

Konferencia-összefoglaló  
Egészségbiztosítási reform 2007-2009  
2007. január 25-26.

Az egészségügy átalakításának utolsó lépcsője az egészség-biztosítási rendszer megváltoztatása. Ennek megvitatására konferenciát szervezett az átalakítást irányító Egészségügyi Minisztérium. Politikusok, közgazdászok, hazai és külföldi előadók mondták el véleményüket a biztosítási rendszer átalakításával kapcsolatban.

A változás kereteit meghatározó törvények sorát megalkottuk. De még egy lépést - álláspontom szerint a legfontosabbat- még meg kell tennünk. **Meg kell változtatni a szocializmus 50-es években kialakított, hamis elveire épülő, gyakorlatát őrző társadalombiztosítást. E nélkül nincs egészségügyi rendszerváltás. Ahogy a gazdasági rendszerváltás sem mehetett volna végbe az MNB monopóliuma mellett, a bankrendszer reformja nélkül.** Ezekkel a szavakkal nyitotta meg dr. Molnár Lajos, egészségügyi miniszter az egészségbiztosítási reformról szóló két napos konferenciát.

Az előadók által felvetett fontos kérdések, tapasztalatok, gondolatok sorából szemezgettünk, melyeket az alábbiakban olvashatnak.

**Kornai János vitaindító előadása** többek között a következő kérdéseket veti fel:

Melyek azok a minimális feltételek, amelyeknek teljesülnie kell ahhoz, hogy a magánbiztosítók képesek legyenek belépni az egészségügyi biztosítás piacára? Csak kiegészítő biztosításra vállalkozhat-e a magánbiztosító, vagy átveheti-e az "alapvető biztosítási csomag" kezelését is? Ragaszkodunk-e a biztosítás és a szolgáltatás szétválasztásához? Vagy beléphetnek-e a piacra integrált (mind a biztosítást, mind a szolgáltatást menedzselő) szervezetek is? Legyen-e kötelező biztosítást kötni az „alapvető biztosítási csomagra”? Ki fizeti meg a kötelező biztosítást annak, aki saját erőforrásaiból nem tudja fizetni? Megvédhető-e minden beteg attól, hogy a magánbiztosító elzárkózzék tőle? Ki fizeti a veleszületett vagy később krónikussá vált betegségekkel sújtott emberek és az öregek egészségügyi költségeit? Milyen elv szerint képezzék a járulékot? Mi történik, ha kiderül: a járulék nem fedezi a költséget, és tartósan nem hoz nyereséget, sőt esetleg tartósan veszteséget okoz? Mi történik az amortizációval?

**Orosz Éva** közgazdász, egyetemi tanár **Panacea nincs – alternatíva van** címmel tartott előadást.

Sem elméleti megfontolások alapján, sem nemzetközi tapasztalatok alapján nem bizonyítható, hogy a magyar egészségügy fő problémáira az üzleti biztosítók versenye nyújtaná az adekvát (költség-hatékony) terápiát. A szolgáltatási szférában 2007-ben elindult változások új helyzetet teremtettek. A versenyző biztosítók modell nem áll összhangban a kórházhálózat modernizálására választott stratégiával.

**A magyar népesség egészségi állapota rosszabb, mint a gazdasági fejlettségünk alapján várható és rosszabb, mint az egészségügyre fordított kiadások alapján várható.**

Érdekeltek-e a minőség javításában a versenyző üzleti biztosítók?

-a megelőzés megtérülése kétséges a biztosító számára

-nem érdekelt a krónikus betegségek magas színvonalú menedzselésében

-több biztosítóval szerződött kórház esetében a biztosító nem érdekelt a befektetéseken (potyautas probléma)

-a házi orvosoknál - több biztosító eltérő szempontjai és szerződési mellett - nem alakulhat ki hatékony ellátásszervezés

### **Összhangban áll-e a versenyző biztosítók modell a kórházhálózat modernizálására választott stratégiával?**

*Lehetséges helyzetek:*

-8-10 biztosító versenyez az ügyfélért, de a páciens csak ugyanabba a kórházba tud menni (Miben lesz verseny?)

-A biztosító nem köt szerződést (bizonyos ellátásokra) azzal a kórházzal, amit a beteg választana (Hogyan érvényesül a fogyasztói igények jobb kielégítése?)

Mérlegelendő alternatíva:

-Forrásteremtés:

-Adók arányának növelése, járulékok arányának csökkentése

-Egységes egészségbiztosítási alap (fejkvóta alapú felosztása a régiók között)

-Források allokációja:

-Regionális biztosítók (regionális költségvetési korlát javíthatja a finanszírozhatóságot)

+

-„Kistérségi” ellátásszervező (megelőzés, optimális betegutak – javíthatja a minőséget, költség-hatékonyaságot)

### **A modernizáció két lehetséges scenáriója**

(A) scenárió: a közsféra, a közigazgatás modernizációjának részeként valósul meg az egészségbiztosítás átalakítása, egy **egészség-központú stratégia részeként**

(B) scenárió: **Az egészségügy (egészségbiztosítás) piaci típusú modernizációja**

**Csehák Judit** előadásának mottója: **A szakadékot nemcsak három lépésben, hanem tréning nélkül, illetve helyből sem lehet átugrani.**

### **Javaslat a finanszírozási reform első ütemére**

- 20.000 tag feletti pénztárak minősítése a két felügyelet által;
- 20 % feletti természetbeni szolgáltatást nyújtó pénztárak bevonása;
- Elismert pénztárrá alakulás jogi feltételeinek megteremtése önkéntes tagokkal, a részvény társasággá alakulás előzetes garantálásával;
- A természetbeni szolgáltatások egyéni járulék mértékének megfelelő fejkvóta átvitelének (OEP-ből az elismert pénztárba) megadása;
- A szolgáltatások közös finanszírozása az OEP-el (a munkáltatói és az átvitt egyéni járulék arányában);
- Az indulásnál nincs külön csomag meghatározás és külön szerződéskötés;
- A nagy kockázatú megbetegedések, valamint az alapszintű szolgáltatások az OEP-nél maradhatnak csökkentett fejkvóta ellenében;
- 2008 januárjától akár 500.000 önkéntes tag mintegy 80 Mrd forintnyi járulékának megfelelő összeggel gazdálkodhat 6-8 pénztár duplájára emelkedő adminisztrációs teherrel.

### **Továbblépési lehetőségek**

- Az OEP szerepének és finanszírozási arányának fokozatos csökkentése;
- 4 éven belül a kötelező magánpénztári tagság bevezetése, a pénztárat nem választók kisorsolása;

- Az egyéni járulék arányának jelentős emelése, egy tartalék alappal is rendelkező biztosítási rendszer kiépítésének megkezdése;
- Az ápolásbiztosítás, a nyugdíj- és életbiztosítások, valamint az egészségbiztosítás összehangolása.

### **A javaslat előnyei**

- Önkéntesen és fokozatosan kerülnek bevonásra a leginkább egészségtudatos pénztári tagok;
- Nem a legnagyobb kockázatú csoporttal indulunk;
- Stimulálja az önkéntes előtakarékosságot;
- Modellezi a gyakorlati feladatokat;
- Nem kell az ellátási csomagot megosztani;
- Egy kézben a betegút szervezés és az egészségvédelem;
- Egy helyről finanszírozzák a kötelező és az önkéntes szolgáltatásokat.

### **A javaslat hátrányai**

- A jobb egészségi állapotúak kerülnek először a rendszerbe;
- Kettős adminisztrációra és finanszírozásra van szükség;
- Nem a tényleges működési költségeket modellezi;
- Az önkéntes pénztárak is szervezeti átalakításra kényszerülnek;
- Teljes körű előzetes szabályozás hiányában a kezdő lépés visszafordítható.
- Jelentős beruházás igénye van, érdemi profit nélkül.

**Juhos András** az Uniqa képviselőjében „Kutatás –Az egészségbiztosítás magyarországi reformja kapcsán a hazai üzleti biztosítók számára” című tanulmány rövid ismertetése után megvilágította üzleti biztosítói szempontból fontos főbb kérdések kérdéseket.

**Dózsa Csaba** Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár modernizációjáról - a szolgáltatásvásárlói és biztosítói szerepek erősítéséről tartott értekezést.

### **Proaktív stratégia szükségessége**

A proaktív stratégia lényege, hogy a szervezet saját maga által megalkotott stratégia révén igyekszik a környezetét befolyásolni, saját maga számára kedvezően alakítani. A cél, hogy az OEP dinamikus, félig üzleti környezetben jóval nagyobb önállósággal, de nagyobb felelősséggel, szigorú társadalmi és szakmai kontroll mellett hatékonyan és magas színvonalon működjön!

### **Az új közszolgálati menedzsment kínálta lehetőségek az OEP-nél**

Az OEP jogállásának megváltoztatása –Gazdasági társasággá alakítása (ZRt);

Stratégiai menedzsment kialakítása;

Korszerű humán erőforrás menedzsment bevezetése: eredményorientáltság, teljesítményösztönzés;

Projektmenedzselés professzionalizálása, mátrix struktúrák kialakítása;

Total quality management és minőségbiztosítási rendszer kialakítása

Információs rendszer korszerűsítése: integrált informatika, e-kormányzás, e-közigazgatás technikai hátterének kifejlesztése;

Az OEP saját bevételi lehetőségének növelése;

Szervezetben belüli decentralizációban és specializációban meglévő lehetőségek kiaknázása;

Fogyasztóbarát ügyfélkapu fejlesztése

### **Következtetések**

Jelentős hatékonysági és jóléti veszteséget okozott az elmúlt 10-12 évben, hogy az OEP-et nem kezelték felnőtként

Az OEP szervezetének korszerűsítése nem halogatható tovább, és ez független attól, hogy egy-vagy több biztosító van-e a piacon.

Az OEP-nek szigorú társadalmi és szakmai ellenőrzés mellett nagyobb önállóságot kell adni!

### **Holló Imre**

#### **Hitvita? Igen!**

Az egészségbiztosítás jövője elsősorban nem szakmai kérdés

Ennek két fő oka van:

Nincs technikailag tökéletes (bevált) megoldás

Alapvető politikai/társadalomfilozófia és értékrendbeli különbségek rejlenek az egyik vagy másik opció mögött

Ez nem baj - azonban ezzel őszintén szembe kell nézni és a politikai vitát le kell folytatni.

Nem szabad pusztán „szakmai köntös” mögé bújni

### **Nemcsak nálunk hitvita**

“A kanadai egészségügyi rendszer szóba sem jöhet az amerikaiak számára. Még akkor sem, ha az jól működik is Kanadában. Itt két nagyon különböző országról van szó. Amerikát az *életre*, a *szabadságra* és a *boldogság keresésére* alapították, Kanada viszont a *békére*, a *rendre* és a *jó kormányzásra* épült. Ezek nagyon különböző értékek.”

Victor R. Fuchs, Stanford University

### **Tapasztalatok:**

A több-biztosítós rendszer sikeresen vonzott több forrást az egészségügybe

A több-biztosítós rendszer nem csökkenti a közkiadásokat

A több-biztosítós rendszer nem feltétlenül ösztönöz a szolgáltatások minőségének javítására

Növelheti a különbséget az ellátásokhoz való hozzáférésben

Komoly szabályozási kultúrát igényel a több-biztosítós modell

Miután a betegek 5%-a felel a kiadások 50%-ért, ill. a betegek 20%-a kiadások 80%-ért, ezért a biztosítóknak a leghatékonyabb mód a profit elérésére, ha ezektől a „rossz rizikóktól” megszabadulnak.

Nincs bizonyíték arra, hogy a több-biztosítós rendszer növeli a hatékonyságot

Strukturális reform lehet versengő biztosítók nélkül is

### **Kérdések:**

- A több-biztosítós rendszer mögött rejlő értékválasztás mennyire széles társadalmi rétegekre támaszkodik és mennyire tartós politikai támogatottságot élvez?
- Van-e ma Magyarországon olyan egészségügyi-szabályozási kultúra, ember és tapasztalat, ami a társadalom egy része számára megjelenő negatív következményeket hatékonyan kezelni tudja?
- Érdemes – e felvállalni a több-biztosítós rendszer veszélyeit akkor, ha közben az igazi problémákat a társadalom nagy része és az állam számára nem oldja meg?
- Jut-e idő és energia a megkezdett reformok megszilárdítására, amíg a komplex biztosítási kudarcok elkerüléséhez szükséges szabályozással és intézmények felállításával foglalkozunk?

- Egyáltalán: hogyan illeszkednek az ellátórendszer megkezdett reformjai a biztosítási reformhoz?

**Frajna Imre** az „Egy biztosítós társadalombiztosítás?” kérdését feszegette.

### **Milyen előnyök várhatóak?**

- Lakosság: választás szabadsága
  - Ellátórendszer: erősebb pénzügyi kontroll
- Biztosítás: üzletszerű működés megjelenése

### **Tévhitek**

- Állam kiadásai könnyebben kordában tarthatóak
- Javul az ellátás minősége
- Alacsonyabb szintre szoríthatóak a konfliktusok
- Nő a betegek elégedettsége
- A szelekciós törekvések elfogadható szinten tarthatóak

### **Saját tehetetlenségünk beismerése**

Az üzleti logika megjelenésétől hiába várjuk azoknak a problémáknak a megoldását, amelyeket az állam eszközeivel magunknak kellett volna megoldanunk.

„Minden bonyolult problémára létezik egy olyan megoldás, amely egyszerű, direkt és hibás.”  
H. L. Mencken

**Jávor András dr.** Egészségügyünk stratégiai kérdései a biztosítási reform tükrében

### **Következtetések:**

1. Az idősödő népesség egyre több betegséget mutat fel (kieső aktív prevenciók politika hiányában még hatványozottabban).
2. Az elszegényedés, a gazdasági problémák a legfontosabb betegséget okozó faktorok

1+2 = növekvő morbiditással kell számolni Magyarországon!

3. Az orvostudomány innovatív eredményei folyamatosan, évről-évre több forrást igényelnek
4. Ezért alapjaiban felül kell vizsgálni az egészségügy forrásteremtési mechanizmusát!
  - Kizárólag munkajövedelmek járulékából nem finanszírozható már rövid, ill. középtávon sem az egészségügy, hisz a járulék, mint munkateher nem emelhető, mert rontja a gazdasági verseny-képességünket.
  - Vízitdíj és társai nem pótolják az elmaradt járulékbételekből hiányzó forrásokat, hisz a lakosság terhelhetősége véges (rossz gazdasági helyzetben az előtakarékosság irreális, ill. elég csak a nyugdíjra irányozva bevezetni)
5. Fokozatosan szélesíteni kell az adóalapú forrásteremtési lehetőségeket
  - kizárólagos jelleggel?
  - részbeni, megosztott jelleggel  
USA minta – MEDICARE 65 év felettiek számára?
  - Fogyasztási adóterhelés
  - Jövedéki adóterhelés  
Illetve ezek kombinációi

**ALAPJAIBAN KÉRDŐJELEZI MEG A JELENLEGI REFORM-IDEOLÓGIÁT, A BIZTOSÍTÁSI RENDSZER KRITIKÁTLAN FAVORIZÁLÁSÁT!**

## 6. A biztosítási rendszer maradjon

- Egységes járulékmérték  
Bérből-fizetésből, kamatból, tőkejövedelmekre és bérletből származó jövedelmekre is kiterjesztve

Vagy

- Egységes egészségügyi hozzájárulás szociálpolitikai csomaggal együtt (hozzátartozók, gyerekek, stb.)

### **Biztosítási reform hatására mi változik?**

- Forráskivonás történik az egészségügyből – Konvergencia Program: 0,9%-pont!
- Forrásoldalról nincs megalapozott, fenntartható bér- és jövedelempolitika
- Vizitdíj csökkenti a paraszolvencia mértékét(?)
- Paraszolvencia elleni aktív fellépés bér- és jövedelemnövekedéssel kell, hogy együtt járjon!
- Életpálya modell továbbra sincs! – erősödő migráció.
- Növekvő adminisztrációs terhek - IT fejlesztés nélkül

### **A lakosság egészségi állapota**

- Az aktív prevenció politikai hiánya csak növeli a jövőbeni forrásigényt!  
A születéskor várható átlagos élettartam önmagában a gazdasági fejlődés hatására növekszik!
- Gazdasági versenyhátrányba kerül az ország az egészségdeficit miatt!  
Tudás-intenzív gazdaság igényli az egészséges, minőségi életévek során alkotó munkaerőt!

### **Legyen az egészségügyi reformnak, az egészségpolitikának is minőségbiztosítása!**

- Helyes-e a stratégia?  
Szükséglet analízis, stratégiai célok, követelmények, alternatívák kritikai elemzése
- Eredmény és haszon-analízis  
Bizonytalanságok számbavétele, várható társadalmi-gazdasági eredmények és a költségek, eredményesség/ hatékonyság/ fenntarthatóság, menedzsment stratégia
- Mibe kerül ez, ha a politikai váltógazdálkodás áldozatává válik? Ki viseli a veszteséget ekkor?

### **Fenntartható eü.-i reform – mit mutatnak az európai tapasztalatok**

- Minden szereplőt be kell vonni az előkészítésbe – konszenzus szükséges!
- Ki kell dolgozni és garantálni kell a leginkább elesettek, rászorultak védelmét!
- Flexibilitás, tolerancia és türelem – időfaktor!!!
- Transzparencia!
- Legyen bennünk kurázsi állandóan új megoldások felkutatására, ne ragaszkodjunk sikertelen ötleteinkhez!

Meghívott külföldi előadók:

**Joseph Kutzin** (WHO Regional Advisor, Health Systems Financing Visiting Fellow, Imperial College Centre for Health Management) WHO's perspective on the proposed reforms to the Hungarian health insurance system

**Hans Hoogervorst** Health reform in the Netherlands: a model for Hungary?

**Armin Fidler** (Health Sector Manager) and **Pablo Gottret**, (Lead Economist, The World Bank) Options for Improving Social Health Insurance

**Arvi Vask** (Member of the Management Board; Estonian Health Insurance Fund) Health insurance system in Estonia

**Josep Figueras** (European Observatory on Health Systems) Insurance competition, from the theory to the practice: *The less travelled road ...*

**Pavel Hroboň** (Deputy Minister of Health, Czech Republic) The Czech Health System – its Presence and Future.

**Peter Pažitný** (Health Policy Institute) SLOVAK HEALTH REFORM IN 2004 Courage to reforms

**Gerhard Schulte** Das deutsche Gesundheitssystem Status quo und Reformansätze