

Az egészségbiztosítási rendszer reformja az ÁRB feladatainak tükrében

Pénzügyi Csúcstalálkozó IV., Kihívások – A nagy Áttörés?

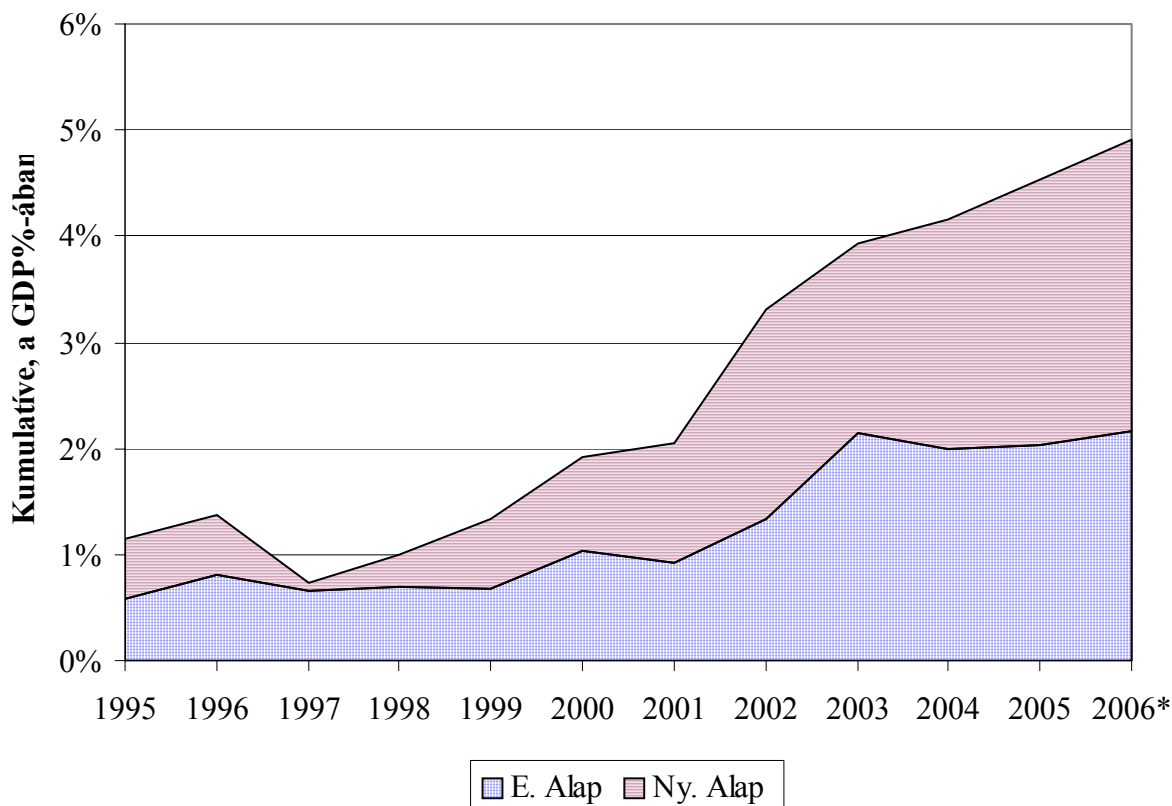
Budapest, 2006. augusztus 28.

Az E. Alap és az Ny. Alap problémái egy tőről fakadnak és nagyságrendileg azonosak. Mindkét alap **puha költségvetési korláttal** működik.



A puha és kemény „költségvetési korlát” fogalmát Kornai János magyar közgazdász 1979-ben vezette be a nemzetközi szakirodalomba.

A központi költségvetés hozzájárulása a tb-alapokhoz



A mai magyar rendszer sem a biztosítás-
matematikai korrektség, sem a társadalombiztosítás
bismarcki elvéinek nem felel meg.

<p>Miben különbözik a társadalom- (helyesen: szociális-) biztosítás a biztosítás- matematikailag korrekt, üzleti biztosítástól?</p>	<p>Változás most?</p>
<p>1. Számottevő jövedelem-átcsoportosítás társadalmi csoportok (férfiak-nők, fiatalok- öregék, szegények-gazdagok, város-vidék) között. → Szolidaritás.</p>	<p>NEM</p>
<p>2. A részvétel és a díj-fizetés szabályait jogszabályok rögzítik. → Majdnem 100%-os lefedettség.</p>	<p>NEM</p>
<p>3. Puha költségvetési korlát: a járulékok nem fedezik a kiadásokat. → Direkt költségvetési támogatás.</p>	<p>IGEN</p>

Ma Németországban 251, Ausztriában 28, Svájcban 24, Franciaországban 18 versengő egészségbiztosító között lehet választani a kötelező biztosítás piacán. Angliában, ahol az eü.-t adóalapon finanszírozzák - tehát nincs állami biztosító -, az NHS mellett egy sor magánbiztosító működik. A lakosság 10-15%-a itt van biztosítva. Ez a feltétele annak, hogy a tisztán szolidaritási alapon működő rendszer életképes legyen.

1945 előtt Magyarországon – amikor csak a keresők 22%-a, a lakosság 10%-a volt biztosítva! – 52 önálló betegbiztosító működött.

Itt és most érvényesül-e szolidaritás?

Ehhez ismerni kellene az életpálya során történő befizetések (járulékok) és szolgáltatások (természetbeni ellátás, táppénz, stb.) pénzbeli egyenlegét.

Ilyen elemzések Magyarországon soha nem készültek. A társadalmi normává vált jövedelem- és vagyonejtítkezés miatt nem is lehet.

A szabályozás elvei (pl. járulék-plafon, minimál-bérszabályok, hálapénz), demográfiai adatok és a szocializmus sok évtizedes működési tapasztalatai alapján feltételezhető, hogy a mai rendszer inkább a nagyvárosokban lakó, magas jövedelmű, vagyonos és befolyásos csoportok számára előnyös.

→ Talán ezért is olyan nehéz a változtatás.

Több biztosító van, na és?!

Gyakorta említett érv, hogy az európai több-biztosítós rendszerek „agyon vannak szabályozva”, nincs különbség, nincs verseny.

De számos országból ismert, hogy ez ma már nem így van!

Holland reformok (2006)

- Csak *for-profit* biztosítók
- Szerződési szabadság
- Fix-összegű biztosítási díj
- Változó önrész (€ 100-500)

Francia reformok (2004):

A betegbiztosítók szabad kezet kaptak a csomag definíciójában, az ár- és tarifa-megállapításban (gyógyszer, gy. segédeszköz is!);

Co-payment szabályozásban;
Szakszervezetekkel való tárgyalásban.

Svájci reformok (2004)

Szerződési kötelezettség oldása a „fekete bárányok” kiszűrése érdekében.

Német reform (2006) – verseny a címben!

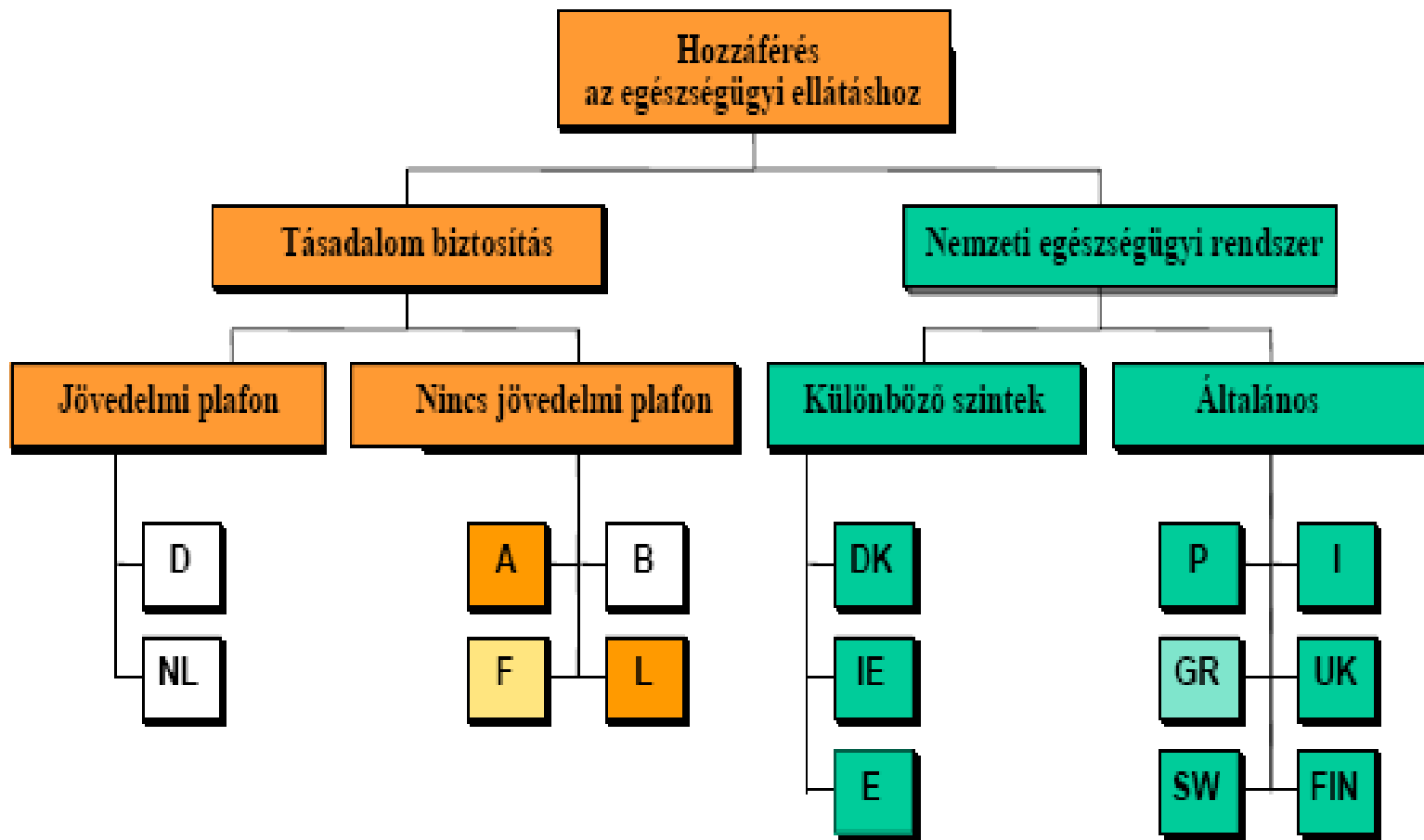


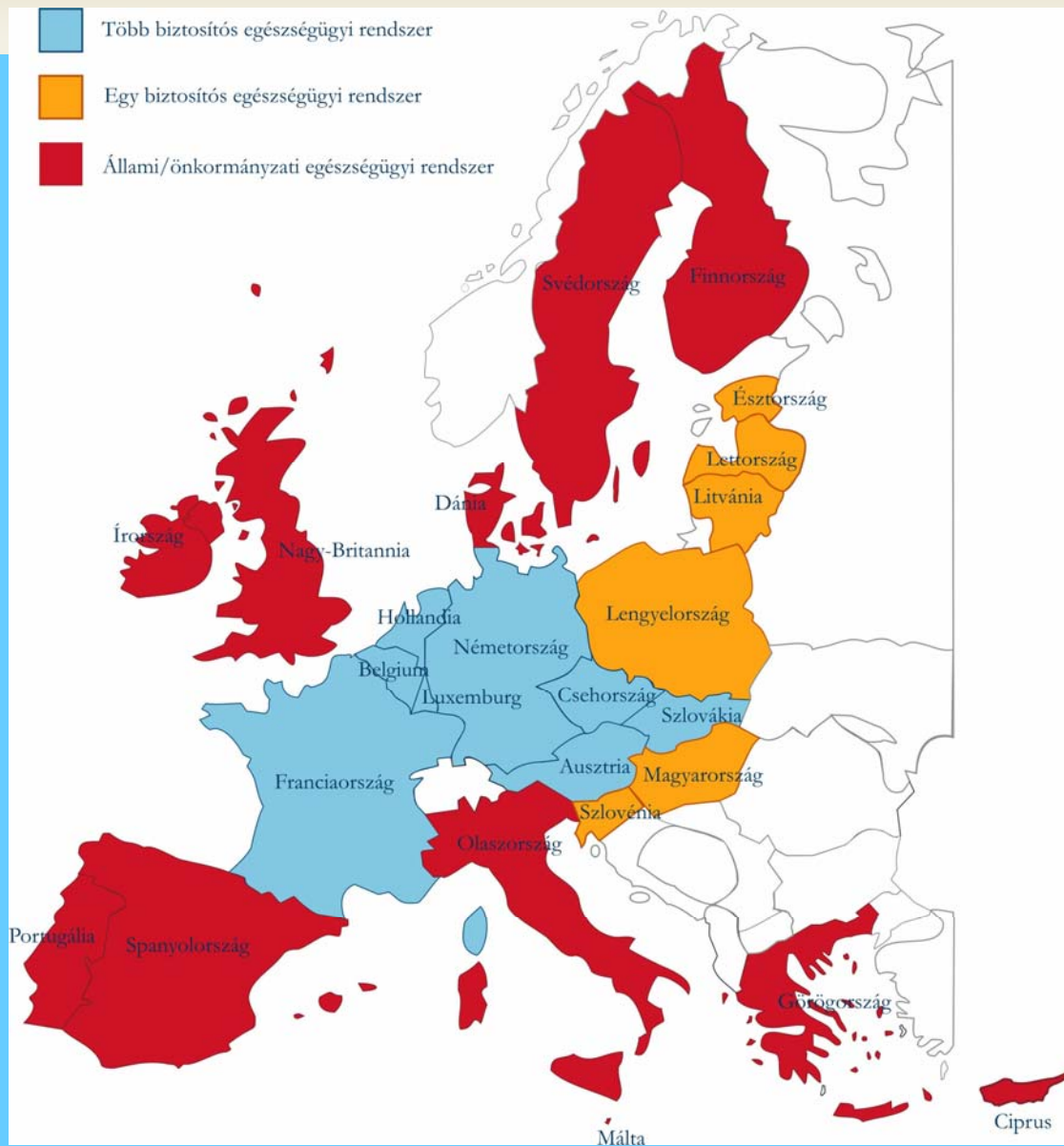
Die neue Gesundheitsversicherung



*Krankenkassen, die gut wirtschaften, können ihren Mitgliedern Beiträge zurückerstatten. Krankenkassen, die nicht mit den Mitteln aus dem Gesundheitsfonds auskommen, müssen alle Wirtschaftlichkeitsreserven ausschöpfen (Hausarztmodelle, Selbstbehalttarife etc.). Reicht das noch nicht, können sie von ihren Mitgliedern einen zusätzlichen Beitrag fordern. Diesen Weg allerdings werden die Krankenkassen, weil sie im Wettbewerb untereinander stehen, vermeiden wollen.

Kötelező egészségbiztosítás típusai az Európai Unióban





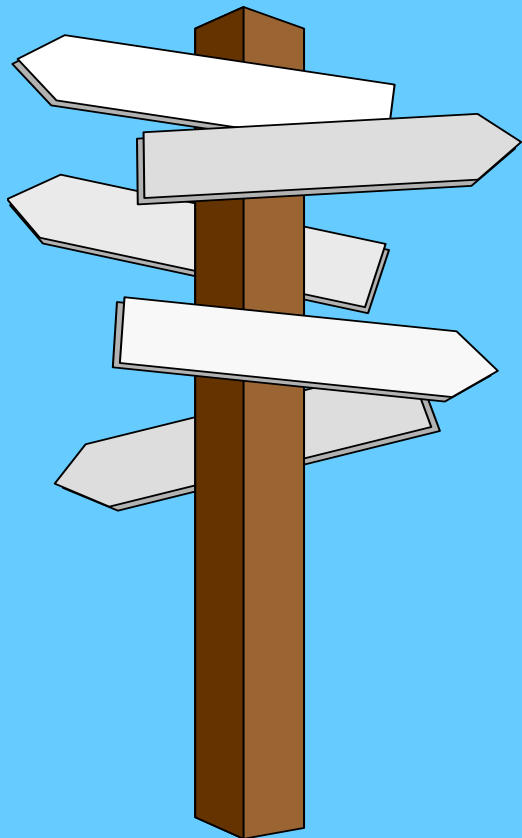
Mi a baj az OEP-pel?

Az OEP számára a biztosított nem személyében létezik, aki számára konkrét szolgáltatást vásárol. Az OEP intézményi volumen-kapacitásokat vásárol – a biztosítottak igényeitől teljesen függetlenül.

A szolgáltatók szemszögéből nézve az OEP nem üzleti partner, hanem állami hivatal – büntető jogosítványokkal, kötelezettségek és felelősség nélkül.

A minisztérium szemszögéből nézve az OEP elvonja az ágazati irányítás egy részét, viszont a minisztérium politikai és szakmai felelősségét indokolatlanul fokozza, illetve reflektorfénybe helyezi.

Elvben mindig van választási lehetőség...

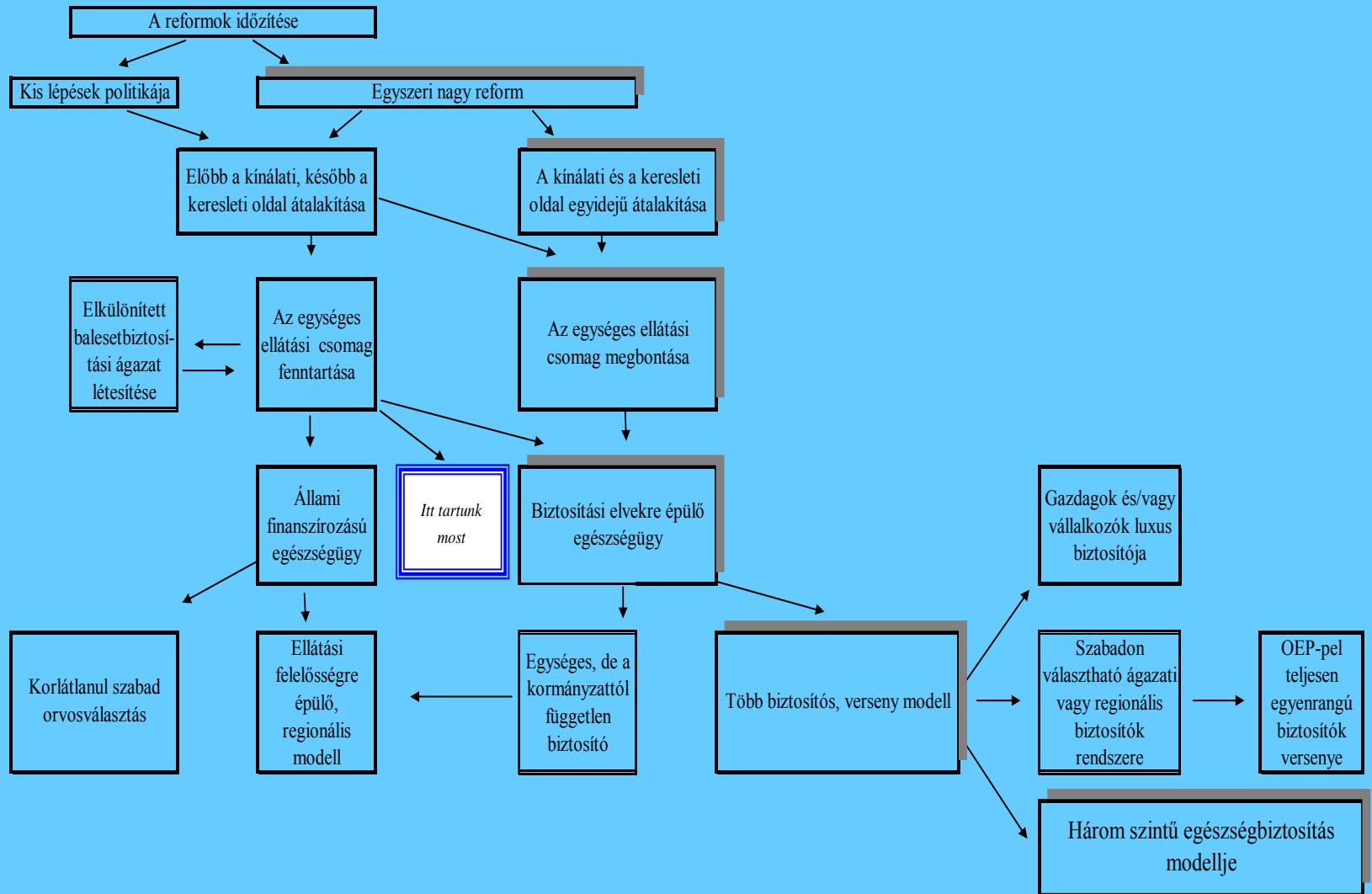


Visszatérés az állami (adóból finanszírozott) ellátáshoz

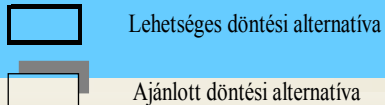
OEP Zrt.

Biztosítási piac megnyitása és verseny

-
-
-



Jelölések:



Elvben elképzelhető, de hosszú távon nem fenntartható alternatíva

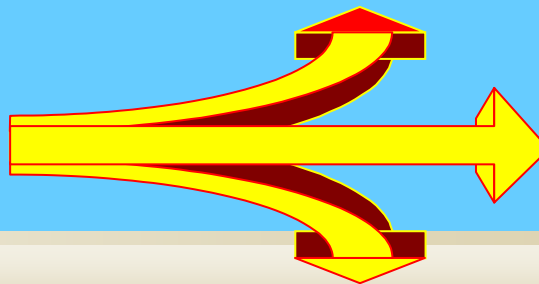
A Kormányprogram kulcsmondata

„2007 végéig létrehozuk a biztosítási alapon működő egészségügy

- szabályozási
- intézményi
- pénzügyi
- működési
- felügyeleti és
- garanciális

rendszereit.”

Nem nulláról kell kiindulni: 1992 óta sok fontos feltétel már megteremtődött. De: máról holnapra mégsem lehet dönteni „az egészségbiztosítási piac több biztosító felé történő megnyitásáról”.



A biztosítási piac megnyitásának változatai

	<i>Modell változat</i>	<i>OEP helyzete</i>	<i>Szükséges lépések</i>	<i>Előnyök</i>	<i>Kockázat/Hátrány</i>
<i>(i)</i>	Csak kiegészítő biztosítás.	Nem változik	Minimális többlet ösztönzés (pl. adókedvezmények)	Pótlólagos forrás	A hálapénz miatt nem működőképes; nem oldja meg az OEP problémáit.
<i>(ii)</i>	Magas jövedelműek és vállalkozók kizárása az OEP-ből	Egészségbiztosítási Alap belső feszültségei nőnek, csökken az egy OEP tagra eső bevétel	Törvény módosítás	A felső középosztály egészségügyi ellátása javul.	Diszkriminatív, nem oldja meg a minimálbéren lévők ellenérdekeltségét.
<i>(iii)</i>	OEP regionalizálása (5-10 régió)	Nem változik	Kisebb törvénymódosítás	Kisebb, átláthatóbb apparátusok	Nem eredményez érdemi változást, felesleges költségek
<i>(iv)</i>	Ágazati biztosítók (10-20 új biztosító)	OEP részlegesen versenyhelyzet-be kerül	Új törvény, törvények módosítása	Kisebb, átláthatóbb apparátusok, éles konkurencia	Ágazati keretek hamar feloldódnak, biztosítási piac elaprózódása
<i>(v)</i>	Önálló baleset- és rokkantsági biztosítás	Nem változik	Új törvény	Egy részprobléma elkülönült kezelése	Az egészségügy finanszírozásának alapkérdései nem oldódnak meg.
<i>(vi)</i>	OEP-pel egyenrangú biztosítók	OEP teljes versenyhelyzet-be kerül	Törvények alapvető módosítása	Éles konkurencia	Nagy átalakulás, az átmenet zavarokkal jár

A biztosítási piac megnyitásakor követendő alapelvek

1. Minden állampolgárra kiterjedő, kötelező biztosítás.
2. Finanszírozás bér- és bérekhez kapcsolódó jövedelmekből, lineáris kulccsal és felső plafonnal.
3. Max. 8-10 egymástól független, versengő *for-profit* biztosító (méret- és választékgazdaságosság).
4. Kemény költségvetési korlát a biztosítók számára (állami költségvetés védelme).
5. Demográfiai alapú kockázatkiegyenlítés a biztosítók között (szlovák és/vagy holland modell).
6. Kockázatközösség megőrzése országos szinten a közegészségügy és a legköltségesebb eljárások esetében.

....

29 üzleti biztosító van Magyarországon, ebből 8 foglalkozik egészségüggyel

Aegeon

Allianz Hungária

ING

Generali Providencia

K&H Biztosító

OTP Garancia

Winterthur

Union

+ kb. 25 működő egészségpénztár (5000 ezer tag)

1. Biztosítási rendszer

Növelni kell a transzparenciát, csökkenteni kell a rendszerek progresszivitását.

- 100%-ban bruttósítani kell a nyugdíjakat, és akkor megvan a betegbiztosítás fedezete!
- Bruttósítani kell a kereseteket és a pénzbeli juttatásokat!
- Egyéni számlák és utólagos bevallás az APEH-nél a tb-járulékokról is (két-hasábos bevallás).
- Meg kell szüntetni az Alapok közötti keresztfinanszírozást és a pótköltségvetés nélküli hiányok lehetőségét.
- Járulék kulcsban és nyilvántartási szinten el kell különíteni a kockázatokat, illetve az ezekkel összefüggő finanszírozási kényszert (megbetegedés – baleset - megelőzés, gyógyítási költség – táppénz – rokkant nyugdíj)

EZ MIND CSAK „TECHNIKA” – de az ösztönzési hatás fontos!

A biztosítási piacot valójában nem most nyitjuk meg; az OEP kvázi-monopolhelyzetének gyorsított lebontása a feladat.

1993 óta működnek egészségpénztárak (ma kb. 0,5 millió tag)

1999 óta működik az Irányított Betegellátási Rendszer (ma kb. 2 millió tag)

A *for-profit* biztosítók a múltban is kísérleteztek egészségbiztosítási termékekkel (eddig csak kudarc)

A *for-profit* biztosítók 1998-tól sikeresen kiépítették a nyugdíjbiztosítási üzletágot (ma kb. 2 millió tag)

→ van szervezeti, szakmai, infrastrukturális és HR háttér, amire építkezni lehet.

Összefoglalás: A vízió...

Legyen a rendszer a mainál sokkal inkább szolgáltatáselvű, az Európai Unió normáihoz illeszkedő. Érezhető mértékben javuljon az orvosi gyógyító-megelőző munka átlagos minősége, szakmai- és költséghatékonysága, továbbá a kórházi betegek komfort érzete. Vissza kell szorítani a hálapénz és a korrupció minden formáját.

Köszönöm a figyelmet!

