

A MAGÁN EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSSAL KAPCSOLATOS VÁRAKOZÁSOK SOMOGY MEGYÉBEN

THE EXPECTATIONS IN CONNECTION WITH THE PRIVATE HEALTH INSURANCE SYSTEM IN SOMOGY COUNTY

DR. TURCSÁNYI KATALIN tanársegéd

Simon Ildikó

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Zalaegerszegi Képzési Központ

Abstract

The quality of the health care including in the social health insurance system is exceptionable from many reasons, because of the infrastructure of the institutions, the systemic problems of the care and the financial specificities. The additional private health insurance is available for many years in several countries, but in Hungary only since 2012. A major part of the population does not, or just barely know the operation and capabilities of this opportunity.

We made a questionnaire survey in the population of Somogy county to discover their expectations and knowledge about the private health insurance. We completed the questionnaire method with a survey based on visualisation techniques, then we made interviews with the representatives of some insurance institutes. Our study summarizes of the results of this survey.

1. Bevezetés

Az európai országok többsége keresi a magánszektor és a privatizálás lehetséges szerepét egészségügyi rendszereik átalakításában. Az orvosi technológia fejlődése, a népesség elöregedése és a lakosság növekvő elvárásai az egészségügyi kiadások növelését igénylik, miközben makrogazdasági összefüggések az állami költségvetés szerepének és nagyságrendjének csökkenését indokolják. A növekvő kiadások fedezéséhez növekvő bevételekre van szükség, ami rontja a nemzetgazdasági szintű versenyképességet, a hiány növelésének pedig a maastrichti kritériumok szabnak gátat. Az orvosilag lehetséges és gazdaságilag megvalósítható egészségügyi rendszer kialakítására és működtetésére az egyes országok a rendelkezésre álló erőforrások költséghatékony elosztását, a hatékonyság növelését elősegítő reformstratégiákat dolgoztak ki, amelyek igyekeznek fenntartani a szolgáltatások finanszírozhatóságát és a finanszírozásban fenntartani a szolidaritási elvet.

A kormányzatok világszerte szembesülnek a globalizációs folyamatok következtében megnövekedett piaci kockázatok hatásaival, amelyek visszahatnak az államháztartás bevételi és kiadási pozícióira. Az állam XX. században megnövekedett szerepe fokozottan felveti a közszolgáltatások hatékonyságának mint nemzeti versenyképességet erősítő tényezőnek a szerepét. Miközben mennyiségben és minőségben is egyre növekszik az igény az állam szolgáltatásai iránt, a tartalékok végesek. Mindez a jóléti állam válságával is jár, és a közösségi szolgáltatások rendszerének átalakulását, újragondolását teszi szükségessé.

Az egészségügy az államháztartás egyik legnagyobb elosztó rendszere, és a közszféra ágazatai közül a legtöbb válságjelenséggel küzd. Az európai trendekhez való felzárkózás nagymértékben függ attól, hogy a rendszer konszolidációjában és modernizációjában, a köz- és a magánszféra érdekegyeztetése nyomán létrejön-e korrekt és szabályozott feladat- és kockázatmegosztáson alapuló hatékony együttműködés. A fő kérdés, hogyan lehet egyszerre megállítani vagy csökkenteni a költségek növekedését és egyben növelni a hatékonyságot anélkül, hogy csökkenne a színvonal, és egy fenntartható finanszírozású, magas színvonalú egészségügyi ellátó rendszer működjön.

Miközben az egészségügyet sokan kizárólag állami feladatnak tekintik, a hatékonyság növelését, a minőség javulását és nem utolsósorban a rendszer finanszírozhatóságát egyre inkább, egyre többen a magánszektor fokozottabb részvételétől várják.

Dolgozatunkban arra keresünk választ, mit is jelent a „magánszektor” egészségügyi jelenléte és képes-e a tőle elvárt funkciók teljesítésére, illetve a lakosság milyen képpel rendelkezik a magánszektor jelenlétéről az egészségügyben és annak finanszírozásáról. A vizsgálat a magyar egészségügyre irányul és Somogy megye lakosságának véleményét igyekszik feltárni.

2. Az egészségügyi kiadások és azok finanszírozása

Az egészségügyi rendszerek jellegétől függetlenül az országok általános problémája, hogy megfeleljenek a növekvő szükségleteknek és a tudományos-technikai fejlődés nyújtotta lehetőségeknek és biztosítani tudják az egészségügy fenntarthatóságát.

Az egészségügyi kiadások a legtöbb országban gyorsabb ütemben növekedtek, mint a gazdasági növekedés. 2004-ben az EU-tagországok átlagosan GDP-jük 9,27%-át fordították egészségügyi kiadásokra (1990-ben ez az arány 7,1%, 1970-ben 5,1%). A GDP egészségügyi kiadásokra szánt aránya jelentős eltéréseket mutat az egyes országok között. Legmagasabb Németországban, 10,9%, legalacsonyabb Írországbán (7,2%), 7,5–7,8% Ausztriában, Finnországban és Spanyolországban. A kiadásokból a legtöbbet viseli az állam Luxemburgban (90,2%) és az Egyesült Királyságban (85,9%), 80% fölötti még az állami részvétel aránya Svédországban (85,4%), Dániában (82,6%). Legalacsonyabb az állami részvétel aránya Görögországban (51,7%) és Hollandiában (61,2%). 70% az állami kiadások részesedése az összes egészségügyi kiadásból Ausztriában (67,6%), Portugáliában (69,7%), Belgiumban (70,9%), Spanyolországban (71,9%) (KSH, 2008).

Az egészségügyi reformok iránti folyamatos igény az egészségügyi ellátás sajátos természetéből következik. Az Európai Unió minden országa, akár állami, akár társadalombiztosításon alapuló rendszert működtet, globálisan ugyanazon kihívásokkal szembesül, hasonló problémákkal küzd: az egészségügyi kiadások növekedése a lakosság előregedése, a fokozódó fogyasztói elvárások és a technika-technológia fejlődése, valamint az igényekhez mérten szűkösen rendelkezésre álló források, csökkenő járulékadóbevételek, a közkiadások mérséklésére nehezedő gazdasági nyomás között feszülő ellentmondás feloldására törekszik. A reformok célja az ellátás egyenlő elérhetőségének biztosítása, a minőség, kimenetek javítása, megfelelő szintű források, megfelelő költség-haszon, költség-hatékonyság mutatók biztosítása. A célok egyes elemei az évek során eltérő hangsúllyal szerepelnek. Az egészségügyi kiadások gyors növekedése és a gazdasági növekedés megtorpanása által kiváltott problémákra a 80-as években a reformok a kiadások korlátozásával válaszoltak, a kiadások korlátozása által kiváltott túlzott feszültségeket a 90-es években a piaci ösztönzők adaptálásával korrigálták. Újabbban növekvő figyelem fordul a piaci

ösztönzők által keltett negatív hatásokra. Napjainkban több EU- tagországban (Nagy-Britannia, Svédország vagy a legutóbbi időben a piaci típusú reformjáról ismert Hollandia) az egészségpolitika ismét nagy hangsúlyt fektet a hagyományos európai értékek, az esélyegyenlőség, szolidaritási elv elsőbbségének. A piaci reformra is lehet példát találni, pl. Németországban (intézményi privatizáció, betegpénztárak közötti verseny stb.) vagy Hollandia versenyző biztosítói. A változások következtében Európa országaiban megfigyelhető az állami és magánélemek keveredése az egészségügyben, s ezzel jellemzővé vált a markáns egynemű rendszerek oldódása. A centralizált rendszerek a szükségleteknek való jobb megfelelés érdekében decentralizálnak, az állami rendszerek a piac irányába nyitnak, a decentralizált rendszerekben helyenként központosítás vagy annak igénye merül fel, mivel bizonyos funkciók központosítva működnek jobban. Tulajdon szempontjából sem az a kérdés, hogy állami- vagy piaci körülmények között működjön az egészségügy, hanem az, hogy milyen feladatmegosztás célszerű az állami és a magánszektor között.

Az 1980-as évek óta reformtörekvések központi kérdései: a minőség, az ellátás eredményességének javítása, a páciensek igényeihez való jobb alkalmazkodás. A minőség javításának eszközei között alkalmazzák a klinikai irányelvek, működési standardok, akkreditációs rendszerek fejlesztését, a technológiai értékelést, a szolgáltatók folyamatos monitorozását, értékelését, a teljesítmények mérését, ennek érdekében indikátorrendszerek kialakítását, a finanszírozási rendszerekben a minőség értékelését, elismerését. Az egészségügyi rendszerek betegközpontú megközelítése az egyének, páciensek személyes felelősségének, tudásszintjének növelésén, a több választás biztosításán keresztül valósul meg. A reformok eredményeit illetően elmondható, hogy az országok sok-sok energiát fordítanak marginális eredmények elérésére. Az EU-tagországokban a reformok az elmúlt években a rendszerek alapvető jellemzőit nem vagy kevés helyen érintették. A költségérzékenység fokozására azonban a keresleti és kínálati oldalon egyaránt eszközöket kerestek (pl. A co-payment szerepének növelése – Németország, Ausztria, a biztosítók közötti verseny fokozása – Németország, Hollandia stb.).

A forrásteremtés alapvetően **közösségi** (társadalombiztosítás, állami költségvetés és **magánfinanszírozással** (magánbiztosítás, MSA – Medical Savings Account, Out-of-pocket payments) valósulhat meg.

A magánfinanszírozás típusai:

- Out-of-pocket payments: a beteg fizeti az ellátást, nem támogatott ellátások (pl. fogászat, plasztikai műtétek);
- Magánbiztosítás: Támogatott ellátások **költségmegosztása** (cost sharing) – a finanszírozó a költségek egy részét a betegre hárítja;
- Önrészesedés (deductible): %-os hozzájárulás (co-insurance) – Fix összegű hozzájárulás (co-payment).

3. A magánbiztosítás

A „komolyabb” orvosi beavatkozások magas költsége és az egészségügyi ellátások iránti szükségletek aránytalan eloszlása kockázatközösség kialakítását indokolják, vagyis a befizetők különböző mértékű befizetéseiből viselik a közösség egészségügyi kockázatait.

Magánbiztosítás estében a biztosítási díj fizetése az ekvivalencia-elv alapján történik, a betegségek személyes kockázata szerint, a káresemény bekövetkezési valószínűsége és annak költségvonzata alapján, *jövőbeli várható kezelési költségek* szerint. A magánbiztosítás elsődleges, pótlólagos, vagy kiegészítő jelleggel illetve duplikáltan van jelen a biztosítási rendszerben. Fontos jellemzője a **Költségáthárítás** (*cost-shifting*), ami csökkenti az állami költségvetés és társadalombiztosítás terheit, növeli az öngondoskodást.

Az OECD országok többségében állami szabályozással teszik elérhetővé a magánbiztosítást a magasabb kockázatú csoportok számára – főleg ahol nem mindenki jogosult közösségi ellátásra.

A magánbiztosítás hatékonyabb erőforrás-felhasználást és allokációt vihet a rendszerbe, ugyanis a magánbiztosítók motiváltabbak az egészségügyi szolgáltatók költségeinek és tevékenységének ellenőrzésére, valamint a fogyasztói igények jobb kielégítésére.

Magas tranzakciós és adminisztrációs költségeik (marketing, ügyfélnyilvántartás, díjbeszedés, szerződéskötések) viszont mérséklék ezt az előnyt.

4. A vizsgálati anyag és módszer

Vizsgálatunk arra irányult, hogy megismerjük Somogy megye lakosságának a magánbiztosítással kapcsolatos véleményét. Mennyire ismert a lakosság körében a magánbiztosítás lényege, és milyen mértékben veszik igénybe a magánbiztosítás adta lehetőségeket, mit tartanak róla, milyen elvárásaik vannak vele kapcsolatba. Ennek érdekében kérdőíves felmérést végeztünk a lakosság körében, egyszerű, véletlen mintavétellel választottuk ki 100 fős mintánkat. Az adatokat SPSS 21.0 statisztikai programcsomag segítségével dolgoztuk fel. Kvantitatív felmérésünket kvalitatív vizsgálattal is kiegészítettük, vizualizációs technikával 10 fő véleményét vizsgáltuk 7-7 képből álló montázs elemzése alapján. Emellett interjút készítettünk három, vezető piaci részesedéssel rendelkező biztosító képviselőjével, valamint egészségügyi szolgáltatók és helyi önkormányzatok képviselőivel. Kíváncsiak voltunk arra, hogy megoldást jelent-e a finanszírozásba bevont magánbiztosítás a korrupció, a pazarlás, a potyautasok, az alacsony szintű egészségnevelési morál, az aránytalan igénybevétel és a szolgáltatási minőség problémáira. A vizsgálatot 2012 tavaszán végeztük.

5. Eredmények

A társadalombiztosításon felül köthető magán egészségbiztosításról a nők 48%, a férfiak 30%-a hallott (szignifikáns különbség: megyeszékhely–falu). Az egészségügy legnagyobb problémájának a nem megfelelő finanszírozást és a korrupciót tartják (30–30%).

A magán egészségbiztosítás szolgáltatást a nők 65, a férfiak 59%-a jobbnak ítélte a társadalombiztosításnál, elsősorban a várólisták és a szűrővizsgálatok tekintetében tartották jobbnak a magán egészségbiztosítás szolgáltatásait. A havi 300 ezer forint felett keresők több, mint fele jövedelmének 5%-át hajlandó lenne magánbiztosítónak fizetni.

Az emberek korrupciómentes, átlátható rendszert szeretnének, ahol nincsenek várólisták, ahol a személyzet türelmesebb. A megkérdezettek közül azok támogatják a magánbiztosítási formát, akik szeretnének arról megbizonyosodni, hogy az a díj, amelyet befizetnek, valóban a saját ellátásukra fordítódik, szeretnék elkerülni a hálapénz okozta kellemetlenséget szeretnék lerövidíteni a várakozási időt.

A legtöbb európai egészségügyi rendszer vegyes: állami és magán finanszírozási rendszerre támaszkodik. Annak ellenére azonban, hogy az utóbbi időben nőtt a magánforrások részesedése, a finanszírozás nagyobb része még mindig az adókból és társadalombiztosítási befizetésekből származik, kivéve néhány, az utóbbi időben függetlenné vált államot. A magánfinanszírozás főbb forrásai a magán (vagy önkéntes) egészségügyi biztosítások és a zsebből történő kifizetések, beleértve a közvetlen kifizetéseket, a formális költségmegosztást és az informális kifizetéseket. Azokban az újonnan függetlenné vált országokban, ahol

nagymértékben támaszkodnak magánfinanszírozásra, az előzetes befizetéssel befizetett bevételi források elégtelenségét zsebből történő (döntő módon informális) kifizetésekkel pótolják. Nyugat-Európában csak Görögország, Olaszország, Portugália és Svájc támaszkodik az egészségügyi kiadások finanszírozása terén 30%-ban vagy annál nagyobb mértékben magán forrásra (főleg zsebből történő kifizetésekre). Franciaország és Hollandia kivételével valamennyi európai országban a zsebből történő kifizetések nagyobb hányadát teszik ki a magán egészségügyi kiadásoknak, mint a magán (vagy önkéntes) egészségügyi biztosítás.

A magán egészségügyi biztosítás az európai régióban nem játszik döntő szerepet a finanszírozás fő forrásaként. Az európai tagállamok tradicionálisan azt az elvet próbálják őrizni, hogy az egészségügy a minden állampolgárra kiterjedő állami vagy (kötelező) társadalombiztosításra épüljön, függetlenül attól, hogy az egyén képes-e fizetni. biztosít egyenlőséget. A magánbiztosítás szerepet játszhat olyan országokban is, ahol a biztosítás kötelező – mint pl. Svájc – és mind állami, mind magánszolgáltatók biztosítanak.

Európában a magán egészségügyi biztosítás többnyire a *pótló* vagy *kiegészítő* jellegű biztosítási formát jelenti: *pótló* jellegű, ha a kötelező biztosításból bizonyos szolgáltatási fajták ki vannak zárva – vagy csak részlegesen fedezik őket –, és *kiegészítő* jellegű, ha a cél a szolgáltatáshoz való gyorsabb hozzáférés, vagy a fogyasztó számára a választék növelése. Korlátozott mértékben áll bizonyíték rendelkezésre a közép-kelet-európai és újonnan függetlenné vált országokban, de az önkéntes egészségügyi biztosítás szerepe ezekben az országokban még alacsonyabb, mint a nyugat-európai országokban. Összességében, mindenhol, ahol nincs világosan meghatározva az állami és magánszektor közötti határvo-nal, a magán – akár pótló akár kiegészítő jellegű – biztosítás negatív hatást gyakorolhat az egészségügyi rendszer egészére. Ellentmondhat a társadalmi céloknak, növelve az egyenlőtlenséget a szolgáltatásokhoz való hozzáférésben, sőt aláássa a hatékonyság javítására tett erőfeszítéseket is.

Összegzés

Az orvosilag lehetséges és a gazdaságilag megvalósítható egészségügyi ellátórendszer működtetése a hagyományos keretek között egyre kevésbé megoldható. Az egyes országok (és az egészségügyi világszervezet) keresik az utat a hatékonyabb, hozzáférhető, társadalmi elvárásoknak is megfelelő egészségügyi rendszerekhez. Az egészségügyi reformok célja a jó minőségű, páciensközpontú, költségérzékeny megoldások alkalmazása. Ehhez országonként és ellátási területenként változó mértékben szükséges a magánszektor jelenléte a szolgáltatások nyújtásában, a finanszírozásban, a működtetésben és a befektetésekben egyaránt. Fontos, hogy ez a jelenlét jól definiált és megfelelően szabályozott legyen. Fontos továbbá, hogy a hagyományos közfeladatnak tekintett egészségügy privát szereplői kellően tisztában legyenek az általuk ellátott tevékenységek közfeladat jellegével, valamint a kormányok és önkormányzatok partneri viszonyulása a privát szereplők-höz, és különösen fontos a páciensek véleménye.

Somogy megyében a megkérdezettek többsége tájékozott a magánszektor, ezen belül a magánbiztosítás szerepéről és tiszta, rendezett viszonyokat igényel az egészségbiztosításban.

Felhasznált irodalom

- Adorján Richárd (2001): Az emberi élet értéke Magyarországon Statisztikai Szemle, 2001. 8. sz.
- Borbás Ilona–Dr. Kincses Gyula (szerk) (2007): Egészségügyi rendszerek az EU régi tagállamaiban. ESKIK Egészségügyi Rendszertudományi Iroda, Budapest.
- Báger Gusztáv: Az egészségipar az ÁSZ ellenőrzéseinek tükrében ÁSZ Fejlesztési Módszertani Intézet.
- Nagy László: A magántőke pozíciója és mozgástere az egészségügy gazdaságában.
- Orosz Éva (2000): Félúton, vagy tévúton. Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái Egészséges Magyarországért Egyesület.
- Orosz Éva: Lehetséges-e egészségpolitikai paradigmaváltás?
- PPP – egy ésszerű megoldás a magán érdekpартnerек bevonásával. Informatika és menedzsment az egészségügyben. 2005, 8.
- Rékassy Balázs–Kóti Tamás: PPP (public private partnership), vagy megoldhatja-e a magyar egészségügy problémáját a magánszektor? Egészségügyi gazdasági szemle, 2003. (41. évf.), 1–2. sz., 49. p.
- Rékassy Balázs: A magánbiztosítás lehetséges szerepe a hazai egészségügy többlet forrásainak megteremtéséhez.
- Stiglicz: A kormányzati szektor gazdaságtana.
- John Cullis-Philip Jones (2003): Közpénzügyek és közösségi döntések (Aula).
- S. Preker–A. Harding: Állami és magánszerepek gazdaságtana az egészségügyben – az intézményi közgazdaságtan és szervezetelmélet szemszögéből. <http://www.kormanyzas.hu>
- Turcsányi Katalin (2009): A magánszektor szerepe az egészségügyi ellátásban. „Tavaszi szél” Konferenciakiadvány, DOSZ, Szeged.