Központi Statisztikai Hivatal, http://www.tarki.hu/hu/services/hrc/files/20070601/iii_7.pdf (utolsó letöltés: 2011.08.28.)
- 2 OECD (2011). Nemzeti Egészségügyi Számla módszertana, http://www.oecd.org/document/8/0,2340,en_2649_33929_2742536_1_1_1_1,00.html (utolsó letöltés: 2011.08.28.)
- 3 OECD (2011). OECD Health Data adatbázis, <http://stats.oecd.org/index.aspx> (utolsó letöltés: 2011.08.28.)
- 4 Orosz É. (2001). A fenntartható finanszírozás. Az egészségügyi kiadások korlátozása. In: Orosz É. Félúton vagy tévúton. Egészségügyünk félmúltja és az egészség. Budapest.
- 5 Orosz É. (2010). A magyar egészségbiztosítás néhány stratégiai kérdése. In: Dr. Bodrogi J. (szerk.). A magyar egészségügy, társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményterkép. Semmelweis Kiadó. Budapest, 2010:35–42.

A szerző az ELTE, Egészségpolitika, tervezés és finanszírozás mesterképzés 2011-ben végzett hallgatója.

Egy év múltán Obama egészségügyi reformjáról

Még csak egy év telt el Obama elnök egészségügyi reformjának hatályba lépése óta, és a törvénynek máris számos kihívással kell szembenéznie, sőt a jövője is bizonytalannak tűnik. Eddig csak egy-egy kisebb csoport részesült kedvezményben, és az amerikaiak többsége nem is érti a törvény bonyolult összefüggéseit, és azt sem tudják, hogy személyesen milyen változásokra számítsanak. Ezek egyébként – mint például a biztosítási kötelezettség, amely végül a mindenkire kiterjedő fedezetet fogja megteremteni, továbbá a különböző támogatások, amelyekben az alacsony jövedelműek és a kisvállalkozások részesülnek – csak 2014-től lépnek hatályba.

■ Harry Perlstadt professzor, PhD, M.P.H.¹, Balázs Péter²

Az egységbe tömörült republikánusok, akik különben a jogalkotás minden szakaszában keményen támadták a teljes nevén a „Betegek védelméről és a méltányosan elérhető ellátásról” szóló törvényt, a 2010. novemberi választásokon átvették a Képviselőház vezetését. Elérték, hogy a ház olyan előterjesztéseket szavazzon meg, amelyek egészében elutasították a törvény alkalmazását, vagy pénzügyi fedezetének megalapozását. Ezek természetesen rendre elbuktak a demokraták által irányított szenátusban. Időközben azonban nyolc tagállam olyan jogszabályokat alkotott, amelyekkel mentesítést akarnak elérni a szövetségi kormány által elrendelt biztosítási kötelezettség alól, továbbá számos keresetet nyújtottak be a bíróságokhoz, amelyek alkotmányossági szempontból támadják a törvényt. A demokrata/republikánus-törésvonal mentén a közvélemény megosztottsága sem változott, ugyanis az elnöki adminisztráció és a demokraták egy év alatt sem tudták közérthető módon bemutatni és az emberekhez közelebb hozni az új rendszert. A jövőt illetően lehetséges, hogy az események az ausztráliai forgatókönyv szerint fognak alakulni. Ott ugyanis az történt, hogy a 40 évvel ezelőtt megkezdett egészségbiztosítási reform intézkedéseit a kormányzásban egymást követő ellenfelek egészében vagy részben mindig vissza akarták vonni, de mindezek ellenére az alapkoncepció végül mégis megvalósult.

Obama elnök egészségügyi reformtörvénye (továbbiakban Reform vagy Törvény), hivatalosan „Törvény a betegek védelméről és a méltányosan elérhető ellátásról”, 2010. március 23-án lépett hatályba. Eredeti nevén a Patient Protection and Affordable Care Act terjedelmes, 906 oldalas jogszabály, amelynek hármas célja az, hogy kiterjessze az ellátások pénzügyi fedezetét, szabályozza a költségeket, és javítsa az USA egészségügyi ellátó rendszerét. Ennek keretében minden amerikai állampolgárnak biztosítotttnak kell lennie 2014 végéig, ugyanis ellenkező esetben egyfajta büntető adót kötelesek fizetni a biztosítási díj helyett. Az alacsony és közepes jövedelmű rétegek, amelyek a munkaviszonyuk révén

eddig nem jutottak biztosításhoz, pénzügyi támogatást kapnak fedezetük megteremtéséhez. Azok a kisvállalkozások, amelyek biztosítást kötnek alkalmazottaik részére, adókedvezményben részesülnek. Másfelől, a biztosítótársaságok nem tagadhatják meg a szerződéskötést az ügyfél korábbi betegségeinek vagy aktuális állapotának fokozott kockázatára hivatkozva. Ugyanakkor a munkáltatókat jogilag nem terheli általános biztosítási kötelezettség, még a kisvállalkozásokat sem, hogy alkalmazottaiknak biztosítási szerződést kössenek, sőt a szövetségi kormány újabb és közfinanszírozott biztosítást sem akar létrehozni a jelenlegi magánbiztosítások mellett.

A Törvény egyes részei nyolc év alatt fokozatosan lépnek hatályba, és az igazán érdemi változások először 2014. január 1-jétől kezdődnek. Eddig, vagyis az első évben 44 kisebb módosítás történt, amelyek közül több csupán a tervezésre és a későbbi időzítésekre vonatkozott (8). Mivel ezek a változások is újabb költségvetési terheket jelentettek, heves ellenállást váltottak ki a Kongresszus egyes politikai berkeiben. Obama elnök őket szólította fel arra, hogy a nyílt politikai vita helyett ne meneküljenek túldimenzionált, és valójában filléres költségvetési érvek mögé (3). Egyértelműen kiderült tehát az eddigi tapasztalatok alapján, hogy a politikai ellenfelek milyen eszköztárat fognak felvonultatni a Reform megakadályozására vagy legalább is késleltetésére, kezdve a szövetségi és tagállami törvényhozási manipulációktól egészen az alkotmányosságot kétségbe vonó peres eljárásokig. A fő cél nyilvánvalóan az, hogy a közvéleményt a maguk oldalára állítsák. Valójában véve mindez az egészségügyi gazdaságtan politikai mezbe öltöztetett hadjáratának keretében történik.

Ami 2010/11-ben eddig megvalósult...

Kétségtelen, hogy néhány változás kifejezett népszerűségnek örvendett. Lehetővé vált, hogy felsőoktatási tanulmányokat folytató felnőtt családtagok 26 éves korukig a szüleik biztosítási fe-

dezetét élvezhessék. Egyéni és csoportos biztosításban sem vonhatja vissza a biztosító a fedezetet, eltekintve a biztosított által elkövetett csalás esetétől, és gyermekeket illetően semmilyen, már előzetesen fennállott betegsége hivatkozva nem lehet a szerződéskötést megtagadni. Másfelől, felnőttekre vonatkoztatva is hatályba lépett egy átmeneti rendelkezés, amely révén a tagállamok vagy a szövetségi kormány támogatják azokat, akik a korábban már kimutatott betegségük fokozott kockázata miatt legalább 6 hónapig nem tudtak biztosítást kötni. Ez év kezdetétől minden szövetségi biztosításnak csökkentették a díjait, a többi szervezetet pedig arra kötelezték, hogy ügyfeleiknek kedvezményeket adjanak, ha az általuk igénybe vett természetbeni szolgáltatásokra nem fizettek többet a nagy biztosítási cégek 85%-os, illetve az egyéni és kisebb csoportos biztosítások 80%-os átlagánál.

Tilos életkori korlátokat szabni a biztosítási fedezettel szemben, és 2014 végéig a biztosítóknak minden felső összeghatárt el kell törölniük az igénybe vehető szolgáltatások éves keretét illetően. Egyes munkáltatók és szakszervezetek „korlátozottan kedvezményes” vagy úgynevezett „mini-med” biztosítást kínálnak alkalmazottainak, illetve tagságuknak, amelyben éves fedzeti keretet állapítottak meg, vagy a természetben igénybe vett kórházi, orvosi és gyógyszerellátási szolgáltatások összege nem haladhatja meg a 750 000 dollárt. Annak érdekében, hogy ezek a biztosítottak se maradjanak fedezet nélkül, és az átmenet alatt se kerüljenek hátrányos helyzetbe, az Egészségügyi Minisztérium (Department of Health and Human Services = HHS) egy éves türelmi időszakot engedélyezett abban az esetben, ha a biztosító hitelt érdemlően igazolja, hogy ennek hiányában a biztosítási díjak jelentősen emelkednének, vagy érdemben csökkenne a hozzáférhetőség. Eddig (2011 márciusáig) 2,6 milliós népességről gondoskodó több mint ezer biztosítási cég vette igénybe ezt a lehetőséget (12).

A Törvény kiterjeszti a Medicare-kedvezmények körét (13), amelyek a szövetségi alapokból finanszírozott 65 éves kor feletti amerikaiak ellátását biztosítják. Megszünteti a költségmegosztást bizonyos Medicare-B preventív szolgáltatások esetén, fedezi a kolorektális rosszindulatú daganatok szűrési vizsgálatait, és megteremti az egyénre szabott prevenció program lehetőségét a többi között egy átfogó egészségi kockázatbecslés alkalmazásával. A 2010. évi szinten befagyasztotta a 2011-ben esedékes magánalapú kedvezményes Medicare (C-rész)-befizetéseket, és azt is megtiltja, hogy nagyobb közvetlen hozzájárulást kelljen fizetni egyes Medicare-szolgáltatásokért ahhoz képest, amelyet a hagyományos Medicare-B rész ír elő a fee-for-service ellátásban. A Medicare-D vényköteles gyógyszerellátási biztosításának keretében a Törvény fokozatosan felszámolja az úgynevezett „katasztrofális kiadási perem” előtt tátongó szakadékokat, amelyet az USA-ban igen szemléletesen doughnut hole-nak neveznek (a doughnut a magyar fánkhoz hasonlít, azonban a közepe nem elvékonyodik, hanem lyukas).

A Medicare-D számos választási lehetőséget kínál a kormányzat által befogadott magánbiztosítási ajánlatok közül. Mindegyik egy kezdeti 310 dolláros önrésszel indít, majd ezután a biztosítottak a következő sávban 2530 dollárig a gyógyszer árának 25%-át fizetik, ami összességében 632 dollár 50 cent, így a ténylegesen zsebből fizetendő összeg $310+632,50=942,50$ dollár. Ez nem érinti a havi biztosítási díjat, amelyet természetesen mindenkinek fizetnie kell. Miután az egyes biztosítások különböző copayment-et követelnek, még két olyan biztosított is, akik pontosan ugyanazt a gyógyszert váltják ki, a pénztárnál különböző

összegeket fizethetnek, és eltérő időpontokban érhetik el az első szakasz határát.

Amikor a gyógyszerköltségek elérik a $310+2530=2840$ dolláros küszöböt, a biztosított a teljes kiskereskedelmi árat fizeti további 4550 dollár kiadásáig, és csak ezután érkezik el a 7390 dolláros ($2840+4550=7390$) katasztrofaküszöbhez. Ettől kezdve egy újabb biztosítási konstrukció lép be, igen mérsékelt fizetési kötelezettséggel. Azt a pénzügyi szakadékokat tehát, amelybe jelenleg a biztosított belezuhan, a 4550 dollárra vonatkozó valamilyen fedezettel kellene áthidalni. Az új Törvény értelmében mindenki, aki 2010-ben a szakadék peremére ért, automatikusan kapott egy 250 dolláros utalványt. A kedvezmény 2011-ben úgy módosult, hogy a 2840 dollár utáni 4550 dolláros sávban a biztosítottak 50%-os kedvezményt kapnak a szabadalmilag védett gyógyszerekre, és 7%-ot az összes generikumra. Végül, 2020-ban generikumok tekintetében a szakadék teljesen megszűnik.

A 25 alkalmazottnál kisebb létszámot foglalkoztató kisvállalkozások, amelyek évenként 50 000 dollárnál kisebb fizetést adnak és biztosítást kötnek foglalkoztatottaik részére, vállalkozási költségeik 35%-áig és nonprofit tevékenységi bevételeik 25%-áig adókedvezményekben részesülnek. Továbbá, azok a munkáltatók, akik jelenleg biztosítási fedezetet kínálnak a Medicare-ellátásra még nem jogosult, de már 55 éves kor feletti nyugdíjasoknak, egy szövetségi viszontbiztosítási program részesei lehetnek. Az Egészségügyi Minisztérium 2010. december 31-ig ezt a kedvezményt több mint 5000 munkáltatónak és szakszervezetnek biztosította.

Előfordulhat az is, hogy egyesek az új szabályozás következtében többet fizetnek a korábbi összegeknél. A Törvény ugyanis véget vetett annak a gyakorlatnak, amely adómentes megtakarítási számlák (tax free medical savings accounts) nyitását tette lehetővé a vény nélkül forgalmazott gyógyszerek vásárlására. Rögzítette továbbá az egyes Medicare-B-ellátásokhoz szükséges jövedelmi küszöböt a 2010. évi szinten, és csökkentette azt a támogatást, amelyet eddig a Medicare-D részben a magas jövedelmű csoportok élveztek. A Törvény 10%-os adót vetett ki a mesterséges UV-sugárkezelést nyújtó szolgáltatókra. Európával ellentétben az UV-kezelést az USA-ban mindig is kozmetikai célú szolgáltatásnak tekintették, és a D-vitamin hiánypótlás kedvező hatásánál jóval súlyosabbnak ítélik a bőrrák keletkezésének és a szemlencse károsodásának a veszélyét.

A Reform két fő célkitűzése az emelkedő egészségügyi kiadások korlátozása és a biztosítási fedezet kiterjesztése minden állampolgár részére. A HHS 2010 augusztusában 45 tagállamnak és District of Columbia-nak adott támogatást ahhoz, hogy vizsgálják felül azokat az indoklásokat, amelyekkel az egészségbiztosítók a semmivel nem igazolható költségnövekedéseiket magyarázzák, majd december 21-én ajánlást adott ki a biztosítási díjakról. A Törvényben előírt Egészségbiztosítási Fórumok (Health Insurance Exchanges = HIE) 2014. január 1-jétől minden tagállamban hatékonyan fogják segíteni a biztosítást kötő magánszemélyeket és kisvállalkozásokat. Jelenleg csak Massachusetts és Utah tart fenn ilyen intézményeket. A HHS 2011 februárjában hét államnak juttatott úgynevezett „kezdeményező” támogatást annak érdekében, hogy megfelelő informatikai háttérrel teremtsenek a HIE-k működéséhez. A támogatás egyik részét egy konzorcium kapta, amely New England öt államát és Massachusetts-et tömöríti, a másik felét pedig Kansas, amely most folytat tárgyalásokat, hogy Missourival társuljon, a többi támogatás birtokában pedig Maryland még további tagállamokkal áll tárgyalásban.

Megosztottság a pártpolitikában

A Törvény szerint a 2010. szeptember vége után alapított biztosítók preventív célú és co-payment nélküli minimumcsomagot kötelesek összeállítani, amely a többi között tartalmazza a védőoltásokat, a csecsemők, kiskorúak és serdülők gondozását és a nők részére szervezett szűrővizsgálatokat. Lehetővé kell tenni továbbá, hogy a biztosítottak jogorvoslással élhessenek a biztosító döntései ellen, és biztosítási ügyekben független külső szervek is vizsgálatot végezhesenek.

A Reform a közforgalmú étkeztetésre is tartalmaz előírásokat, amelyek értelmében az étteremláncok, az élelmiszer nagykereskedések és a 20 automata ételkiadó helynél többet üzemeltető vállalkozások a menükínálatukat bemutató hirdetőtáblákon kötelesek feltüntetni a kalóriaértékeket és az összetételre vonatkozó jelzéseket. Tipikusak ebből a szempontból azok a nagyméretű hirdető táblák, amelyek az autóból való kiszállás nélküli automata ételkiadó helyeknél láthatók szerte az USA-ban. Az Élelmiszer és Gyógyszerellenőrzési Hivatal (Food and Drug Administration = FDA) jelenleg két idevágó rendelkezést bocsátott nyilvános vitára.

Egyes változások kevésbé lesznek látványosak a nyilvánosság számára. A Medicaid-program tagállami szintű ugyan, de szövetségi költségvetési hozzájárulásban is részesül annak érdekében, hogy a szolgáltatásokat egyébként megfizetni képtelen alacsony jövedelmű rétegek is ellátásban részesülhessenek. A programban az alapellátók és a hiányosan ellátott területeken dolgozó általános sebészek is 10%-os kedvezményt kapnak a szolgáltatásaik után. A gyógyszergyártók a Medicaid-beszerzésekben 15,1–23,1% közötti kedvezményt kötelesek adni az új fejlesztésű gyógyszerek után, és a kedvezmény csökkentett mértékben más termékekre és a generikumokra is vonatkozik. Előírja azt is a Törvény, hogy a gyógyszergyártók a következő 10 évben 38 milliárd dollárt fizessenek közvetlenül a szövetségi költségvetésbe, a központi Medicaid-alap jövőbeni finanszírozhatósága érdekében. Ennek következtében viszont három tagállam kivételével az összes többi érzékeny veszteséget fog szenvedni saját Medicaid-programjának fenntarthatósága szempontjából, ugyanis közvetlenül kevesebb pénzt kapnak a gyógyszergyártóktól. Eddig minden állam külön-külön tárgyalta a vényköteles gyógyszerek kedvezményes nagykereskedelmi beszerzéséről, és a megtakarítás részben a tagállami, részben a szövetségi költségvetést segítette. A Törvény hatására azonban a kedvezmények túlnyomó többségét a központi költségvetés fogja realizálni (15).

A Törvény adójóváírást vagy pénzügyi támogatást nyújt a 250 alkalmazottat vagy annál kevesebbet foglalkoztató vállalkozásoknak olyan beruházások 50%-ának erejéig, amelyek új kezelési eljárások bevezetésére, a hosszú távú költségnövekedés mérséklésére és 30 éven belül a rosszindulatú daganatok kezelésében elérhető pozitív eredményekre irányulnak. Ezek a beruházások magas minőségű munkavégzéssel járó és jól fizetett állásokat teremtenek, és támogatják az USA versenyképességét az élet minden területén, így a biológiai és orvosi tudományokban is. Erre a célra a kormány már 2010 novemberétől csaknem egymilliárd dollár összegű adókedvezményi fedezetet és támogatási alapot biztosított. Ugyancsak novemberben az FDA nyilvános meghallgatást tartott annak érdekében, hogy javaslatokat gyűjtson a 2009-ben hatályba lépett és a Reformhoz csatolt „A biológiai ipar árversenyéről és innovációjáról (Biologics Price Competition and Innovation Act of 2009) szóló törvény alkalmazásának kapcsán felmerülő problémák kezelésére.

Az USA-ban az egészségbiztosítás hagyományosan kiélezett és megosztó pártpolitikai szembenállás tárgya, és egyértelműen két táborra osztja mind a politikusokat, mind a választópolgárokat (1). Mindez tovább fokozódik, amikor a demokraták olyan jogszabály tervezetekkel állnak elő, amelyek a központi kormányzat beavatkozási lehetőségeit növelnék, kiváltva ezzel a republikánusok fokozódó ellenállását. Így például 1993 decemberében William Kristol (9) képviselő egyéni akciója nyomán köröztek a Képviselőház republikánus tagjai között egy olyan dokumentumot, amely kifejezetten arról szólt, hogy miként lehet a leghatásosabban fellépni a Clinton-féle reform javaslataival szemben. Kristol, mint neokonzervatív oktató a Harvard Egyetem Kennedy Iskolájában tanított mielőtt George H. W. Bush kormányzati csapatában Dan Quayle alelnök stábjának vezetését elvállalta. Érvei szerint a republikánusok esélytelenek lettek volna, ha a Clinton-tervet költségvetési oldalról támadják, utalva arra, hogy munkahelyek kerülnének veszélybe és a gazdaság is károkat szenvedne. Világosan látta, hogy a Clinton-terv súlyos politikai fenyegetés a republikánus párt számára, és nem módosítani kell, hanem teljes egészében visszautasítani.

Kristol természetesen tisztában volt a reform népszerűségével, ezért azt javasolta a republikánusoknak, hogy agresszív és kíméletlen ellenállást kell szervezni, kikezdve a javaslat törvényességi alapjait, és egyben a demokraták egyoldalú pártpolitikai törekvéseit is le kell leplezni. Világosan látta, hogy amennyiben a Clinton-terv megvalósulna, a középosztályok egyoldalú függőségbe kerülnének a kormányzat „biztonságot” ígérő szabályozó és adakozó kedvétől, ráadásul a demokraták még a középosztályok nagyvonalú érdekvédőjének szerepében is tetszeleghetnének. Republikánus szemszögből ez azt jelentette, hogy a Clinton-terv éppen azoknak a rétegeknek a támogatása nélkül válik életképtelenné, amelyek különben megfelelő biztosítási fedezettel rendelkeznek és egészségügyi ellátásukkal is elégedettek. Valójában tehát semmilyen ok nincs a fennálló rendszer megváltoztatására. Kristolnak ez a stratégiája 1955 óta első ízben tette lehetővé, hogy a republikánusok 1994-ben átvegyék a törvényhozás mindkét házának a vezetését. Sőt, még 16 év múltán is kitűnő útmutatásnak bizonyult az Obama-féle Törvény elleni hatásos érvelésben. Amikor bizonyossá vált, hogy a demokraták megszavazzák az Obama-tervet, a pártpolitikai megosztottság éles vitái alászálltak az egyes tagállamok szintjére. Néhány állam azzal kísérletezett, hogy korlátozza, módosítsa vagy nyíltan ellemezze az új Törvény egyes szövetségi intézkedéseit (2), ami nem új jelenség az USA történelmében. Annak idején James Madison and Thomas Jefferson is sikerrel jártak 1798-ban, amikor Virginiát és Kentucky-t hozzásegítették ahhoz, hogy tagállamként ellenálljanak a szövetségi kormányzat hatalmi törekvéseinek. Az történt ugyanis, hogy egy törvény (Alien and Sedition Acts of 1798) a szövetségi kormányt olyan hatalommal ruházta fel, amely háború vagy az ország megtámadása esetén lehetőséget adott az ellenféllel azonosítható lakosság internálására, és azokkal szemben is büntetést rendelt el, akik nyilvánosan vagy zártabb körben az USA kormányáról, a kongresszusról, vagy az elnökről valótlán állításokat terjesztettek. Kentucky és Virginia ekkor úgy döntött, hogy saját állami jogosítványai védelmében ellenáll ennek a szövetségi jogszabálynak. Közvetlenül 2010. március 21. előtt, amikor a kongresszusban a végszavazás történt, Virginia és Utah március 10-én, illetve 17-én olyan jogszabályt alkotott, amelynek értelmében mindkét államnak joga van szembeszegülni a

szövetségszerű elrendelt kötelező egészségbiztosítással. Hasonló jogszabályok születtek később Georgia és Louisiana államban, és Missouri, Arizona valamint Oklahoma szavazói népszavazással erősítették meg saját államuk egészségügyi rendszerének védelmét. Ezek a jogszabályok elrendelték, hogy a nevezett tagállamok polgárai mindenféle szövetségi beavatkozástól mentesen szabadon dönthessenek arról, hogy milyen biztosítási fedezetet válasszanak maguknak, és ezen döntés nyomán mentesek maradjanak bármilyen büntetéstől vagy büntetőjogi fenyegetéstől. Mindezek a kísérletek valójában arra irányultak, hogy az USA szövetségi rendszerén belül az egyéni választás szabadságát és az egyes tagállamok jogait védelmezzék. Mindazonáltal, az amerikai alkotmány vonatkozó rendelkezése (US Constitution, Article VI, Clause 2) a szövetségi jognak elsődlegességet biztosít minden más jogszabállyal szemben. Következésképpen az alkotmányos keretek között hatályba lépő szövetségi törvények az összes fentiekben említett tagállami jogszabályt felülírják.

Az egészségügyi reform kifejezetten pártpolitikai téma volt a 2010 novemberében tartott kongresszusi választások kampányában, amikor is a republikánusok 63 hellyel növelték mandátumaik számát, és így 49 fős többséggel vették át a Képviselőház irányítását. Ez a többség 1948 óta a legnagyobb, amelyet egyetlen egy párt ért el, és a legjobb eredmény 1938 óta, ha az elnöki ciklus féldíós választásait vesszük figyelembe. A 100 fős szenátusban pedig a demokraták többsége 53 főre csökkent.

A republikánusok sikereiket a „Teadélután” nevezett laza csoportosulásoknak köszönhették (14). A névadás alapja a világtörténelemben Bostoni Teadélután néven ismeretes akció volt, amelynek során 1773. december 16-án magukat indiánnak álcázó amerikai patrióták a bostoni kikötőben három teaszállító hajót elfoglaltak és rakományukból 342 láda teát a vízbe szórta. Így akarták megakadályozni a kirakodást és elkerülni az akkor még gyarmattartó Anglia által a Tea-törvényben megállapított behozatali illeték kifizetését. A jelszavuk („nem adózunk az államhatalomból való törvényes részesedés nélkül”) nyomán kibontakozó mozgalom végül is 1776-ban a Függetlenségi Nyilatkozat kiadását és az USA megalapítását eredményezte.

A konzervatív amerikai értékek védelmezői az internet segítségével toborozták a résztvevőket az egészségügyi reform elleni fellépéshez. Teadélután akciójuk hivatalosan nem pártpolitikai alapon működött, hanem olyan mozgalomként, amely hitet tett a konzervatív-liberális értékek védelmében. Kiálltak az alkotmányos keretek közé szorított kormányzás, a felelősségteljes költségvetési gazdálkodás és a szabad piacgazdaság mellett, ugyanis azt hirdették, hogy mindez veszélybe kerül, ha a kongresszus megszavazza az egészségügyi reformot. Ezen a támogatáson felbátorodva, a Képviselőház a 2011. év elején 245 szavazattal 189 ellenében megszavazta a „Munkahelyeket megszüntető egészségügyi törvény elutasítása” című képviselőházi törvényjavaslatot (House Resolution 2), amely az egész Reformtörvény visszavonását követelte. Valójában jelképes aktusról volt szó, hiszen a szenátus két héttel később – a várakozásoknak megfelelően az összes republikánus szenátor akarata ellenére, vagyis 51 szavazattal 47 ellenében – a javaslatot visszaküldte. Néhány héttel később a Képviselőház republikánus tagjai kiemelték javaslatuk a Törvényből azt a szakaszt, amely az elkövetkező évtizedben 15 milliárd dollárt irányzott elő olyan preventív célokra, mint az elhízás elleni küzdelem, a dohányzás csökkentése és az egészséges táplálkozás előmozdítása. Nyilvánvaló azonban, hogy az ilyen és ehhez hasonló javaslatok mind elbuknak a szenátusban, de ha netán mégis sikerrel járnának, végső soron Obama elnök vétója

vet véget ezeknek az akcióknak. Ezzel azonban még nem érnek véget a Törvény szövetségi finanszírozhatósága körüli politikai kötéltűzések, ugyanis tovább folytatódnak az aktuális 2011-es költségvetési évben, és a 2011. október 1-jén kezdődő 2012-es évre is áthúzódnak.

Bírói felülvizsgálat

A bírói felülvizsgálat az igazságszolgáltatásnak az a jogosítványa, amelynek révén megakadályozható azoknak a jogszabályoknak a hatályba lépése, amelyek ellentétben állnak az alkotmánnyal. Tételeken az USA alkotmánya ilyen felülvizsgálati jogkört nem biztosít a szövetségi bíróságnak, azonban Alexander Hamilton 1787–88 között úgy érvelt a Federalist Papers 85 újságcikkéből álló sorozatának 78. darabjában, hogy a bíróságok feladata a jogszabályok értelmezése, tehát az ilyen eljárások lefolytathatók. Amennyiben a bíróság úgy találja, hogy egy adott jogszabály ki-küszöbölhetetlen ellentétben áll az alkotmánnyal, természetesen az alkotmányt kell mértékadónak tekinteni. A Federalist Papers cikksorozatát 1787–1788 között egyébként James Madison, Alexander Hamilton és John Jay írták annak érdekében, hogy a New York-i szavazókat meggyőzzék az alkotmány elfogadásáról. Érvelésükben következetesen az alkotmány szerzőinek szándékaira hivatkoztak, és ezzel a mai napig hivatkozási alapot szolgáltatnak a bírói ítékezéshez egyes jogszabályok alkotmányosságának kérdésében. Az időközben kialakult gyakorlat szerint a bírói felülvizsgálat olyan eszközzé vált az USA-ban, amely a törvényalkotási többségnek is ellensúlyát képezheti és megakadályozhatja a pártpolitikai szempontok korlátlan érvényesülését (5).

Ugyanazon a napon, vagyis március 23-án, amikor Obama elnök a Törvényt aláírta, négy megkeresés érkezett a területi szövetségi bíróságokhoz. Richmondban Virginia főállamügyésze nyújtott be keresetet (Commonwealth of Virginia vs. Sebelius /1/) azzal az indokolással, hogy az egészségbiztosítás nem érinti az egyes tagállamok közötti kereskedelmi forgalmat, következésképpen a Reformtörvényt alkotmányellenesnek kell minősíteni, mivel a kongresszus az egyes személyek biztosítási kötelezése kapcsán átlépte az alkotmányos felhatalmazását.

Kétségtelen, hogy történelmi alapon a biztosítás nem tartozott az államok közötti kereskedelem körébe, mivel azt maguk a tagállamok szabályozták. A kereset továbbá azt a kérdést is felvetette, hogy a kongresszus szabályozhatja-e a gazdasági inaktivitást, vagyis azt az esetet, amelynek során egyes személyek megtagadják a biztosítás megkötését. Henry Hudson bíró, aki a republikánusok támogatását élvezte, úgy döntött, hogy alkotmányellenes egyes emberek kötelezése a biztosítás megkötésére.

A második keresetet (State of Florida vs. U. S. Department of Health and Human Services) Pensacolában nyújtotta be Florida állam főügyésze, 15 további államban működő hivatali társával együtt, akik közül csak egyetlen egy volt nem republikánus, és még négy republikánus kormányzó is csatlakozott hozzájuk. Indokolásként nemcsak azt adták elő, hogy a Reformtörvény azért alkotmányellenes, mert az egyéni biztosítási kötelezéssel átlépi azt a felhatalmazást, amely csak az államközi kereskedelemre vonatkozik, de megsérti az alkotmány 9. és 10. módosítását is, amely a tagállamok elsőbbségét ismeri el mindazon ügyekben, amelyek taxatívum nem tartoznak a szövetségi kormány hatáskörébe. Beadványuk azt is tartalmazta, hogy a Medicaid kiterjesztése olyan terheket ró a tagállamokra, amelyeket azok nem kötelesek magukra nézve kötelezőnek elismerni. Roger Vinson bíró, aki szintén republikánus elkötelezettségű, úgy döntött,

A közvélemény

hogyan a kongresszus túllépte a hatáskörét az egyének biztosítási kötelezettségének elrendelésével. Sőt, úgy vélekedett, hogy a Törvénynek nemcsak azokat a szakaszait kell kiiktatni, amelyek ehhez a kötelezéshez kapcsolódnak, hanem az egész Törvényt alkotmányellenesnek nyilvánította.

A harmadik keresetet (Thomas More Law Center vs. Obama) Michigan államban, Detroitban nyújtották be. A Thomas More Law Center egy nonprofit, közérdeket védelmező jogi iroda, amelynek célja a keresztények vallási szabadságának védelme és előmozdítása, a hagyományos családi értékek óvása és az emberi élet szentségének védelme. Michigan állam négy olyan polgárával, akinek nincs biztosítása és nem is akarnak kötni, a többi között úgy érveltek, hogy az említett négy polgár pénzbüntetéséből a központi költségvetés a terhesség-megszakításokat fogja támogatni. George Steeh bíró, akit a demokraták támogatnak, úgy döntött, hogy a Reformtörvénynek a biztosítási kötelezettséget elrendelő része nem áll szemben az alkotmánnyal. Indokolásában előadta, hogy nincs jogalapja a pénzbüntetés olyan minősítésének, amely azt az aránytalan mértékű adóterhek közé sorolná, továbbá a kongresszusnak joga van ahhoz, hogy biztosítási kötelezettséget rendeljen el egy magasabb rendű cél, nevezetesen valamennyi amerikai polgár biztosítási fedezetének eléréséhez, valamint a minimális biztosítási fedezet bevezetése elengedhetetlenül szükséges a Törvény általános szabályozási céljainak megvalósításához. Végül az egészségbiztosítás olyan szolgáltatás, amely igenis hatással van a tagállamok közötti kereskedelemre, és így az alkotmány vonatkozó szakaszának hatálya alá esik.

A negyedik keresetet (Liberty University, Inc. vs. Geithner /2/) a Virginia állambeli Liberty University nyújtotta be, amelyet Jerry Falwell televíziós hittérítő alapított. Érvelése szerint a Törvény számos része alkotmányellenes, felveti a pénzügyi támogatások terhesség-megszakításra való felhasználásának lehetőségét, sőt veszélyezteti magának a kormányzásnak a köztársasági formáját. Norman K. Moon bíró, akit a demokraták támogatnak, a Törvényt jogszerűnek minősítette. Érvelése szerint csaknem mindenkinek szüksége lehet egészségügyi szolgáltatásra életének valamely szakaszában, és az a döntés, amely szerint nem kell egészségbiztosítást kötni, nem egyfajta tartózkodás a gazdasági aktivitástól, hanem olyan gazdasági döntés, amely esti készpénzes fizetést irányoz elő egy későbbi időpontra, amikor a szolgáltatást mindenképpen igénybe kell venni. A kongresszus jogosan vélte úgy, hogy amennyiben az ilyen döntések nemzeti szinten összegződnének, vagyis az emberek tömegesen nem kötnének biztosítást, súlyos kihatással volna az egészségügyi piacgazdaság egészére, ugyanis dollár milliárdokat irányítana át újabb piaci résztvevők zsebébe és felhajtana a biztosítások árát.

Mind ez ideig összesen 25 keresetet nyújtottak be a szövetségi bíróságokon, amelyeket néhány esetben, függetlenül az elsőfokú ítélettől, bizonyosan fellebbezés fog követni. Sőt, az sem kizárható, hogy egyes ügyek a legfőbb szövetségi bíróság szintjéig is eljuthatnak. Ezen a szinten az ügyek változatossága és az alacsonyabb szintű ítéletek sokfélesége többséyes döntéseket is eredményezhet, amelyek a Törvény egyes szakaszait hatályon kívül helyezhetik, másokat viszont megerősíthetnek. Ezekre a tárgyalásokra 2012 őszén, az elnökválasztási kampány időszakában kerülhet sor, de az ítélkezési gyakorlat alapján a döntések kihirdetése ilyen fajsúlyos esetekben bizonyosan nem fog megtörténni 2013 júniusa előtt. Következésképpen az ítéletek nagy valószínűséggel, 6 hónappal azelőtt várhatók, amikor a biztosítási kötelezettség és a Biztosítási Fórumok felállítása 2014. január 1-jén hatályba lépne.

Kétségtelen, hogy a demokraták képtelenek voltak a közvéleményt a maguk oldalára állítani, és így siralmas vereséget szenvedtek a 2010. évi novemberi kongresszusi választásokon. Ennek egyik oka bizonyosan az volt, hogy maga a Törvény eleve bonyolult összefüggéseket tartalmaz és megértése az átlagosnál fokozottabb erőfeszítést igényel. A Kaiser Family Foundation 2011-ben közvélemény-kutatást rendezett általában az egészségügyi törvénykezelésről és magáról a Törvényről is (8). Rövid idővel annak elfogadása után a válaszadók 56%-a úgy nyilatkozott, hogy nincs megfelelő információja a Törvény közvetlen személyes hatásairól. Ugyanez az arány egy évvel később, vagyis 2011 márciusában csak 52%-ra csökkent. Sajátos jelenség, hogy éppen azoknak a legkisebb a tájékozottsága, akik a legtöbb kedvezményt kapják, vagyis 61%-os a tájékozottsági hiány az évenkénti 40 000 dollár/fő családi jövedelmi kategóriában, és 60%-os a biztosítási fedezet nélküliek körében.

A 2011. márciusi felmérés szerint a Törvényt az amerikaiak 42%-a üdvözölte, míg 46%-a kifejezetten ellenezte. Egy évvel korábban ugyanez az arány 46%, illetve 40% volt. A CNN hírcsatorna közvélemény kutatása szerint (4) az írásos és telekommunikációs tájékoztatás alapján eredetileg 59% volt az ellenzők aránya, és ez egy év után sem változott. A Kaiser-felmérés, másokhoz hasonlóan, úgy találta, hogy pártpolitikai alapon a demokrata elkötelezettségű amerikaiak 71%-a azonosult a Törvénnyel, a republikánusok tábora pedig 82%-ban elutasítja. Mintegy fele arányban ellenezték a Törvényt a függetlenek, akik között csak 37% volt a támogatók aránya. Általánosságban tehát megállapítható, hogy jelentős a Törvénnyel szembeni elégedetlenség. A válaszadók mintegy 21%-a hatályon kívül helyezné a Reformot és semmivel nem helyettesítené, 18%-ban az elutasítók a republikánusok megoldásai mellett döntenének, 21%-os azoknak az aránya, akik változatlanul megtartanák a Törvényt, és 30%-ban még további kiterjesztést is javasoltak. Pártpolitikai alapon a republikánus szavazók 35%-a szerint a Törvényt meg kell semmisíteni, és semmilyen változtatásra nincs szükség, 39%-ban viszont úgy gondolják, hogy republikánus alternatív megoldásokra volna szükség. Demokrata szavazók körében viszont csaknem fele arányú (49%) azoknak a csoportja, akik kiterjesztenék a Törvényt, és csak 30%-ban gondolják úgy, hogy a jelenlegi állapotában kellene hagyni.

Több mint 70%-ban vélekedtek úgy a válaszadók, hogy szükség van a kisvállalkozásoknak nyújtott adókedvezményekre, fokozatosan meg kell szüntetni a Medicare alapú gyógyszer-támogatás fedezet nélküli sávját, mind a munkáltatóknak, mind a munkavállalóknak garantálni kell a biztosítási fedezet elérhetőségét és megújíthatóságát, és végül a biztosítás megkötéséhez pénzügyi támogatásban kell részesíteni azokat az amerikaiakat, akik az alsó és alsó-közepes jövedelmi sávban élnek. Némileg meglepetést keltett, hogy a magasabb jövedelmi osztályokban a Medicare-járulék emelésének 58%-os volt a támogatottsága.

Másfelől mégis 67%-os azoknak az aránya, akik elvetik a kötelező biztosítást. Ugyanakkor, amikor arra a kérdésre kellett válaszolni, hogy a kötelezésnek az volna a feltétele, hogy az emberek már valamilyen betegségben szenvedjenek, az ellenzők tábora 48%-ra esett vissza. Amikor egy újabb változatban azt a tájékoztatást kapták, hogy az amerikaiak többsége eleve a munkáltatója révén részesül biztosítási fedezetben, így bármilyen újabb biztosítás kötelese nélkül automatikusan megfelel a Törvény kívánalmának, az elutasítás végül 35%-ra esett vissza.

Végkövetkeztetések

Az USA-ban nem egyedülálló jelenség a Reformtörvény erőteljesen megosztó pártpolitikai fogadtatása. Valójában az sem kizárható, hogy az Egyesült Államok ugyanazt az utat járja végig, amelyet az ausztráliai államszövetség tett meg 1972 után, amikor is a munkáspárti kormányzat bevezette a Medibank-rendszert (6). Éppen megkezdtek a változtatások végrehajtását, amikor a liberálisok (valójában a konzervatívok) megnyerték az újabb választást és azonnal szembefordultak az intézkedésekkel. Nem sikerült ugyan hatályon kívül helyezni a teljes Medibank-rendszert, de arra elegendő volt a politikai támogatottságuk, hogy egy alapvető változtatásokat magába foglaló újabb törvényt (Medibank II.) fogadtassanak el a törvényhozással. Ezután ismét a munkáspártiak kerültek hatalomra, akik az eredetinel is radikálisabb biztosítási rendszerről döntöttek. Ez volt a Medicare Compensation, amelyet egy újabb ciklus koalíciós kormányzása idején ismét átszabtak Medicare Agreement címen. Újabb liberális győzelem után fogadták el az Australian Health Care-t, de ezzel a sorozat még mindig nem ért véget, ugyanis amikor a Munkáspárt 2007-ben visszatért a hatalomba, végül megalkotta a National Health Care-t. Max Weber német szociológus (1864–1920), aki részletesen leírta a nyugati típusú társadalmak kialakulását, azt az álláspontot képviselte, hogy a döntéshozatalnak elsősorban a célvezérelt (zweckrational) irányvonalat kell követnie az értékvezérelt (wertrational) megfontolásokkal szemben (16). Niccoló Machiavelli (1469–1527) firenzei szolgálatban álló diplomataként, mint a politikatudomány megalapítója, leghíresebb művében „A Fejedelemben” (11) ezt a politikai dilemmát a következőképpen jellemezte: „Semmit sem nehezebb kézbe venni, vagy semminek nem kockázatosabb átvenni az irányítását a siker bizonytalan kilátásával, mint egy új rendszerben vállalni új dolgok bevezetését. A reformernek ugyanis mindenki ellensége, aki bármilyen hasznot húzott a régi rendszerből, viszont csak langyos támogatókra talál azokban, akik majd később válnak az új rendszer haszonélvezőivé”.

Olyan országokban, mint az Egyesült Államok vagy Ausztrália, ahol az individuális értékek megelőzik a közösség érdekeit, illetve a mások szociális jóléte iránti megfontolásokat, az egészségügyi reformok körül mindig hangos csatározások zajlanak, ugyanis egyeseknek a korábbi szinthez képest többet kell fizetniük mások egészségéért. Az USA-ban, ezekben az ügyekben mindig a legfelsőbb bíróság döntött, ugyanis az ítéleteit a pártpolitikai törésvonalaktól függetlenül mindenki tiszteletben tartotta, ahogyan az például 2000-ben George W. Bush elnök Al Gore fölött aratott és erőteljesen vitatott választási győzelme esetében történt. Jelenleg a testületnek négy liberális, négy nagyon konzervatív és csak egy mérsékelt konzervatív tagja van, aki a mérleg nyelve lehet azokban a döntésekben, amelyek a Reformtörvény egyes szakaszainak vitatott alkotmányosságát fogják elbírálni.

Irodalomjegyzék

1. Brewer, Mark D.: *The Rise of Partisanship and the Expansion of Partisan Conflict within the American Electorate*. *Political Research Quarterly* 2005;58:219–30.
2. Cauchi, Richard: *State Legislation and Actions Challenging Certain Health Reforms, 2010–2011*. *National Council of State Legislatures*. 2011. Available at: <http://www.ncsl.org/?tabid=18906>

3. Holland, Steve: *Obama to Republicans: „You think we're stupid?”*. Reuters. April 16. 2011. Available at: <http://in.reuters.com/article/2011/04/15/us-usa-budget-obama-idINTRE73A5HU20110415>
4. CNN: *Opinion Research Poll released March 26*. 2011. Available at: <http://i2.cdn.turner.com/cnn/2011/images/03/23/rel4g2.pdf>
5. Curry, James S., Riley, Richard B. and Battiston, Richard M.: *Constitutional Government: The American Experience Fifth edition*. Kendall/Hunt Publishing, 2003
6. Gray, G. Gwendolyn: *The Politics of Medicare: Who Gets What, When and How*. Sidney. University of New South Wales Press Ltd., 2004
7. Hamilton, Alexander: *The Judiciary Department The Federalist Papers*. 1778. Available at: <http://thomas.loc.gov/home/histdox/fedpapers.html>
8. Kaiser: *Kaiser Health Tracking Poll, March*. 2011. Available at: <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/8166-F.pdf>
9. Kristol, William: *Defeating President Clinton's Health Care Proposal: Memorandum to Republican Leaders December 2*. 1993. Available at: 10. http://delong.typepad.com/egregious_moderation/2009/03/william-kristol-defeating-president-clintons-health-care-proposal.html
11. Machiavelli, Nicolo: *The Prince*. translated with notes by George Bull, introduction by Anthony Grafton. Penguin Classics. New York, 2003
12. Pear, Robert: *Health Law Waivers Draw Kudos, and Criticism*. *New York Times*. March 19. 2011. Available at: <http://www.nytimes.com/2011/03/20/health/policy/20health.html>
13. Perlstadt, H., Balázs P.: *Egészségügyi reform az USA-ban: miért veszített Clinton és hogyan győzött Obama elnök?* *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 2010;48(4):10–17.
14. Tea Party Patriots (nd): „Mission Statement”. Available at: <http://www.teapartypatriots.org/mission.aspx>
15. Weaver, Christopher: *States' Medicaid Funds Tapped For Federal Health Overhaul*. *Kaiser Health News*. Available at: <http://www.kaiserhealthnews.org/Stories/2010/April/20/Medicaid-Drug-Rebates.aspx>
16. Weber, Max: *Economy and Society: An Outline of Interpretive Sociology*. (2 volumes). Roth, Guenther and Wittch, Claus, eds Berkeley CA: University of California Press, 1978

Hivatkozások

1. Kathleen Sebelius, az USA Egészségügyi Minisztériumának (HHS) vezetője (Secretary).
2. Timothy Geithner, az USA Pénzügyminisztériumának (Treasury) vezetője (Secretary).

1. USA Michigan State University, 459 Berkey Hall East Lansing, MI 48824, e-mail: perlstad@msu.edu
2. Semmelweis Egyetem, Általános Orvosi Kar, Közegészségtani Intézet, 1088 Budapest, Nagyvárad tér 4.

Forrásteremtés és -allokáció*

A fejlett országok egészségügyi rendszereinek finanszírozása komplex rendszert alkot, amelynek fő összetevői az egyének részvételének és jogosultságának a szabályozása, a szolgáltatási csomag meghatározása, a forrásteremtés, a kockázatmegosztást szolgáló alap képzése és a források allokációja, azaz a szolgáltatásvásárlás.

Forrásteremtésnek azokat a különböző mechanizmusokat nevezzük, amelyek révén a finanszírozási alrendszerek (pl. kötelező egészségbiztosítás, önkéntes egészségbiztosítás stb.) összegyűjtik a bevételeiket. A forrásteremtés módja alapvetően befolyásolja, hogy a társadalmon belül hogyan oszlanak meg az egészségügyi rendszer működtetésének az anyagi terhei (igazságosnak tekinthető-e a terhek megosztása), továbbá az ellátáshoz való hozzáférés esélyeit (1. táblázat).

A társadalombiztosítás és az önkéntes magánbiztosítás alaptípusai között számos különbség van. Az önkéntes magánbiztosítás a biztosítási elven alapul. A biztosítási díj meghatározásának alapja az egyéni vagy csoportos kockázat, ezt kockázaton alapuló tapasztalati díjszabásnak nevezzük. Az egyén vagy csoport választhat a biztosító által definiált különböző biztosítási csomagok között.

A társadalombiztosítás a szolidaritási elven alapul. A teherviselő képességen alapuló közösségi díjszabás szerint az egyének a teherviselő képességük alapján járulnak hozzá a működéséhez és általában jövedelemarányos biztosítási járulékot fizetnek. A szolgáltatás igénybevételének elve az egyé-

nek szükséglete az adott ország gazdasági korlátai között. Az egyenlő hozzáférés elve alapján általában a törvény által definiált, azonos szolgáltatási csomagra jogosultak a biztosítottak.

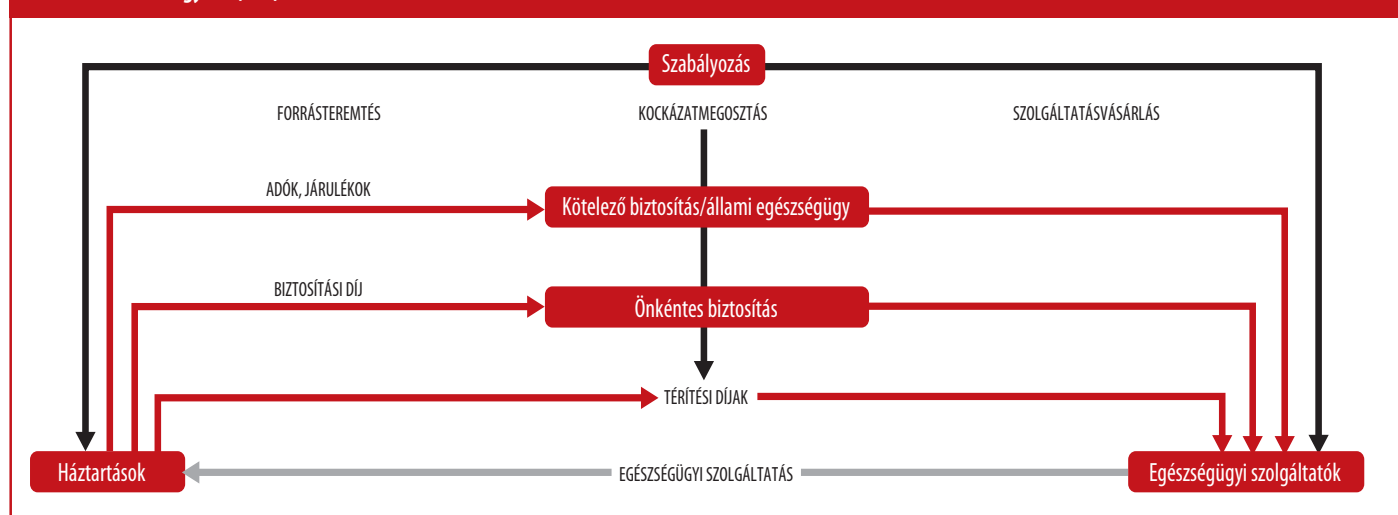
Forrásallokáción elsősorban azokat a mechanizmusokat értjük, amelyekkel a finanszírozási alrendszerek a rendelkezésükre álló forrásokat allokálják a szolgáltatók és szolgáltatások között, annak érdekében, hogy a jogosult egyének szolgáltatáshoz való hozzájutását biztosítsák. Ha a forrásokat begyűjtő és a szolgáltatásvásárló intézmény eltér egymástól a forrásallokáció első fázisa a finanszírozási alapok (újra)elosztása a szolgáltatásvásárló szervezetek között. Például Németországban 2009 óta egyetlen egységes országos alapot képeznek, amit utána fejkvóta alapján osztanak el több száz egészségbiztosítási alap között (2. táblázat).

A szolgáltatás-finanszírozási módszerek kategorizálhatók aszerint, hogy mi jelenti a díjazás vagy finanszírozás alapját. A lehetséges tényezők a szolgáltatásra fordított idő, a szolgáltatás jellemzői, a népesség becsült szükséglete. Kategorizálhatunk aszerint is, hogy milyen módon veszi a finanszírozási módszer figyelembe a szolgáltatások összetételét,

1. táblázat. A forrásteremtés típusai.

Egészségfinansz. alrendszerek	Az alrendszerek fő jellemzői	A forrásteremtés típusai
Állami egészségügyi szolgálat: centralizált (National Health Service); vagy decentralizált (helyi önkormányzatok)	Állampolgári (vagy állandó lakos státuszon alapuló) jogosultság.	A költségvetés általános bevételei (elsősorban adóbevételek).
Társadalombiztosítás	Tradicionálisan foglalkozási vagy jövedelmi státuszon vagy más társadalmi jellemzőn alapuló jogosultság (pl. USA-ban a 65 éven felüliek számára biztosítást nyújtó Medicare-program). Napjainkban számos országban állampolgári (vagy állandó lakos státuszon alapuló) jogosultság.	– Jövedelemarányos kötelező egészségbiztosítási járulék a (a munkáltatók és munkavállalók, továbbá más biztosításra jogosult csoportok járuléka); – Fix összegű kötelező egészségbiztosítási járulék; – Napjainkban számos országban: a költségvetési források jelentős szerepe (bizonyos inaktív csoportok után a költségvetés fizethet járulékot).
Kötelező magánbiztosítás	A törvény a biztosítás vásárlását teszi kötelezővé. A jogosultság a biztosító és a biztosított közötti magánjogi szerződésen alapul.	Általában az egyén egészségi kockázatától nem függő (fix összegű) biztosítási díj.
Önkéntes magánbiztosítás	Az egyén vagy a munkáltató dönti el, hogy köt-e biztosítást. A biztosító által kínált különböző biztosítási csomagok között választhatnak.	Általában az egyén (vagy csoport) egészségi kockázatától függő biztosítási díj (a kockázaton alapuló tapasztalati díjszabás)
Kötelező Egészségügyi Megtakarítási Számla (Medical Saving Accounts: MSA)	A törvény kötelezi a munkavállalókat (vagy a társadalom bizonyos csoportjait) az MSA nyitására. Az MSA programot kormányzati szervezet is kezelheti. Meghatározott szolgáltatások vásárolhatók csak a MSA-ról – csak a számlán lévő összeg erejéig (ez a fő különbség a biztosításhoz képest).	Jövedelemarányos vagy fix összegű rendszeres (pl. havi) befizetés az MSA-ra kötelezett egyének által.
Az igénybevevő általi közvetlen fizetés (out-of-pocket payment)	A szolgáltatás igénybevételekor fizet az egyén (a szolgáltatás teljes árát vagy hozzájárulást a tb szolgáltatási csomagjába tartozó szolgáltatásokért).	Az egyén folyó jövedelme vagy megtakarításai jelentik a forrást.

2. ábra. Pénztár vagyona (Mft).



mennyiségét, a szolgáltatási epizód költségét és minőségét? Ezzel összefüggésben a finanszírozás lehet retrospektív vagy prospektív, nyitott vagy zárt.

Ezek a jellemzőkön keresztül a finanszírozási módszerek alapvetően befolyásolják a szolgáltatók magatartását, döntéseit és azokon keresztül az egészségügyi szolgáltatások minőségét és hatékonyságát (3. táblázat).

A szolgáltatás-finanszírozási módszerek elemzésekor alapvető szempont, hogy a szolgáltatások mennyiségét és költségeit retrospektív vagy prospektív módon veszi-e figyelembe az adott finanszírozási módszer. Ebből a szempontból a három alaptípus különböztethető meg: a felmerült szolgáltatások költségének retrospektív megtérítése a szolgáltatásonkénti díjtétel (fee-for-service) szabad árak vagy megállapodott tarifa-rendszer alapján; az ellátási epizód várható költségének prospektív meghatározása (HBCS) a megvalósult tevékenység megtérítésével (azaz a mennyiség retrospektív figyelembe vétele); illetve a prospektív finanszírozás fejkvóta vagy költségvetés szerint a becsült szükségletek, a várható tevékenység

és a valószínűsíthető költségek alapján becsült paraméterek segítségével.

Ezeknek az alaptípusoknak módosított változatai is lehetnek. A módosítás célja az alaptípusok lehetséges negatív hatásainak a korlátozása. Például a relatív tarifa- vagy pontrendszer kombinálható területi vagy országos szintű költségvetési korláttal, a szolgáltatásonkénti díjtétel volumenkorláttal az egyes szolgáltatók számára. A HBCS-díjazás mértéke függhet a szolgáltatásmennyiségtől és együtt járhat területi vagy országos költségvetési korláttal. A fejkvóta szerinti finanszírozást kiegészítheti szolgáltatásonkénti díjtétel bizonyos szolgáltatások után. A globális költségvetés negatív hatási pedig retrospektív korrekcióval csökkenthetőek.

*Másodközlés. Eredeti megjelenés:

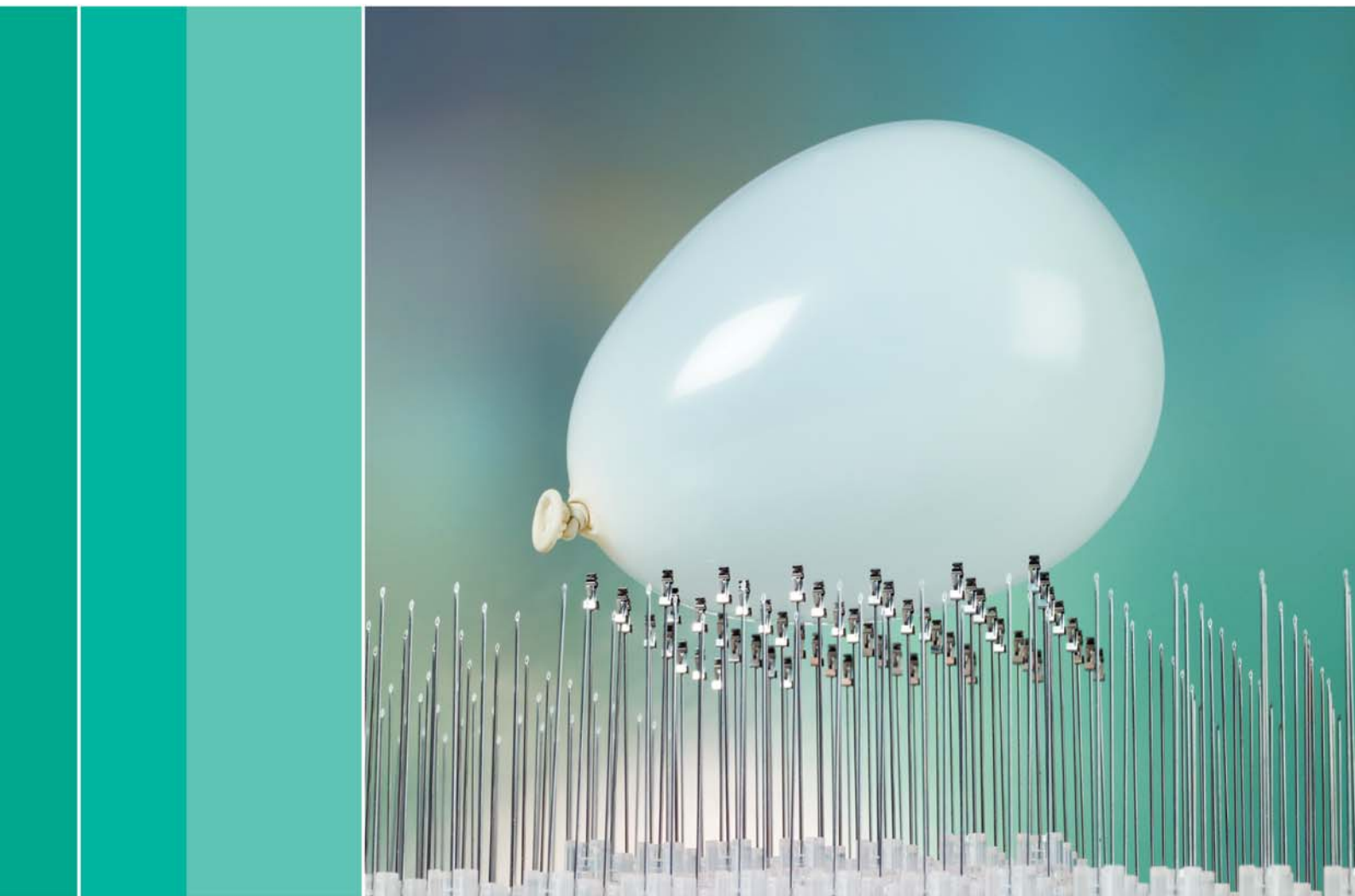
Orosz Éva: Forrásteremtés és forrásallokáció.
In: Kaló et. al. (2010). Egészség-gazdaságtani
Fogalomtár II.

2. táblázat. Az egészségügyi alapképzés és forrásallokáció fő kérdései.

Ki (vásárol)?	Szolgáltatásvásárló szervezetek (finanszírozók intézményi struktúrája).
Milyen alap(ok)ból?	A szolgáltatásvásárlók pénzalapjai képzésének az elvei, mechanizmusai, intézményei.
Szolgáltatásvásárlás	
Mit?	A szolgáltatási csomag meghatározásának módja (intézményi keretei, mechanizmusai).
Kitől?	A szolgáltatókra vonatkozó minőségügyi és gazdasági szabályozás. A finanszírozó és szolgáltató közötti szerződés jellemzői.
Hogyan?	A szolgáltatás-finanszírozási módszerek.

3. táblázat. A szolgáltatás-finanszírozási módszerek főbb típusai

Mi jelenti a díjazás alapját?	Az orvosok finanszírozásának módszerei	Az intézmények finanszírozásának módszerei
Időalapú (a betegellátásra fordított idő)	Fizetés	Éves költségvetés (az inputok vagy az előző éves költségvetés alapján)
Szolgáltatásalapú (a szolgáltatás vagy ellátott betegek jellemzői)	– Szolgáltatásonkénti díjtétel – Epizódalapú díjtétel (DRG, HBCS)	– Szolgáltatásonkénti díjtétel – Ápolási napra vonatkozó díjtétel – Epizódalapú díjtétel (DRG, HBCS)
Népességalapú (az adott szolgáltatóhoz tartozó népesség alapján)	– Fejkvóta – Térségi jellemzőkhöz kötött fizetési tétel	Fix költségvetés (az ellátási terület becsült szükséglete alapján)



Vasofix[®] Safety

**Intravénás katéter elfedődő tűheggyel
és injekciós porttal**

A különleges tervezésű biztonsági kapocs a szűrőtű teljes kihúzásának pillanatában, önmagától működésbe lépve elfedi az éles tűhegyet. A Vasofix Safety jelentősen csökkenti a tűszúrásos sérüléseket, és így a vérrel átvitt fertőzések kockázatát.

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

B. Braun Medical Kft. | 1023 Budapest, Felhévízi u. 5.
Tel.: +36 (1) 346-9700 | Fax: +36 (1) 438-4900 | www.bbraun.hu

Mölnlycke Health Care – Bizalomra ösztönöz

Amiért a világ egyik piacvezető egészségügyi termékeket forgalmazó vállalata vagyunk:

A Mölnlycke Health Care kiváló megoldásokat kínál termékeivel a biztonságos és hatékony sebészeti beavatkozásokhoz a **BARRIER®**, **Biogel®** és **ProcedurePak®** márkanevek alatt.

BARRIER® a világ egyik legrugalmasabb termékkínálatát jelenti a műtőben használatos lepedők, kabátok és védőruházat tekintetében. A **BARRIER®** segít a fertőzések kockázatának minimalizálásában és a műtői személyzet biztonságának maximalizálásában. A minőséget szem előtt tartva fejlesztjük műtői termékeinket, amelyek minden esetben eleget tesznek az EN 13795 szabvány előírásainak.

Biogel® márkaneven a világ vezető sebészeti kesztyűjét ismerik meg partnereink, melyek magas színvonalon tökéletesen kielégítik a különböző egyéni elvárásokat.

A **ProcedurePak®** szolgáltatással személyre szabott, egyszer használatos komplett műtői tálcákat kínálunk partnereinknek. A felhasználói igények alapján egy speciális műtői eljáráshoz, az összes egyszer használatos terméket egyetlen steril csomagban biztosítjuk. Ezen egységcsomagok használatával a folyamatok átláthatóbbá és hatékonyabbá válnak.

Mindezek mellett a Mölnlycke Health Care kiváló minőségű, nem szőtt és géz alapú kötszerek, egyedülálló **Safetac®** technológiával készült szilikonos kötöző anyagok széles választékával is rendelkezésre áll minden sebtípus korszerű kezelésére.