

AZ MNB VERSENYKÉPESSÉGI PROGRAMJÁBAN SZEREP- LŐ, EGÉSZSÉGÜGYI MAKROFINANSZÍROZÁST ÉRINTŐ JAVASLATOK ÉRTÉKELÉSE

Kiss Norbert (BCE GTK, adjunktus), norbert.kiss@uni-corvinus.hu, Tókegy Balázs (ELTE ÁJK, adjunktus), tokegybalazs@ajk.elte.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Tanulmányunkban a Magyar Nemzeti Bank (MNB) Versenyképességi programjában szereplő, egészségügyre vonatkozó javaslatokat elemezzük, különös tekintettel a makrofinanszírozásra. A javaslatok központi eleme az egészségpénztárak és a magán-egészségbiztosítások szerepének növelése. Ezek valóban alkalmas eszközök arra, hogy több magánforrás kerüljön a hazai egészségügybe, bár ahhoz, hogy komoly szerepet kaphassanak a finanszírozásban, a kínált biztosítások széles körű szabályozására van szükség. Ugyanakkor reális az a veszély is, hogy tovább növekszik az egyenlőtlenség az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés területén.

SUMMARY

Our paper analyzes a range of recommendations of the Competitiveness Programme of the National Bank of Hungary (MNB), aimed at reforming health care services. We focus on macrofinancing where the central element of the proposal is to increase the role of health savings accounts and private health insurance. These are suitable tools for bringing more private sources into the Hungarian health care system, however, in order to have a significant role in the financing system, the private health insurance market requires extensive regulation. Moreover, there is also a risk that these steps would further increase inequalities in access to healthcare.

Kulcsszavak: egészségpénztár, egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés, magán-egészségbiztosítás, Nemzeti Egészségügyi Adatbázis

Keywords: health savings account, access to healthcare, National Health Record, private health insurance

JEL: I13, I14, I18

DOI: 10.18530/BK.2019.4.12

<http://dx.doi.org/10.18530/BK.2019.4.12>

Bevezetés

Az egészségügyi rendszer finanszírozásának kérdése minden ország számára kiemelt jelentőségű közpolitikai kérdés, így az ezzel kapcsolatos koncepciók (előzetes) értékelése, megvitatása hozzájárulhat az egészségpolitikai beavatkozások megalapozásához. A Magyar Nemzeti Bank Versenyképességi programjában (MNB, 2019) egy külön fejezet foglalkozik a populáció egészségi állapotának javítására irányuló javaslatokkal („Egészséges társadalom” címmel). A teljes javaslatcsomag minden elemének vizsgálata rendkívül komplex feladat lenne, így cikkünkben elsősorban a javaslatcsomag finanszírozási javaslatait értékeljük, ezen belül is a makrofinanszírozásra (tehát a rendszerszintű forrásteremtés és forrásallokáció mechanizmusaira) koncentrálna. A koncepció egyik fő célkitűzése a „Magánforrások intézményesített és irányított felhasználásának” a növelésére vonatkozik, ennek megfelelően elemzésünkben kiemelten foglalkozunk a magánbiztosítók és egészségpénztárak szerepvállalásának felvázolt lehetőségeivel. A szabályozási nehézségek és az egészségpolitikai komplexitás érzékeltetése érdekében illusztratív jelleggel néhány egyéb beavatkozási területre vonatkozó javaslatot is szerepeltetünk elemzésünkben.

Helyzetkép

A közpolitikai beavatkozások tervezésének alapvető feltétele a pontos problémamegállapítás. A Versenyképességi programban olvasható helyzetértékelés makrofinanszírozásra vonatkozó megállapításai helytállóak, bár kiegészítésre szorulnak. Magyarország GDP-arányos egészségügyi kiadási szintje valóban elmarad az EU-átlagtól, viszont ha az ország fejlettségi szintjét is figyelembe vesszük, akkor ez igazából nem kirívó elmaradás: a referenciaországgént használható visegrádi országokhoz képest hazánkban sem alacsonyabb a kiadási szint (lásd 1. táblázat). Ami nagyobb problémát jelent, az a közkiadások alacsony és a magánkiadások túlságosan magas, egyharmados aránya, ahogyan azt – helyesen – az MNB elemzése is megjegyzi. Az MNB azt is hozzáteszi – szintén helyesen –, hogy a magánkiadásokon belül alacsony az intézményesített (egészségbiztosításból vagy egészségpénztáron keresztül finanszírozott) kiadás, azaz a háztartások zsebből fizetett (out-of-pocket) kiadásai túlságosan is magasak a finanszírozási szerkezetben belül. Ebből az alaphelyzetből viszont nemcsak az következhet, hogy a magánkiadásokon belül szükséges növelni az intézményesített források arányát, hanem az is, hogy a közkiadások növelése is indokolt.

1. táblázat: A visegrádi országok egészségügyi kiadásai

Ország	Egészségügyi kiadás (GDP %)	Közkiadás (összes folyó kiadás %-a)	Háztartások out-of-pocket (összes folyó kiadás %-a)
Csehország	7,15	81,98	15,02
Magyarország	7,13	68,07	27,70
Lengyelország	6,52	69,85	22,94
Szlovákia	6,98	80,36	18,19

Forrás: Eurostat, 2016. évi adatok

A magánkiadások magas szintjéből az következik, hogy a hátrányosabb helyzetben lévő, szegényebb társadalmi rétegek egészségügyi ellátáshoz való hozzáférése korlátozottabbá válik. Ahogyan azt „A magyar egészségügyi rendszer teljesítményértékelési jelentése” is megállapítja, „a szegény háztartásokat a közvetlen kiadások feltételezhetően visszatartják a szolgáltatások igénybevételétől” (ÁEEK, 2016:659). Amikor tehát a magánkiadások szerepét és formáját vizsgáljuk az egészségügy finanszírozásában, akkor nemcsak az „átlagos” értékekkel és az „átlagos” háztartással kell foglalkoznunk, hanem azt a szempontot is figyelembe kell vennünk, hogy a finanszírozási sémák eltérően érintik a különböző társadalmi rétegeket. A jövedelmi különbségek végeredményben az egészségyenlőtlenségek nem kívánatos fokozódásához vezetnek, azaz a tervezett beavatkozások értékelése során nemcsak a hatékonysági, hanem a méltányossági szempontot is figyelembe kell vennünk. Azt is értékelnünk kell tehát, hogy a javaslatok inkább csökkentik vagy növelik a szegényebb társadalmi rétegek esélyét az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáféréshez (a nem szegényekhez viszonyítva).

A tervezett beavatkozások értékelése során nemcsak a hatékonysági, hanem a méltányossági szempontot is figyelembe kell vennünk.

Fontos megjegyezni, hogy a pénzügyi korlátokból adódó hozzáférési problémák mérséklése nemcsak az egészségügyi rendszeren belül kezelendő probléma, hanem abban a szociális transzfereknek is van szerepe (így például a gyógyszerekért fizetendő önrészt finanszírozó közgyógyellátási rendszernek). Ahol az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele co-paymenthez kötött, ott a szegényebb társadalmi rétegek hozzáférését jellemzően szociális támogatás is segíti; például Írországból rászorultsági alapon (means-test) a lakosság majdnem 30 százalékának van olyan egészségügyi kártyája, amely ingyenes igénybevételre jogosítja fel (McDaid et al., 2009). Mindebből az is következik, hogy a közkiadások növelésének is több útja van: egyfelől lehet általánosan, minden jogosult számára ugyanúgy csökkenteni a magánfinanszírozási szükségletet (hazánkban pl. a gyógyszerönrészek csökkentésén vagy a tb-támogatási összeg magánszolgáltatásban való felhasználhatóságán keresztül), másfelől viszont lehet célzottan, a hátrányos helyzetű társadalmi csoportokra koncentrálni, szociális transzfer formájában. Utóbbi megoldás nyilvánvalóan eredményesebb lehet az egészségyenlőtlenségek csökkentése szempontjából.

Magán-egészségbiztosítás és egészségpénztár

Mivel a javaslatcsomag a jelenlegihez képest nagyobb szerepet szán a (kiegészítő) magán-egészségbiztosításoknak és az egészségpénztáraknak, indokolt röviden áttekintenünk, hogy a nemzetközi tapasztalatok alapján mit tudunk e formák működésének eredményességéről. A magán-egészségbiztosítás jóval elterjedtebbnek számít, mint

az egészségpénztári rendszer; előbbi a biztosítottak kockázatközösségén belül valósít meg pénzügyi transzfert, míg utóbbi lényegében egyetlen egészségpénztári tag (és hozzátartozói) jövedelmének és kiadási szükségletének időbeli eltérését képes áthidalni előtakarékosággal. Az előbbi mondatban azért szerepeltetjük a „lényegében” szót, mert bár az egészségpénztári rendszerben az eredeti szándékok szerint nagy szerepet kapott volna a szolidaritási elem, arra a működési tapasztalatok alapján elsősorban mégis egy saját számlás megtakarítási rendszerként tekinthetünk. Ebből a szempontból egyébként kifejezetten érdekes eleme a javaslatcsomagnak az egészségpénztárak és a biztosítások kombinálása (amire egyébként már jelenleg is van élő példa a hazai egészségpénztárak körében).

Az európai országok nagy változatosságot mutatnak a magán-egészségbiztosítások elterjedtségében. Mivel ezek szinte kivétel nélkül kiegészítő típusú egészségbiztosítások, leginkább csak a közfinanszírozott rendszerhez való viszonyban, annak működési paramétereivel együtt értelmezhetők. Például minél kevésbé kiterjedt a közfinanszírozott csomag tartalma, vagy minél nagyobb önrészhez kötött annak igénybevétele, annál nagyobb lehet a magánbiztosítások szerepe egy adott országban. Elterjedtségüket a kiadásokon belüli arányukkal és a populáció lefedettségével is lehetséges jellemezni, azonban e két tényező között nem feltétlenül van közvetlen összefüggés, ráadásul egy széles körű lefedettségből sem következik, hogy az minden résztvevő számára hasonló minőségű hozzáférést biztosít. A magánbiztosítások szerepét országspecifikus, kulturális tényezők is befolyásolhatják, például a hálapénzfizetés az egészségügyi szolgáltató közvetlen befolyásolhatóságának az érzetét teremtheti meg, ami egy harmadik fizető fél bevonásával már nem lenne adott (Thomson–Mossialos, 2009). Általánosságban az is kijelenthető, hogy inkább a gazdagabb társadalmi csoportok vásárolnak magán-egészségbiztosítást: „a tipikus európai ügyfél: magasabb jövedelmű, 40-50 éves, magasabb iskolai végzettségű, szellemi munkát végez, nagyvállalati alkalmazott vagy vállalkozó, férfi” (ibid:30). Nagy változatosságot mutat az is, hogy az egyes országokban mekkora a csoportos biztosítások aránya: itt egy-egy tranzakcióval kisebb egy főre számított egységköltség és nagyobb díjbevételek érhetőek el, jellemzően munkáltatókon keresztül, fiatalabb, egészségesebb, homogénebb populáció bevonásával. Ez a biztosító számára ugyan a káros szelekció lehetőségét csökkenti, viszont egészségpolitikai szempontból hozzájárulhat az egyenlőtlenségek növekedéséhez. (Thomson–Mossialos, 2009) Egy OECD által kiadott műhelytanulmány is hasonló következtetésre jutott: miközben a magán-egészségbiztosítás képes az egészségügybe többletforrásokat juttatni, gazdagítja a fogyasztók számára a választási lehetőségeket, és érzékenyebbé teszi az igények iránt az ellátórendszert, az egyenlőtlenségek növekedéséhez is hozzájárulhat (Colombo–Tapay, 2004). Végezetül azt is ki kell emelnünk, hogy minél inkább épít egy ország az egészségügyi finanszírozás rendszerében a magán-egészségbiztosításra, annál inkább kiterjedt szabályozást kell kialakítania, hiszen mind az egészségpolitika, mind a betegek, mind a biztosítók számára súlyos következményekkel járnának a komolyabb szabályozás hiányában előbukkanó piaci kudarcok.

Az egészségpénztárak léte különleges helyzetet teremt Magyarországon az egészségügyi magánfinanszírozás átalakítása során. Ahogyan már fent említettük, a szolidaritási elem kis súlyú a rendszer működésében, így a hazai egészségpénztárak működése lényegében az egészségügyi megtakarítási számlák (medical savings accounts, MSA; health savings accounts, HSA) rendszerének feleltethető meg. Ez azonban nemzetközi viszonylatban is ritka képződménynek számít: az USA-n kívül, ahol magas önrésztű biztosítások mellett lehet adókedvezménnyel igénybe venni ezt az előtakarékosági formát, Dél-Afrikában, Szingapúrban és egyes kínai területeken működnek MSA-k. Az egyéni szinten megvalósított előtakarékoság elviekben arra épül, hogy az egyéni jövedelem és az egészségügyi kiadások jelentkezése időben elváljék egymástól: az aktív korban megkeresett jövedelemből képződő, egészségügyi célokra lekötött megtakarítás felhasználása történik meg időskorban (WHO, 2002).

Sajátszámlás rendszerben a fogyasztók költségtudatosabbá válnak az igénybevétel során.

A potenciális előnyök közül a legfontosabb az, hogy a sajátszámlás rendszerben a fogyasztók költségtudatosabbá válnak az igénybevétel során, azaz növelik a források elköltésének hatékonyságát. A megtakarítások léte, különösen ha az MSA-hoz még egy katasztrófális kiadásokat fedező biztosítás is társul, lehetővé teszi a magasabb önrésztű, következőképpen alacsonyabb díjú biztosítások nagyobb piaci penetrációját, így hozzá tud járulni a biztosítatlanul maradó populáció csökkenéséhez (ez természetesen leginkább az USA-ban értelmezhető érv). A kritikák között ugyanakkor felmerül, hogy mivel a forrásokat eleve csak egészségügyi célra lehet elkölteni, ezért a fogyasztók azt meg is akarják tenni, és a források rendelkezésre állása esetén ekkor is a drágább eljárásokat részesítik előnyben, így a várt hatékonyságjavulás nem jelentkezik. A legfontosabb ellenérv azonban itt is az, hogy az MSA-k léte növelheti az egyenlőtlenségeket, hiszen az egészségesek és betegek, illetve gazdagok és szegények közötti újraelosztás helyett egyéni szinten működik (WHO, 2002).

A helyzetkép és a nemzetközi tapasztalatok felvázolását követően a programban szereplő javaslatok elemzésére térünk rá.

A javaslatok által felvetett szabályozási kérdésekről

A Versenyképességi program javaslatainak megvalósíthatóságával kapcsolatban természetesen felmerül az a kérdés is, hogy annak során jelentkeznek-e szabályozási problémák, akadályok, és ha igen, akkor azok milyen jellegűek. Ebben a tekintetben az MNB javaslatai alapvetően két csoportba sorolhatók: egyfelől több olyan is van közöttük, amelyek megvalósítása „egyszerű”, jelentősebb szabályozási kérdéseket nem vetnek fel. Mások azonban jelentősebb szabályozási előkészítést igényelnek, és ez akár olyan akadályt is jelenthet, amely kérdésessé teszi azoknak a közeljövőben történő megvalósíthatóságát (igaz, maga a javas-

latcsomag sem tartalmaz ütemezést vagy céldátumokat). Sőt olyan probléma is felmerül, hogy a jelenlegi jogszabályi környezettel mennyiben hozható összhangba az a szabályozás, amelynek kidolgozására és elfogadására az adott javaslatban kitűzött cél elérése érdekében szükség van (lásd azokat az adatvédelmi kérdéseket, amelyek pl. a Nemzeti Egészségügyi Adatbázis létrehozásához kapcsolódnak). Végül szabályozási szempontból külön ki kell térnünk arra a felvetésre, hogy szükség lenne a szolgáltatásfinanszírozó kiegészítő magán-egészségbiztosítási rendszer feltételeinek megteremtésére. Ez ugyanis álláspontunk szerint az egészségbiztosítási rendszer szabályozási koncepciójának teljes átalakításával járna. A továbbiakban nem fogjuk az összes javaslatot egyesével vizsgálni, hanem a fent leírtak alapján csak érzékeltetni kívánjuk azt, hogy azok megvalósítása milyen kihívásokkal járhat a kidolgozandó szabályozás tekintetében.

Azok a javaslatok, amelyek megvalósítása „egyszerű”, jelentősebb szabályozási kérdéseket nem vetnek fel.

Szabályozási szempontból azok a javaslatok tűnnek a legkevésbé problémásnak, amelyek megvalósítása alapvetően technikai jellegű, komolyabb előkészítést nem igényelnek, jellemzően mindössze arra lenne szükség, hogy egy már meglévő jogszabályt legfeljebb néhány ponton módosítsanak. Ennek megfelelően ebben a körben annak megállapítása sem okozhatna különösebb nehézséget, hogy a módosított rendelkezés összhangban lenne-e az egyéb jogszabályi környezettel (különös tekintettel az Alaptörvényre és az uniós jogra).

Az MNB Versenyképességi programja számos ilyen jellegű javaslatot tartalmaz. Példaként említhető a röviditalok jövedéki adójának növelése [(1) javaslat], egyes élelmiszerek (pl. zöldségek és gyümölcsök) áfájának csökkentése [(4) javaslat] vagy adókedvezmény biztosítása vállalati egészségügyi csomagokra, illetve magán-egészségbiztosítások számára [(27) javaslat]. E javaslatok megvalósításával kapcsolatban leginkább az a kérdés, hogy valóban el tudják-e érni a kívánt hatást. Például az egyes élelmiszerek áfacsökkentése nem biztos, hogy csökkenti az árakat, növelve ezzel az adott élelmiszerek fogyasztását, hanem olyan hatása is lehet az intézkedésnek, hogy az áfacsökkentés mellett az árak változatlanok maradnak, azt lényegében „lenyelik a termelők”, így a jogszabály módosítása végül az utóbbiakat támogatja, ahelyett, hogy az egészségesebb élelmiszerek fogyasztására serkentené a lakosságot. A vállalati egészségbiztosítások esetében már korábban is próbálkozott adókedvezménnyel a szabályozás, aminek volt ugyan pozitív hatása a kötések számára, de a sokak által várt piaci áttörés elmaradt (MABISZ 2016), bár a növekedés az utóbbi években folyamatos, de csak szolid mértékű (MABISZ 2018).

Sajátos a helyzete szabályozási szempontból annak a javaslatnak, hogy a dohányzás elterjedtségének és az általa okozott megbetegedések költségeinek csökkentését a jövedéki adó emelésével kellene elérni [(5) javaslat]. Ugyanis a jövedéki adóról szóló 2016. évi LXVIII. törvény 145. § (1) bekezdésének ac) pontja alapján a cigaretta vonatkozásában a jövedéki adó mértéke 2019. július 1-jétől 19 200 forint ezer darabonként és a kiskereskedelmi eladási ár 23,5 százaléka, de legalább 32 200 forint ezer darabonként. Így a jelenlegi magyar szabályozás az uniós jogba ütközik,

mert a dohánygyártmányokra alkalmazott jövedéki adó szerkezetéről és adókulcsáról szóló 2011. június 21-i 2011/64/EU tanácsi irányelv alapján a jövedéki adó szintjének el kellene érnie a súlyozott kiskereskedelmi értékesítési átlagár 60 százalékát. E követelmény csak akkor nem alkalmazandó, ha a súlyozott kiskereskedelmi értékesítési átlagár alapján legalább 115 EUR (kb. 37 700 forint) értékben állapítják meg. Magyarország több másik tagállammal együtt átmeneti felmentést kapott e szabály alkalmazása alól, de csak 2017. december 31-éig (lásd az irányelv 10. cikkét). Így az MNB javaslatának megvalósítása tulajdonképpen nem lenne más, mint a jelenlegi uniós jogot sértő helyzet megszüntetése. Megjegyezzük, hogy az Országgyűlés azóta elfogadta az egyes adótörvények és más kapcsolódó törvények uniós jogharmonizációs kötelezettségek miatt szükséges módosításáról szóló 2019. évi LXXII. törvényt, melynek alapján a cigaretta jövedéki adója 2021. január elsejétől fogja elérni az irányelv által meghatározott minimális mértéket.

Szintén nem kapcsolódnak klasszikus szabályozási problémák azokhoz a javaslatokhoz, amelyek megvalósítása során az a központi kérdés, hogy van-e rá kellő költségvetési fedezet. Ide sorolható az a felvetés, hogy szükség lenne a mentési rendszer erősítésére [(12) javaslat], illetve az egészségügyi szakszemélyzet számának növelésére [(23) javaslat]. Természetesen ennek megvalósítása alapvetően pénzkérdés (bár persze az orvosok és szakdolgozók közötti hatáskörök átrendezése, ami utóbbi intézkedés rendszerszintű hatékonyságjavító hatását tovább növelné, már korántsem ennyire egyszerű feladat).

Azok a javaslatok, amelyek megvalósítása jelentősebb szabályozási előkészítést igényel

A Versenyképességi program számos olyan javaslatot tartalmaz, amelynek megvalósítása jelentős – többek között szabályozási – előkészítést igényel. Ilyen például az átfogó mentális egészségcsomag kidolgozása és szisztematikus végrehajtása [(11) javaslat], valós költségekre épülő állami finanszírozási rendszer kialakítása [(16) javaslat], ellátási szinteken átívelő finanszírozás kialakítása [(19) javaslat] vagy eredményességhez kötött finanszírozási módszerek alkalmazásának bővítése [(20) javaslat]. Nem igényel hosszabb magyarázatot, hogy ahhoz, hogy a javaslatnak megfelelő új szabályozással valóban el lehessen érni a kitűzött célokat, igen nagy munkára van szükség (ezalatt értve különösen az előkészítés szakember-, idő- és költségigényét). E javaslatok kapcsán azt is fontos megjegyezni, hogy nem egyszeri feladatról van szó, hanem intézményépítésről: a hazai finanszírozási rendszer karbantartásának elmaradása világosan megmutatta, hogy egy stabilan működő rendszer kialakításához nem időnként és projektszerűen végzett munka kell, hanem az, hogy a rendszer működtetéséért való felelősséget egy kellő hatáskörrel és eszközzel rendelkező szereplőhöz delegálják (így például a rendszertelenül végzett költségfelmérések helyett valódi ágazati árhatósági funkció kialakítására van szükség).

Ráadásul, ha ezeket a feltételeket még biztosítanák is a szükséges mértékben, további problémák merülnének fel. Egyrészt egyes kérdésekben nem biztos, hogy ki lehet alakítani olyan szabályozást, amely valóban javít a jelenlegi helyzeten. Az egészségügyben például a kezelés eredményessége számtalan faktortól függ, az összes figyelembevétel

a finanszírozás során lényegében lehetetlen. Ha viszont néhány faktort kiválasztunk, és azokhoz kötjük a finanszírozást, akkor ez azzal a veszéllyel jár, hogy a finanszírozás majd valamilyen torzított eredményhez kötődik, és az intézmények majd e kiemelt faktorokra fordítanak figyelmet, nem a társadalom és az egyes betegek szempontjából értelmezett valódi eredményességre. A szolgáltatói szinten működtetett pay-for-performance rendszerek éppen ezért sokkal inkább a megfelelő működési folyamatokra (folyamatindikátorokra, standardrendszerek ellenőrzött implementálására) helyezik a hangsúlyt.

■ Nem egyszeri feladatról van szó, hanem intézményépítésről.

A másik kihívás az, hogy még abban az esetben is, ha sikerülne kidolgozni egy olyan szabályozást, amely nem torzít, és valóban alkalmas a kitűzött célok elérésére, egyáltalán nem biztos, hogy sikerül azt elfogadtatni. Ugyanis azok a javaslatok, amelyek a szabályozásban jelentősebb változást hoznának, a jelenlegi helyzet nagyobb mértékű megváltoztatásával együtt bizonyos érdekeket szükségszerűen sértene. Például a finanszírozási rendszer radikális átalakításával egyes szereplők biztosan rosszul járnának (értelemszerűen azok, akiknek a jelenlegihez képest csökkenne a finanszírozásból való részesedésük), akik vélhetően az összes rendelkezésükre álló eszközt bevetnék a mostani kedvezőbb helyzetük megőrzése végett.

A jogszabályi környezet jelentette esetleges akadályok

A Versenyképességi program egyik javaslata szerint indokolt lenne a Nemzeti Egészségügyi Adatbázis létrehozása (nem egyértelmű, hogy ez az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térre épülne, vagy attól független lenne), amely a rendszeres állapotfelmérések és szűrővizsgálatok eredményeit tartalmazná [(10) javaslat]. Ugyanakkor a szöveg példaként a szingapúri National Electronic Health Record rendszerére utal, ami viszont az egyes betegek teljes kórtörténetét és egészségügyi dokumentációját tartalmazza, így nem teljesen világos, hogy milyen adatokat rögzítenének a Nemzeti Egészségügyi Adatbázisban.

Az esetleges megvalósítás során ebben az esetben az okozna különös nehézséget, hogy hogyan lehetne egy olyan adatbázist kiépíteni, amely megfelelne az adatvédelmi előírásoknak. Itt elsősorban az uniós jogra (ez a szempont Szingapúr esetében természetesen nem merült fel), azon belül is a GDPR-ra (a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről szóló 2016. április 27-i (EU) 2016/679 európai parlamenti és tanácsi rendelet) utalunk, amelynek 9. cikk (1) bekezdése főszabályként tiltja az egészségügyi adatok mint különleges kategóriájú személyes adatok kezelését, és a (2) bekezdés ez alól fogalmaz meg kivételeket (pl. az érintett hozzájárulását adta az adatkezeléshez, megelőző egészségügyi vagy munkahelyi egészségügyi célokból, egészségügyi ellátás vagy kezelés nyújtása céljából, valamint a népegészségügy területét

érintő közérdekből történő adatkezelés). Ennek megfelelően részletes vizsgálatot igényelne, hogy milyen körben van lehetőség úgy létrehozni az adatbázist, hogy az adatkezeléshez ne kelljen az érintettek hozzájárulását kérni, hiszen ez utóbbi esetben a végül rendelkezésre álló adatok használhatósága jelentősen csökkenhet.

A versenyképességi program egy másik javaslata szerint indokolt lenne a beteg-együttműködésen alapuló finanszírozási módszerek kiterjesztése – például a testmozgás vagy diéta betartása esetén a beteg kedvezőbb áron juthatna hozzá a gyógyszeréhez [(13) javaslat]. Amellett, hogy igencsak kérdéses, hogyan lehet megbízhatóan mérni azt, hogy a beteg betartotta-e az orvosi előírásokat, az is problémát vet fel, hogy egy ilyen jellegű szabályozás megfelelné-e egyrészt az adatvédelmi szabályoknak (lásd fent), másrészt a magánélet, magánszféra védelmét biztosító – elsősorban alapjogi – rendelkezéseknek. Természetesen ebben az esetben is csökkennek a jogszabályok által felállított akadályok, ha a szabályozást csak azokra az esetekre alkalmazzuk, amikor a beteg ahhoz önkéntes hozzájárulását adja.

E javaslatokra azért is térünk ki külön, mert jól példázzák azt az esetet, amikor a jogszabályi környezet olyan akadályt képezhet, amely legalább részben ellehetetleníti a kitűzött cél megvalósítását.

A szolgáltatásfinanszírozó kiegészítő magán-egészségbiztosítási rendszer feltételeinek megteremtése

A Versenyképességi program Egészséges társadalom című 8. pontjának egyik legérdekesebb javaslata az, hogy szükség lenne a szolgáltatásfinanszírozó kiegészítő magán-egészségbiztosítási rendszer feltételeinek megteremtésére [(24) javaslat]. Ezt ráadásul olyan formában képzelnék el a javaslattevők, hogy – igazodva a hazai piaci kiinduló állapothoz – az egészségpénztárak is jelentős szerepet kapnának a kiegészítő egészségbiztosítások piacán egyfelől valamilyen ellátásszervezési szolgáltatást nyújtva, másfelől pedig az alanyi jogú egészségpénztári tagság és a be- és kifizetések célzott ösztönzésével [(25) javaslat], valamint a prevenció és szolgáltatásfinanszírozási számlák támogatásának bővítésével [(26) javaslat]. A következő megoldást vázolja fel a program: az egészségpénztár kiegészítő egészségbiztosítás(oka)t kínálna (közvetítene) a tagjai számára, így az egészségpénztári tagok csoportos biztosításokon keresztül válnának biztosítottá; ez pedig azért lenne előnyös, mert az egészségpénztárak a nagy volumenre tekintettel kedvezőbb feltételekkel tudnának szerződést kötni, mint az egyéni ügyfelek. Ráadásul abból, hogy a program javaslatai alapján erősen ösztönözni kellene az egészségpénztári befizetéseket, arra következtethetünk, hogy e modell alapján a lakosság többsége jelentős összeget halmozna fel az egészségpénztári számláján, és rendelkezne kiegészítő magán-egészségbiztosítással. A vállalati csoportos kiegészítő biztosításokat és az egyénileg kötött egészségbiztosításokat is adókedvezménnyel ösztönöznék [(27) és (28) javaslatok].

A nemzetközi példákat áttekintő részben írtunk arról, hogy az egészségügyi megtakarítási számlák mögött álló gondolat az, hogy egyéni szinten áthidalják az aktív korban

keletkező jövedelem és az időskorban szükségessé váló egészségügyi kiadások között jelentkező időbeli szakadékot. A magyar egészségpénztári rendszerre ez a tulajdonság jelenleg kevésbé igaz: az MNB honlapján elérhető idősoros adatok szerint 2010-től kezdve stabilizálódni látszik mind a tagok létszáma (kb. 1 millió fő, de ennél több kedvezményezett személy van a hozzátartozók kiadásainak elszámolhatósága miatt), mind a kezelt vagyton mérete (kb. 60 milliárd forint), mind az éves pénzforgalom. A befizetett tagdíjak (kb. 50-60 milliárd forint), az éves kiadási szint (kb. 50-55 milliárd forint) és az intézményrendszer működtetésének költsége (kb. 4-5 milliárd forint) nagyjából egyensúlyban van, azaz egyéni szinten, a fiatal- és időskor között nem valósul meg az előtakarékoság, legfeljebb a családon belüli, generációk közötti újraelosztás jelenhet meg valamilyen mértékben (de nincsen újraelosztás a szegényebb és gazdagabb családok között).

Jelen helyzetben több akadálya is van a modell bevezetésének.

Mivel a hazai társadalombiztosítás elég kiterjedt alapcsomagot biztosít, nem is nagyon várható az, hogy az egészségpénztárak az időskorra való előtakarékoság intézményeivé váljanak; ráadásul a felhalmozási időszak hossza miatt ilyen szándék meglete esetén is csak a mai fiatalokra, középkorúakra, néhány évtized múlva lenne alkalmazható. Ez messze meghaladja a magyar közpolitika-alkotás időhorizontját. A hazai alapcsomag egyébként leginkább a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök esetében hagy nagy teret az önrészfizetésnek, ami az egészségpénztárak kiadási szerkezetén is jól látszik (az MNB anyaga is felidézi a gyógyszerek 50%-os, a GYSE 18%-os részesedését a pénztári kiadásokból – és úgy tűnik, hogy inkább a szolgáltatásvásárlást ösztönözné a „gyógyszertúlsúlyos” kiadási szerkezet helyett). Mindezek miatt tulajdonképpen logikusnak tűnik a gondolat, hogy akkor az egészségpénztárakat arra lehetne használni, hogy – a szolidaritási elemet növelve – az egészségesebb tagok a jelenben finanszírozzák a betegebb tagok ellátásának költségeit. A koncepciónak ezen a pontján nem teljesen világos, hogy az egészségbiztosítások vásárlása mennyiben lenne kötelező, erősen ösztönözött, gyengén ösztönözött vagy csak egyszerűen felkínált eleme a jövőbeli egészségpénztári működésnek. „Felkínált elemként” már most is megjelentek ilyen csoportos biztosítások, azonban általánosságban azt kell kihangsúlyozni, hogy minél inkább építeni kívánunk makroszinten erre a finanszírozási lábra, annál kiterjedtebb szabályozásra van szükség. Ha tehát – a fenti elképzelésnek megfelelően – rendszerszerűen és kiterjedten kívánna építeni a(z) egészségpénztárak által közvetített vagy megvásárolt magán-egészségbiztosításokra az egészségpolitika, akkor az egészségbiztosítási rendszer működését és szabályozását koncepcionálisan kellene átalakítani, ugyanis jelen helyzetben több akadálya is van a fenti modell bevezetésének.

Az akadályok közül elsőként azt emelnénk ki, hogy az állami és a magánegészségügy viszonya nem tisztázott sem a szolgáltatásnyújtások, sem a finanszírozás területén (Kovács és mtsai., 2015). Ráadásul a kormányzati politika továbbra is az állami és a magánegészségügy szétválasztásában gondolkodik, lásd a legutóbbi, 2018 őszén tett kormányzati be-

jelentéseket (Portfolio 2018). Ez alapján nem várható az, hogy a magánegészségügynek és így a magán-egészségbiztosításnak az eddigieknél jelentősebb szerepet szánna a kormány, szemben az MNB javaslatával.

Ugyanis a biztosítók nem fognak tudni addig versenyképes szolgáltatásfinanszírozó kiegészítő magán-egészségbiztosítási termékeket kínálni az ügyfelek számára, amíg sem a szolgáltatások, sem a finanszírozás területén nincs együttműködés az állami és a magánszféra között. Jelenleg nincs arra lehetőség, hogy ha a beteg olyan egészségügyi szolgáltatást vesz igénybe magánszolgáltatónál vagy magánfinanszírozással, amelyre egyébként a társadalombiztosítás keretében is jogosult volna, akkor a társadalombiztosítótól annak az összegnek, amelyet a szolgáltatás állami intézményben való igénybevétele esetén az állami szolgáltatónak kifizettek volna, a megfizetését a magánszolgáltatás költségét fedező személy a maga számára követelhesse, és így végül a betegnek vagy a magánbiztosítónak csak a kettő közötti különbséget kellene fedeznie. A társfinanszírozás hiányára tekintettel a magánszolgáltatások és a magánbiztosítások drágák, a betegeknek olcsóbb hálapénzzel többletszolgáltatásokat vásárolni (Rékassy, 2014). Az MNB koncepciója a hálapénzt mint problémát ugyan említi, de elsősorban az ágazati dolgozók fizetése kapcsán. A hálapénzért cserébe várt kedvezmények viszont sok esetben voltaképpen kiegészítő szolgáltatásvásárlást jelentenek az ügyfelek részéről, így például választott orvost vagy kényelmesebb elhelyezést. Persze olyan esetek is vannak, amikor a megvásárolt szolgáltatást méltánytalannak tarthatjuk a társadalombiztosítás többi ügyfelével szemben, például ilyen eset a várólistán való, egészségi állapot által nem indokolt előre ugrás. Szükséges lenne tehát meghatározni, hogy a közfinanszírozott rendszerben milyen többletszolgáltatások vásárolhatók legalisan, ezekhez már jól körülírt szerződéses feltételek és átlátható árak tartozhatnak. Itt már az adókedvezményeknek is lehet olyan szerepük, hogy a legális és átlátható megoldás „versenyképességét” segítik a készpénzes és adómentes hálapénzfizetéssel szemben (az adókedvezmény értelmezhető akár a vásárlói és a szolgáltatásnyújtói oldalon is).

A kiegészítő biztosítások elterjedésének másik akadálya, hogy az egészségügyi és az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos adatok nem állnak rendelkezésre olyan mennyiségben és minőségben (Gulácsi, 2016), hogy a biztosítók valódi fedezetet biztosító egészségbiztosítási termékeket tudjanak fejleszteni. Azt azonban meg kell jegyeznünk, hogy a Versenyképességi program is tartalmaz olyan javaslatokat, amelyek a rendelkezésre álló adatok mennyiségi és minőségi javítását célozzák.

A fenti körülményekre tekintettel jelenleg a hazai piacon jellemzően olyan szolgáltatásfinanszírozó kiegészítő magán-egészségbiztosítások érhetők csak el, amelyek a legsúlyosabb kockázatokat nem fedezik. Egyrészt a fekvőbeteg-ellátás keretében nyújtott egészségügyi szolgáltatásokra nem nyújtanak fedezetet, másrészt a többségük megszűnik akkor, amikor a biztosított betölti a 65. életévét. A Versenyképességi program azonban olyan biztosításban gondolkodik, amely „fedezné a nagyobb kiadásokat jelentő műtétek, illetve rettegett betegségek (például: daganatos betegségek, stroke, szívroham) költségeit”. Az ilyen jellegű, hazai környezetben szolgáltatást nyújtó biztosítások szélesebb körű elterjedésének nincs realitása

a jelenlegi szabályozási környezetben. Lehetne ugyan ezen a ponton arra hivatkozni, hogy van jelenleg is olyan egészségpénztár, amelynél a tagok automatikusan (ha a havi díj rendelkezésre áll az egyéni számlájukon) egy csoportos biztosítás keretében kifizetésre válnak jogosulttá rettegett betegségek megjelenése esetén, de az itt alkalmazott limitösszeg a teljes felmerülő költség finanszírozását nem teszi lehetővé. Magasabb limit alkalmazása (ráadásul idősebb korban is felhasználható módon) lényegesen magasabb havi díjhoz vezetne, amivel a megfizethetőségi problémához jutunk vissza (néhány rettegett betegség akár külföldi kezelést biztosító konstrukció a piaci árazás alapján már százazres éves díjat jelent). A jelenlegi társadalombiztosítási csomag egyébként e betegségek kezelését ráadásul relatíve alacsony önrész mellett finanszírozza (persze az abszolút önrész, beleértve a hálapénzt is, összességében azért magasabb). Az ilyen biztosítások kötését jelenleg vélhetően a hazai közellátásról (nem minden alap nélkül) feltételezett alacsonyabb minőségi színvonal és a várakozási idők motiválhatják; de ezek teljes elkerülése egyelőre csak kevesek számára járható magánbiztosítás vásárlásával.

A javaslat megvalósítása esetén mennyiben nőne az egyenlőtlenség az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés területén?

A javaslatcsomag utal rá, de részletesen nem tárgyalja az egészségpénztár és a biztosító közötti „munkamegosztást”: az egészségpénztárra mintegy ellátásszervezőként tekint, vélhetően az eddig kialakított ügyfélkörre és ügyfélkapcsolati tapasztalatra, illetve a szolgáltatói szerződésekre tekintettel. Elvileg egy pénztárnak lehet alkuereje az egészségügyi szolgáltatókkal szemben, ami alacsonyabb egységköltséghez vezethet. Itt az a kérdés, hogy egy keresleti piacon (ahol már sokszor a magánszolgáltatóknál is nehéz időpontot kapni) ez mennyire érvényesíthető, illetve hogy ha az ellátások árát legalább részben egy harmadik fél, a biztosító fizeti, akkor az milyen mértékű morális kockázathoz és túlhasználathoz vezet. Kérdés, hogy egy egészségpénztár hogyan egyensúlyoz az ügyfele jelenbeli kívánalmai és a növekvő igénybevételből következő jövőbeli biztosításidij-emelkedés között. A helyzet már csak azért is különleges, mert a pénztárak elvileg a tagok tulajdonában, irányítása alatt állnak (persze a gyakorlat ennél lényegesen centralizáltabb irányítást jelent), tehát ez a viszony nem írható le az Egyesült Államokban megszokott biztosító-ellátásszervező közötti kapcsolattal. Ha azt is szeretnénk, hogy az egészségpénztárak által kínált csoportos biztosítások díja egyben versenytényező is legyen a pénztárak között, akkor valamilyen módon ezeknek a biztosítási konstrukcióknak a tartalmi összehasonlíthatóságát is meg kellene teremteni.

Az MNB által megfogalmazott modell még azt a kérdést is felveti, hogy a javaslat megvalósítása esetén mennyiben változna, nőne az egyenlőtlenség az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés területén. Hiszen abban az esetben, ha ezek a kiegészítő biztosítások a rettegett betegségekkel kapcsolatos ellátások terén is szerepet kapnának, akkor ez csak akkor nem növelné az egyenlőtlenséget, ha lényegében a teljes lakosság rendelkezne

kiegészítő egészségbiztosítással. Ebből a szempontból megtévesztő a Versenyképességi programnak a szlovén modellre való hivatkozása, mert ott az önkéntes biztosítások nem szolgáltatásfinanszírozó biztosítások, hanem a co-payment fedezésére szolgálnak (OECD 2017) Franciaországhoz (Benoît-Coron, 2018) hasonlóan. Az, hogy a munkavállalók alanyi jogon lennének egészségpénztári tagok, és a minél magasabb, jövedelemarányosan választható befizetéseket valamilyen állami támogatási forma is ösztönözné, még mindig széles társadalmi rétegeket hagyna lefedetlenül, ráadásul éppen azokat, akiknek a számára az egészségügy igénybevétele is nagyobb anyagi megterhelést jelent. De ha mégis eljártunk a gondolattal, és kiszámítjuk, hogy egy 149 ezer forintos minimálbéren foglalkoztatott (teljes állású) munkavállaló 1 százalékos befizetési szint mellett jelenleg évi 17 880 forintot fizetne be az egészségpénztári számlájára (amiből levonandó a működési költség, de hozzá kell adni az 5-10 százalékos állami támogatást), akkor felmerül a kérdés, hogy ebből az összegből milyen egészségbiztosítás vásárolható: a koncepció által vizionált széles körű semmiképpen sem, egy ilyen személy számára pedig éppen a gyógyszerek önrészét és a gyakoribb szolgáltatásokat támogató biztosítás lenne fontos. A koncepció azt is írja persze, hogy a „munkáltatók számára lehetőség lenne a munkavállalói befizetések hasonló összeggel való kiegészítésére”, kérdéses, hogy egy minimálbéren foglalkoztatott munkavállaló esetében ezt vállalná-e a foglalkoztató. A minimálbéres példának persze akkor van csak jelentősége, ha erre a finanszírozási útra alapvető rendszerépítő elemként tekintünk, hiszen ekkor a foglalkoztatottak széles köre számára releváns lehetőséget kell tudni biztosítani. Ha a számítást elvégezzük a 2019 első félévére jellemző 359 900 forintos bruttó átlagkeresetre is (KSH 2019), akkor már 43 188 forintos befizetés adódik 1 százalékos szint választása mellett is. Magasabb befizetési szinttel, munkáltatói kiegészítéssel, további állami normatívával ez már többféle, jelenleg is kapható vagy kifejleszhető magánbiztosítási csomagra elég lehet.

Kérdés marad viszont az, hogy az egészségpénztáron keresztül elvileg elérhető biztosítást a gyakorlatban is meg akarnak-e vásárolni a munkavállalók. Ha egyébként 0 százalékos hozzájárulás is választható, akkor abból rögtön adódik, hogy az egészséges, illetve alacsony jövedelmű munkavállalók számára a pénzben megszerezhető jövedelem vonzóbb lesz, mint az egészségpénztári befizetés és az azon keresztül megszerezhető biztosítás. Bár egy minden munkavállalóra kiterjedő „kötelező beléptetés” minden bizonnyal növelné az egészségpénztári tagok számát, az a 0 százalékos lehetőség miatt végső soron közel sem terjedne ki minden munkavállalóra (és munkavállalóval rendelkező családra). Lazán meghatározott csatlakozási követelmények, a csoportos biztosítások tartalmának standardizálása és kockázatkiegyenlítés nélkül mind biztosított, mind biztosítói oldalon fennáll a kockázatszelekció lehetősége és veszélye. Az valóban igaz, hogy egy csoportos biztosítás keretében jobb kondíciók érhetők el, mint az egyéni piacon, de ez a piaci kudarcok kiküszöböléséhez még nem elégséges.

Az MNB célkitűzéseireh megglátásunk szerint az Írországbn bevezetett modell állhat sokkal közelebb, ahol a lakosságnak mintegy a fele rendelkezik magánbiztosítással. Ott viszont több ponton is összekapcsolódik az állami és magánegészségügy, például az állami-

lag finanszírozott kórházakban is vannak olyan ágyak, amelyeket azok a betegek vehetnek igénybe, akiknek ellátását a magánbiztosításuk fedezi, így ezen intézmények költségeihez a magánbiztosítók is arányosan hozzájárulnak (Kennedy, 1996). Ugyanilyen vegyes megoldás működik a szakrendelések esetében is: a közellátó orvosa a közintézmény rendelójében végezhet magánrendelést külön díjfizetés ellenében. Ez a megoldás lényegében azt eredményezi, hogy kínálati oldalról meg tud jelenni egy „köztes” árszínvonalú szolgáltatás, ami drágább, mint az egyébként elég magas co-payment mellett igénybe vehető közellátás, de olcsóbb, mint a teljesen elkülönülő magánellátás. Emellett a magán-egészségbiztosítások piaca is erősen szabályozott. Érvényesül a kötelező befogadás szabálya (open enrolment), azaz a biztosítók minden ügyféllel – az egészségügyi kockázatuktól függetlenül – kötelesek szerződést kötni. A fedezendő biztosítási események körére is vonatkoznak minimumfeltételek (de az egyedi eltérések és a többféle szolgáltatási szint miatt a termékek ár-érték arányának összehasonlítása korántsem egyszerű a fogyasztók számára). Emellett a szerződések megújítását csak kivételes esetben utasíthatják el (ez az élethosszig tartó fedezet vagy lifetime cover). Végül a biztosítási díjak nem függenek sem az ügyfelek életkorától, sem azok egészségi állapotától, azokat egységesen kell meghatározni (közös díjszabás vagy community rating). Ennek megfelelően a biztosítók közötti kockázatkiegyenlítő rendszert (risk equalisation scheme) alakítottak ki, hogy egyes biztosítók ne kerüljenek előnybe vagy hátrányba a kedvező vagy kedvezőtlen biztosított állományuk miatt (Nolan, 2004). Megjegyezzük, hogy az Európai Bizottság döntését felülvizsgálva az Európai Unió Elsőfokú Bírósága a 2008. február 12-i, a T-289/03. sz. ügyben hozott ítéletében azt állapította meg, hogy ez a kockázatkiegyenlítő rendszer megfelel az uniós versenyjogi szabályoknak. Az ír rendszer „beindításához” viszont arra is szükség volt, hogy egy állami tulajdonú biztosító jelenjen meg a piacon, ami a piaci biztosítókkal azonos feltételek mellett működik, megfelelő piacfelügyeleti eszközök és intézményrendszer alkalmazásával.

Rendkívül fontos pozitív eleme a koncepciónak, hogy az egészségpénztáraknak megfelelő szerepet igyekeznek keresni.

Azaz az MNB javaslatának megvalósítása esetén hazánkban is hasonló szabályozási rendszert kellene kialakítani ahhoz, hogy egyrészt az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés területén az egyenlőtlenségek ne növekedjenek túlzott mértékben, másrészt a biztosítók között kialakulhasson egy egészséges, de szabályozott verseny. Ezen a ponton vissza kell utalnunk arra a korábban már említett tényre, hogy a lakosság leginkább rászoruló 30 százaléka számára Írországbn is elsősorban a közellátás, ráadásul a co-paymenttól mentes közellátás jelenti az egészségügyi ellátást (bár kis arányban, de köztük is vannak olyanok, akik rendelkeznek magán-egészségbiztosítással). Azaz a magán-egészségbiztosítás – akár adókedvezménnyel közvetlenül támogatjuk a megvásárlását, akár állami támogatással az egészségpénztárakon keresztül – leginkább csak a közép- és alacsony jövedelműek pénzügyi védelméhez vagy egyedi szolgáltatásvásárlási igényeinek fedezéséhez tud hozzájárulni, a társadalom leszakadó rétegeinek hozzáférést nem képes támogatni.

Összességében az MNB javaslatcsomagjának az egészségpénztárakra és magán-egészség-biztosításokra vonatkozó elemei előremutató és megfontolandó elemeket tartalmaznak. Azt a hazai sajtóságot, ami az egészségpénztárak létével jár, mindenképpen figyelembe kell venni a magánfinanszírozásra vonatkozó fejlesztési javaslatok kapcsán; rendkívül fontos pozitív eleme a koncepciónak, hogy az egészségpénztáraknak megfelelő szerepet igyekeznek keresni. A közelmúltban megvalósult piaci innovációk azt mutatják, hogy az egészségbiztosítások „maguktól”, állami beavatkozás nélkül is megjelennek az egészségpénztárak kínálatában. Elemzésünkkel arra mutattunk rá, hogy ha ennél a „felbukkanásnál” nagyobb, rendszerszerű szerepet szánunk nekik, akkor ezeket a biztosításokat komolyabb tartalmi szabályozás mellett lehet csak elterjeszteni, ráadásul mindeközben fokozott figyelemmel kell lenni az egészségügyenéltekeltetések kezelésére a közellátásban és a szociális rendszerben.

Konklúzió

Az MNB Versenyképességi programjának „Egészséges társadalom”-mal foglalkozó részét egyértelműen pozitívan értékeljük abban a tekintetben, hogy egy nagyon fontos kérdéssel foglalkozik, és a javaslatok jórészt alkalmasak arra, hogy egy szélesebb vita induljon meg azzal kapcsolatban, milyen irányban változzon a hazai egészségügy. Ugyanakkor a javaslatcsomag makrofinanszírozásra vonatkozó lényegesebb elemei (így a magán-egészségbiztosításnak szánt nagyobb szerep, akár közvetlenül, akár az egészségpénztárakon keresztül) nincsenek teljes összhangban a jelenlegi kormányzat elképzeléseivel, illetve kommunikációjával, így az esetleges megvalósíthatóságukat már ez a körülmény önmagában jelentősen megkérdőjelezi. Azt is ki kell emelnünk, hogy ha a programnak megfelelően az egészségügy-finanszírozás nagyobb mértékben szándékozik a magán-egészségbiztosításra építeni, akkor reális annak a veszélye, hogy az nem csökkenti, hanem inkább növeli az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés területén a fennálló egyenlőtlenségeket. Az egészségbiztosítások rendszerbe építése ráadásul komoly iparági szabályozást is igényelne azért, hogy a lehetséges piaci kudarcokat elkerüljük; egy ilyen piacszabályozás már önmagában is komoly kihívás a magyar közpolitika-alkotás számára. Végül azt is meg kell jegyeznünk, hogy több esetben is inkább elképzelésekről beszélhetünk konkrét javaslatok helyett, márpedig egy ennyire komplex piacon a részletek is fontosak a hatásértékeléshez és így a megvalósíthatóság értékeléséhez.

IRODALOMJEGYZÉK

- ÁEEK (2016): A magyar egészségügyi rendszer teljesítményértékelése 2013-15. Állami Egészségügyi Ellátó Központ, Budapest. <https://mertek.aeek.hu/web/mertek-magyar-egeszsegugyi-rendszer-teljesitmenyertekelse/jelentes-2013-15>
- Benoit C. – Coron, G. (2018): Private Health Insurance in France: Marketization Embraced? (2018 APSA Annual Meeting). <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02135383/document>
- Letöltés ideje: 2019. október 13.
- Colombo, F. – Tapay, N. (2004): Private health insurance in OECD countries. OECD Health Working Papers No. 15, DELSA/ELSA/WD/HEA(2004)6
- <https://doi.org/10.1787/527211067757>
- Gulácsi L. (2016): A magánfinanszírozás helye a magyar egészségügyben; forráshiányban az egészségügy – Mit tehetnek a biztosítók? Biztosítás és Kockázat 2016/2. pp. 88–97.
- <https://doi.org/10.18530/bk.2016.2.88>
- Kennedy, A. (1996): Private Health Insurance in Ireland. European Journal of Health Law, 1996. pp.345–357.
- <https://doi.org/10.1163/15718099620521815>
- Kovács E. – Kiss N. – Kovács E. – Tókey B.: (2015): A magán-egészségbiztosítás helyzete, szerepe és lehetőségei – Európai kitekintés és magyarországi helyzetkép, BOKCS-MABISZ Kutatás, Budapest
- KSH (2019): Gyorstájékoztató – Keresetek, 2019. január–július. Közzététel: 2019. szeptember 30. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/gyor/ker/ker1907.html>
- Letöltés ideje: 2019. október 13.
- Magyar Biztosítók Évkönyve 2016 (MABISZ 2016)
- <https://mabisz.hu/wp-content/uploads/2018/08/evkonyv-2016-magyar.pdf>
- Letöltés ideje: 2019. október 13.
- Magyar Biztosítók Évkönyve 2018 (MABISZ 2018)
- <https://mabisz.hu/wp-content/uploads/2018/08/evkonyv-2018-magyar.pdf>
- Letöltés ideje: 2019. október 13.
- Magyar Nemzeti Bank (2019): Versenyképességi Program 330 pontban. Letölthető: <https://www.mnb.hu/letoltes/versenykepességi-program.pdf> Letöltés ideje: 2019. október 13.
- McDaid, D. – Wiley, M. – Maresso, A. – Mossialos, E. (2009): Ireland: Health system review. Health Systems in Transition; 11(4)
- Nolan, B. (2004): Health insurance in Ireland: issues and challenges. Econ. Publique, 14(1), 55-62. <https://journals.openedition.org/economiepublique/pdf/204?file=1>
- Letöltés ideje: 2019. október 13.
- OECD (2017): State of Health in the EU Slovenia Country Health Profile 2017 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/355996/Health-Profile-Slovenia-Eng.pdf?ua=1
- Letöltés ideje: 2019. október 13.
- Portfolio (2018): Káslerék kidolgozták az állami és a magánegészségügy szétválását <https://www.portfolio.hu/gazdasag/20181011/kaslerék-kidolgoztak-az-allami-es-a-magan-egeszsegugy-szetvalasat-300892>
- Letöltés ideje: 2019. október 13.
- Rékassy B. (2014): Virágozzék minden virág? A hazai magánegészségügyi szolgáltatók tipizálása és jövőképe. IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy 2014/10. pp. 12 – 19.
- Thomson, Sarah & Mossialos, Elias (2009): Private health insurance in the European Union. Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities
- WHO (2002): Medical savings accounts: lessons learned from limited international experience (No. EIP/FER/DP. 02.3). Geneva: World Health Organization.