



*Szolnoki Tudományos Közlemények XI.
Szolnok, 2007.*

VALLYON ANDREA¹

EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI TRENDEK

BEVEZETÉS

A kilencvenes évek elejére jól láthatóvá vált, hogy a második világháború után intézményesült jóléti rendszerek finanszírozása egyre inkább megoldhatatlan feladat elé állítja a fejlett országokat. A társadalombiztosítás alapvető finanszírozási gondjainak akár az egészségbiztosítás akár a nyugdíjbiztosítás területén a jövőben kialakuló súlyos problémák előszele már egyre jobban érezhető a fejlett társadalmakban.

Magyarországon és Európa szinte minden országában tapasztalható az egészségügyi reformtörekvések megakadása, vagy mellékvágányon való haladása. a társadalombiztosítási rendszer sajátosságait tekintve úgy gondolom, hogy olyan új szempontokat és megközelítéseket kell találni, mely a jövőben jelentkező problémákra meg tudja találni a gyógyírt, s a társadalom minden rétegének az eddigi elért eredmények mellett, a szolidaritás elve alapján megfelelő ellátást nyújt.

1. A TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSI ALRENDSZEREK VÁLSÁGA, A FEJLŐDÉS TRENDJEI ÉS VÁRHATÓ KÖVETKEZMÉNYEI AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS TERÜLETÉN

A legnagyobb jóléti alrendszer, az egészségügy működtetése, jelenleg a GDP mintegy 10%-át emészt fel, és ennek átlagosan 65 – 70%-a közpénz. Az egészségügyi kiadások az USA- ban a világon a legmagasabbak, 2003-ban 15%-ot tettek ki. Ugyanebben az évben, ez az arány

¹ BGF KKKK Pénzügyi Intézeti tanszék, főiskolai adjunktus, PhD hallgató.
1165 Budapest Dióssy Lajos utca 22-24
e-mail: VALLYON.ANDI@GMAIL.COM

Németországban 11,5, de még a híresen alacsony költségszinttel dolgozó Nagy- Britanniában is 8,3% volt.

A jóléti államok válságát okozó tényezők közül az egyik legsúlyosabb, a lakosság elöregedése (a csökkenő születésszám és az életkor jelentős meghosszabbodása miatt) amely ráadásul párosul az aktív szakasz lerövidülésével (korai nyugdíjazás, hosszú tanulás) is. Az idősödő népesség szempontjából különösen érintettek Olaszország, Németország, Japán, Ausztria valamint Hollandia. A szövetségi statisztikai hivatal számításai szerint Németországban például 2030-ban a lakosság egyharmada, 2050-ben, pedig közel 40%-a hatvan évesnél idősebb lesz. A másik olyan tényező, amely az utóbbi két évtizedben drámai költségnövekedést idézett elő ezen a területen az orvostudomány, a gyógyászati technika, valamint, a biotechnológia fejlődése. A drágább diagnosztikai, illetve terápiás módszerek megjelenése, valamint a bérék emelkedése ebben a munka-intenzív ágazatban, jelentős mértékben „megdobta” a ráfordításokat. Az egészségügyi kiadások a gazdasági növekedésnél gyorsabb ütemben növekedtek. Olyan más költséggeneráló determinánsokról sem szabad megfeledkeznünk, mint a potyautas szindróma, epidemiológiai változások, információs technika fejlődése, vagy a moral hazard (erkölcsi kockázat).

A kedvezőtlen demográfiai és egyéb változások, tehát egyrészt finanszírozási, másrészt költségoldalról is érintik az egészségügyi rendszert, mivel az új eljárások elterjedése radikális költségnövekedést eredményez. Az is ismert tény, hogy kevesebb aktív befizető tart el több inaktívot, és általában elmondható, hogy az idősök egészségügyi ellátása többbe kerül. Ez utóbbi összefüggést a kutatók egy részének nem sikerült bizonyítani, (Barros, Getzen, Zweifel és Ferrari) más részüknek, azonban igen (O’Connell , Kornai és McHhale, Cutler és Meara). Chernichovsky és Markowitz arra a következtetésre jutott, hogy a kínálat vezérelt, állami egészségügyi rendszerekben mindenképpen nőnek az egészségügyi kiadások, de a társadalom által meghatározott életkor–specifikus költségigényeknek megfelelően. (Ez összecseng az ún. érdekcsoport – politika elméletek idevágó megállapításaival, amelyeket részletesen ismertet Pampel és Williamson). Ugyanakkor, a keresleti oldalról meghatározott (tehát piaci) egészségügyi rendszerekben az egyes korcsoportok csak szükségleteiknek megfelelő keresletet támasztanak, és nem egy másik csoport rovására történik az újraelosztás.

A fentiekben felvetett kérdések választ várnak. Számos reformfolyamatot figyelhetünk meg Európa fejlett társadalmában, de e törekvések, illetve igazítások a társadalombiztosítás rendszerén nem lesznek elegendőek a várható problémák megoldásához.

2. AZ EURÓPAI UNIÓ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREINEK VIZSGÁLATA, FŐ TRENDVONALAK

Az európai országok egészségügyi rendszerét két finanszírozási alapmodellbe sorolhatjuk, melyek természetesen sokszínű változatban működnek az Unióban. Az ún. Bismarck-féle biztosításalapú modell működik az EU országai közül Németországban, Hollandiában, Ausztriában, Belgiumban, Franciaországban, Luxemburgban. Az ún. Beveridge-féle egészségügyi rendszerjellemező Dánia, Finnország, Svédország és Írország által alkalmazott módszerre. Mindkettőről azonban

elmondhatjuk, azt, hogy a szolidaritás elve valamilyen formában mindenütt jelen van, s a lakosság igen nagy hányada számára az egészségügyi szolgáltatások biztosítottak. Mindkét rendszer megengedi a magánbiztosítók működését az egészségbiztosítás piacán.

Európában a holland magán egészségbiztosítási rendszer számít a legnagyobbnak, a teljes egészségügyi kiadásoknak a 28%-át a magánbiztosítások fedezik.

A német magánbiztosítóknál a járulék mértékét több tényező (életkor, nem, korábbi egészségügyi kezelések) befolyásolja, valamint külön díjat kell fizetni a család biztosítására. A magánbiztosítók szerepe az utóbbi években Németországban stabilizálódni látszik. A lakosság közel 10 százalékát érinti, és az egészségügyi kiadásokból az OECD legfrissebb adatai alapján kb. 8,6 százalékban veszik ki a magánbiztosítók a részüket. A magán és a kötelező betegbiztosítók közötti versenyt jól jellemzi, azoknak az aránya, akik a kötelező betegbiztosítás jövedelemhatára felett vannak már, de mégsem térnek át a magánbiztosítókhoz. Ez a biztosítottak kb. 16%-a, ami jól jelzi a kötelező betegbiztosítók versenyképességét, azonban egy bizonyos jövedelem felett már a magánbiztosítókkal előnyösebb a szerződés kötés.

Ausztriában a magán egészségbiztosítóknak csak a kiegészítő biztosítás terén nyílik lehetőség belépni a piacra, amelyet kb. a lakosság egyharmada vesz igénybe, így a magán egészségbiztosítók fedezik a teljes egészségügyi kiadás kb. 7%-át.

Dániában a lakosság kb. egyharmada veszi igénybe a magán egészségbiztosítók kiegészítő biztosításait, amelyek a teljes egészségügyi kiadásoknak csak néhány (kevesebb mint 2) százalékát fedik le. A dán kiegészítő egészségbiztosítás piaca – ahol a magán biztosítók működhetnek – monopolisztikus jellegű, a piac 96%-át egyetlen biztosító uralja.

A Beveridge-féle egészségügyi finanszírozási rendszer alapján működő más országok (pl. Finnország, Svédország, Írország esetében is a magánbiztosítók szerepe csak a kiegészítő biztosításra korlátozódik, és az egészségügyi kiadások fedezésében sem bírnak nagyobb jelentőséggel az eddig bemutatott példáknál.

Görögország, Olaszország, Portugália és Spanyolország esetében a korábbi társadalombiztosítási rendszerből mozdulnak el az egészségügyi rendszerek a Beveridge-típusú finanszírozási modell irányába, ezekben az országokban átmeneti rendszerek működnek, így a magánbiztosítók szerepét még nem lehet igazán megítélni.

3. AZ ÖNKÉNTES PÉNZTÁRAK, MINT LEHETSÉGES ALTERNATÍVÁK AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREKBE

A kiegészítő egészségbiztosítások közül az önkéntes kölcsönös egészségpénztári rendszer, a magyarországi egészségügyi reform egy lehetséges kitörési pontja. Mivel az egyes egészségügyi rendszerek is jelentősen eltérnek egymástól, az önkéntes biztosítók más és más szerepet tölthetnek be. Úgy gondoljuk, hogy az egyes rendszerek reformjai hosszútávon egy irányba kellene, hogy

mutassanak az Unió országaiban, hiszen a jövőbeli problémákkal minden egyes nemzetnek szembe kell néznie.

Napjainkban is rendszeresen terítékre kerülő téma a politikai és szakmai körökben a kiegészítő egészségbiztosítások lehetséges szerepe, helye a társadalombiztosításhoz viszonyítva. Mivel a különböző politikai pártok és szakértői csoportok, bár különböző elképzelésekkel rukkolnak elő az egészségügy fejlesztését, reformját illetően mindegyik elképzelésben benne van a kiegészítő egészségbiztosítások szükségessége. Ezt, mint a többletforrás teremtés, és a magasabb igények kielégítésének eszközeként kezelik. A hazai egészségügyi piacon már mindkét tényező jelenlétével számolhatunk. Abban is egyetértés körvonalazódik, hogy a kiegészítő biztosítások csak jól működő társadalombiztosítási rendszer mellett érhetik el céljukat. A cél azon egyedi igények biztosítása, amelyet a társadalombiztosítás nem tud finanszírozni. Mindenképpen elkerülendő a társadalom egészségügyi ellátás szempontjából való kettészakadása, szegény és gazdag biztosítottakra.

Ez csak a két rendszer szabályozott és szinergikus együttműködésével kerülhető el.

Feltevésem szerint a jövőben a kiegészítő biztosítások szerepe nőni fog, a reformok iránya abba az irányba mutat, amely a lakosságnál az öngondoskodást helyezi előtérbe az állami szolidaritási elvvel szemben. A kérdés az, hogy vajon fenntartható-e a szolidaritás elve, ha a lakosságra egyre nagyobb terhek nehezednek. Továbbá, hogy a jövőben várható szűkítések, költségsökkentési előirányzatok, az önrészesedéssel kombinált finanszírozás, a co-payment intézményének egyre hangsúlyozottabb szerepe, a fedezett szolgáltatások számának csökkentése, hogyan hat az egészségügyi rendszer hatékonyságára. Szűkebb körű támogatásokkal, kevesebb ráfordítással az egyre drágább technikai feltételek mellett megőrizhető-e, növelhető-e az eddig elért egészségügyi színvonal?

Megvalósul-e egy igazi konvergencia az egészségügyi reformok területén az Unióban, vagy továbbra is fennmaradnak a XIX. században kialakult típus-modellek módosított változatai?

Egy jól működő kiegészítő egészségpénztár tagjainak megszerzését, és a már megszerzett bizalmának fenntartását színvonalas szolgáltatásaival nyerheti el.

Szakmai célkitűzései között hangsúlyos szerepet kell, hogy kapjon az ellenőrzöttén jó minőségű egészségügyi szolgáltatások elérésének megszervezése, amelyek a tagok és hozzátartozóik számára kedvező ár és rugalmas fizetési feltételekkel vehetők igénybe. Ez az informális csatornákon keresztül a még nem tagok nagy csoportját vonzhatja be.

A társadalombiztosításnak gyökeres reformokra van szüksége, mely kezelni tudja a várható demográfiai problémákat és a belőlük fakadó költséghatásokat. Figyelembe veszi mind az öregedő, passzív korosztályok, mind az aktív fiatalok népesség igényeit. Egyensúlyt teremt a kétirányú érdek vezérelte generációk között. Az Európai Unió kormányainak mindkét generáció igényeit szem előtt kell úgy tartania, hogy a szolidaritás elve ne sérüljön, vagy olyan új elvekre és reformokra van szükség, melyek még határozottabban képviselik a társadalom tagjainak érdekeit.

IRODALOMJEGYZÉK

1. ESKI: <http://www.eski.hu/civiltajekoztatas/hol/cikkh.cgi?id=613>
2. Gota Esping –Andersen: Jóléti államok az évszázad végén: a munkaerőpiac, a családszerkezeti és demográfiai változások hatása. In: Csaba Iván – Tóth István György (szerk.) A jóléti állam politikai gazdaságtana Osiris Kiadó, Láthatatlan Kollégium, 1999.
3. Health at a Glance: OECD Indicators – 2005 Edition, www.oecd.org/dataoecd/49/15/35618651.pdf
4. Health Care Systems in Transition, 2005. <http://euro.who.int/countryinformation>
5. Statistisches Bundesamt. <http://www.destatis.de>
6. www.weborvos.hu/adat/magyarorvos/2007jan/18-19.pdf

TRENDS IN HEALTHCARE INSURANCE

VALLYON, ANDREA
ASSISTANT PROFESSOR, PHD STUDENT
E-MAIL: VALLYON.ANDI@GMAIL.COM

My basic objective in writing this paper is to make accessible to readers of recent trends in healthcare insurance in Europe. The signs of the basic financing problems of the biggest social security system are more and more evident in welfare countries. I consider that countries need to accept that they must act quickly to set in a place a range of policies and reforms in order to evade the future problems and maintain the already achieved results. The question is whether the government will be able to maintain sustainable growth beside the principle of solidarity.