



Altenburtger Gyula Szimpózium (Magyar Aktuárius Társaság)

Balatonaliga, 2007. május 18.

**Prof. Dr. Mihályi Péter tanszékvezető
egyetemi tanár (Pénzügytan Tanszék,
Pannon Egyetem (Veszprém))***

Az egészségbiztosítás társadalombiztosítási piacának liberalizációja – tervek, esélyek

* Továbbá: Közép-Európai Egyetem, Közgazdaságtan Tanszék (Budapest). A szerző az Államreform Bizottság Egészségügyi Szakmai Munkacsoportjának vezetője is, de az itt elmondottak nem tekinthetők sem az ÁRB, sem a kormány álláspontjának.

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.

Mottó:

„Az állami tulajdonnak és szabályozásnak ne legyen monopóliuma. Legyen verseny különböző tulajdonformák és koordinációs mechanizmusok között.”

Kornai János – Karen Eggleston: *Egyéni választás és szolidaritás (Az egészségügy intézményi mechanizmusának reformja Kelet-Európában)* , 3. etikai posztulátum

Vázlat

1. Egészségmérleg
2. Bevezetés a biztosítás problémához
 - de facto ma is több-biztosítós rendszer működik
 - ma is van verseny a szolgáltatói oldalon (csak torz)
3. Miért nem elég a szolgáltatói verseny?
4. Mi a baj a minőséggel?
5. Mit hozhatnak a biztosítók?



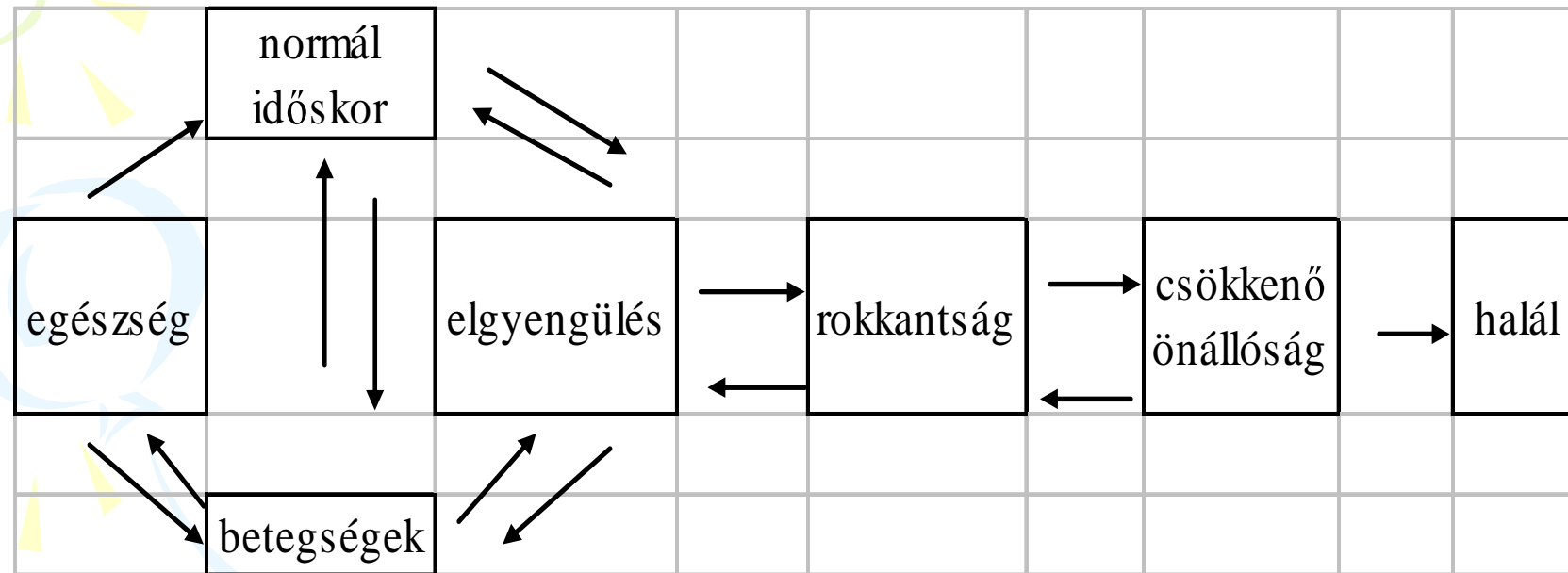
I. Egészség-mérleg

Születés és halál

„Előbb-utóbb valamennyien meghalunk. A halálozási helyzet minősége abban ragadható meg, hogy milyen életkorban és miben.”
(Bondár, 2005)



A betegség, az öregedés és a halás egymással összefüggő természetes folyamatok



A társadalomtudományi szempontból vizsgálándó kérdés a **korai** halálozás (15-65 év).

Figure 18

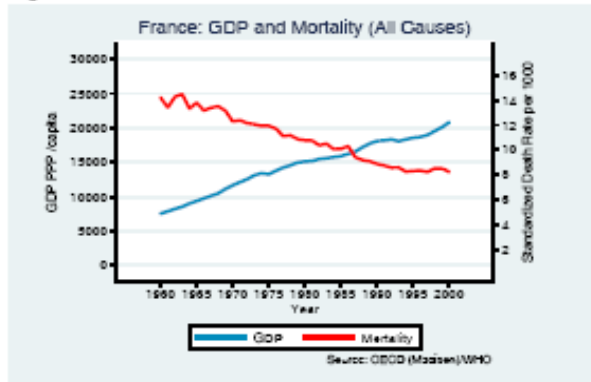


Figure 19

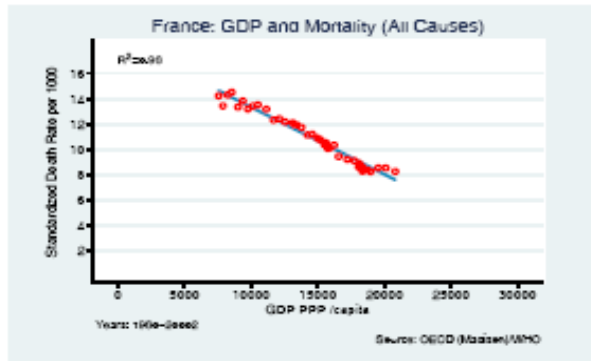


Figure 20

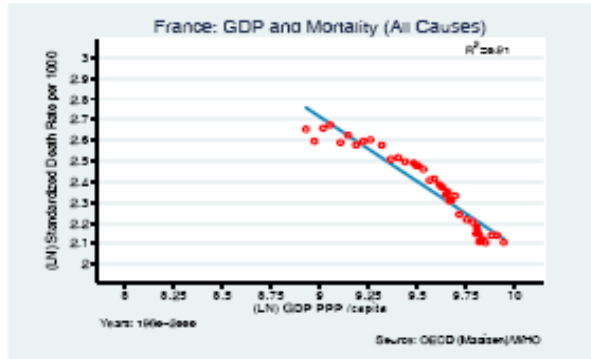


Figure 21

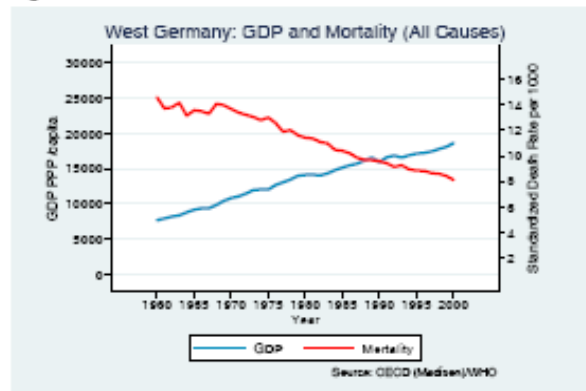


Figure 22



Figure 23



Figure 24

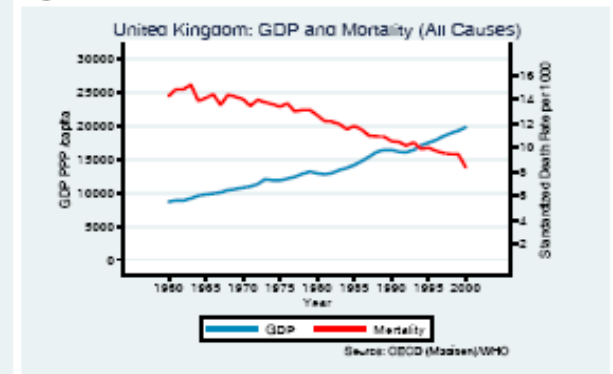


Figure 25



Figure 26

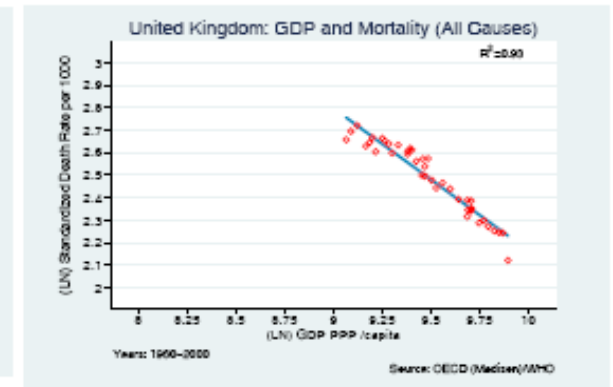


Figure 116

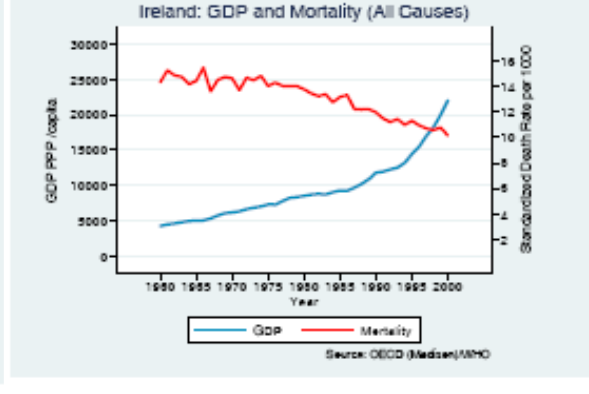
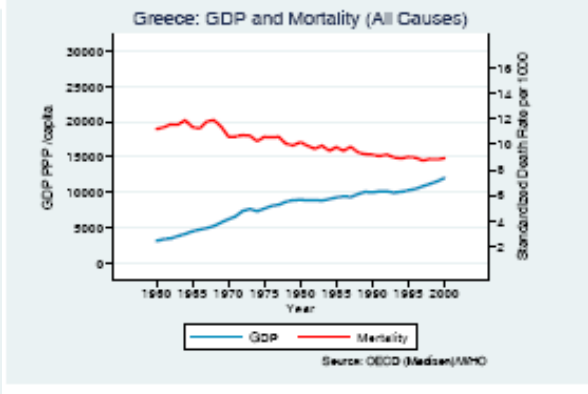
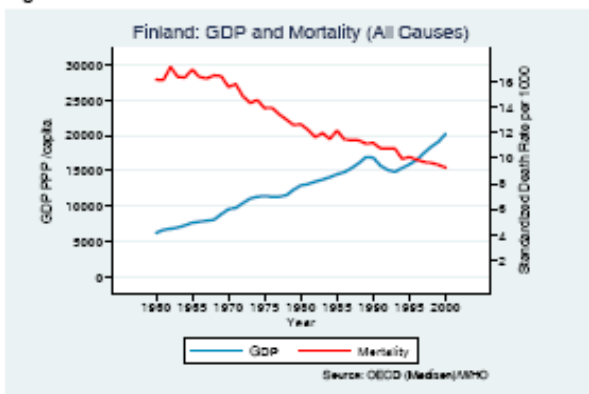


Figure 117

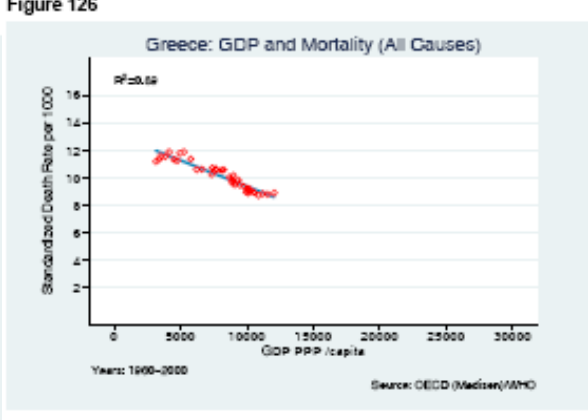


Figure 118



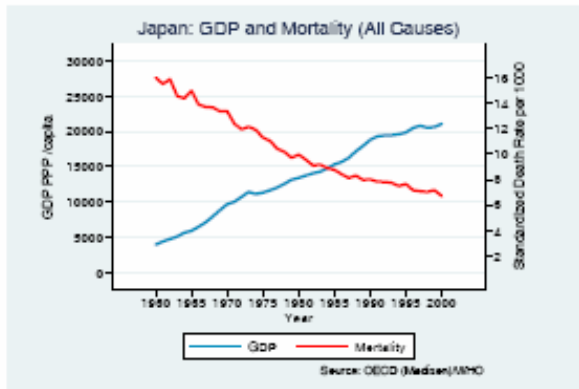


Figure 138



Figure 139

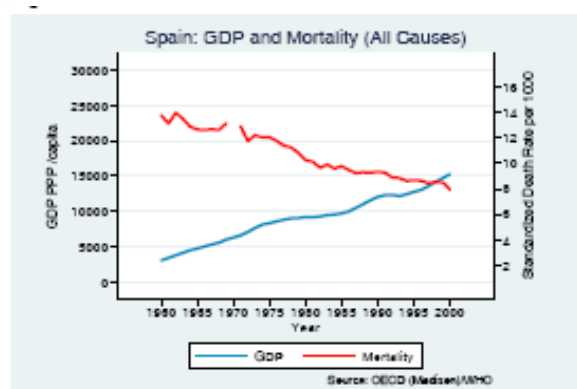
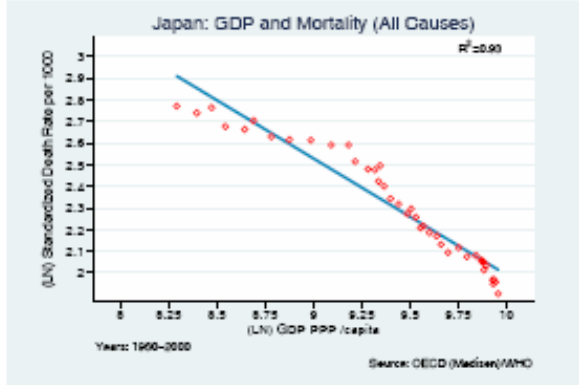


Figure 156



Figure 157

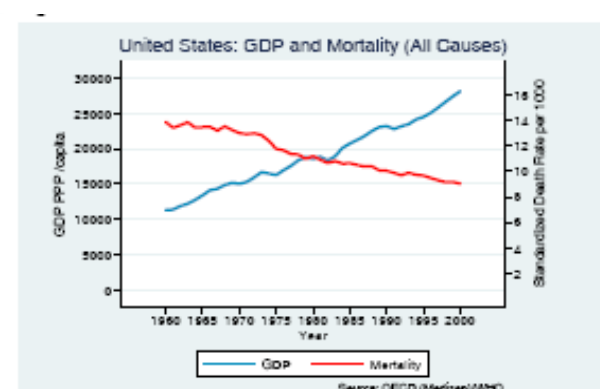


Figure 168

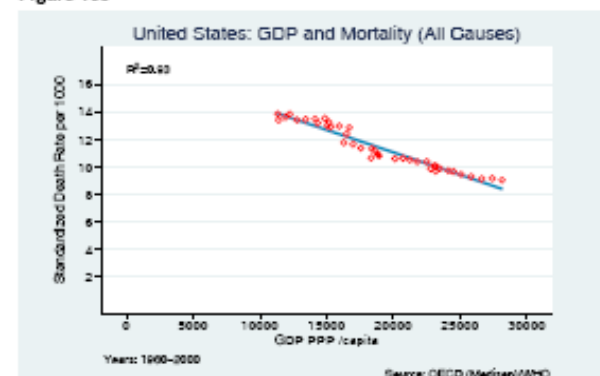


Figure 169



... és a két fontos ellenpélda:

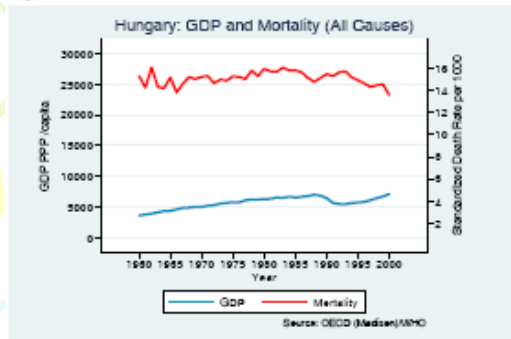


Figure 129



Figure 130



Figure 150



Figure 151

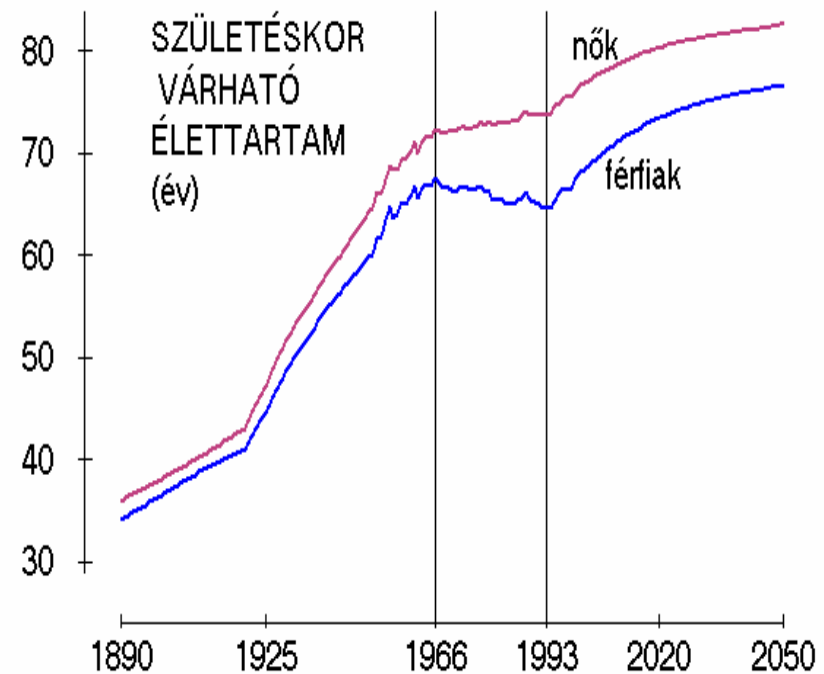
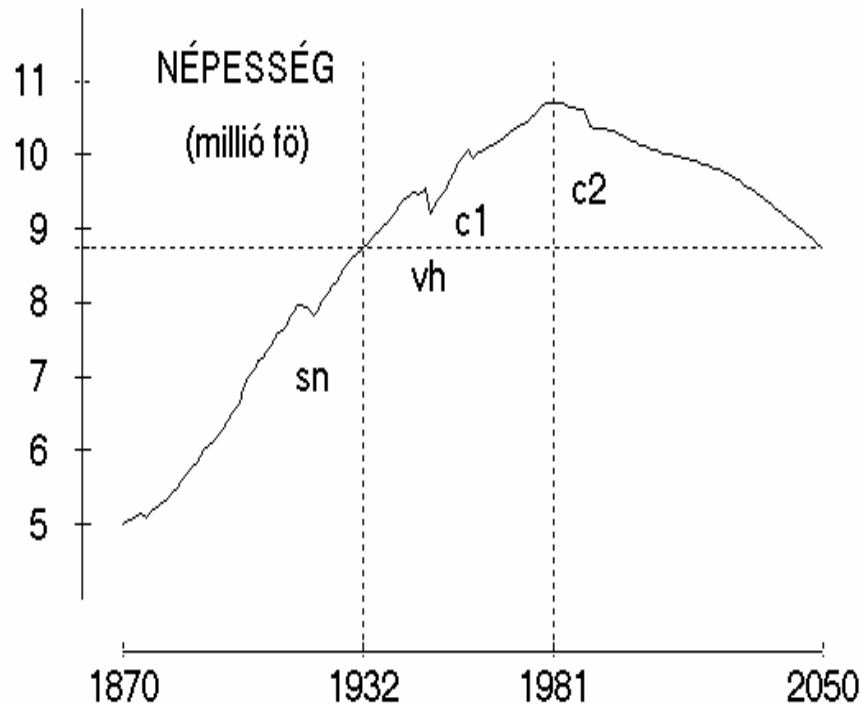


A GDP/fő szinten kívül csak az önállóak aránya fontos magyarázó változó

(38 ország adatai#)



Mit mutatnak még a demográfiai adatok?*



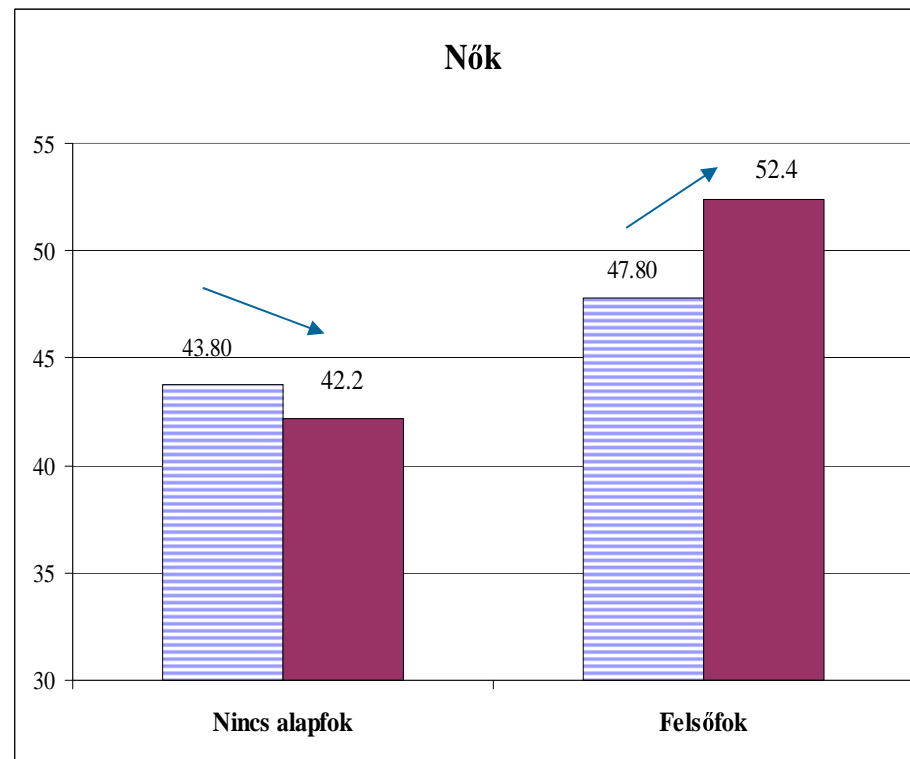
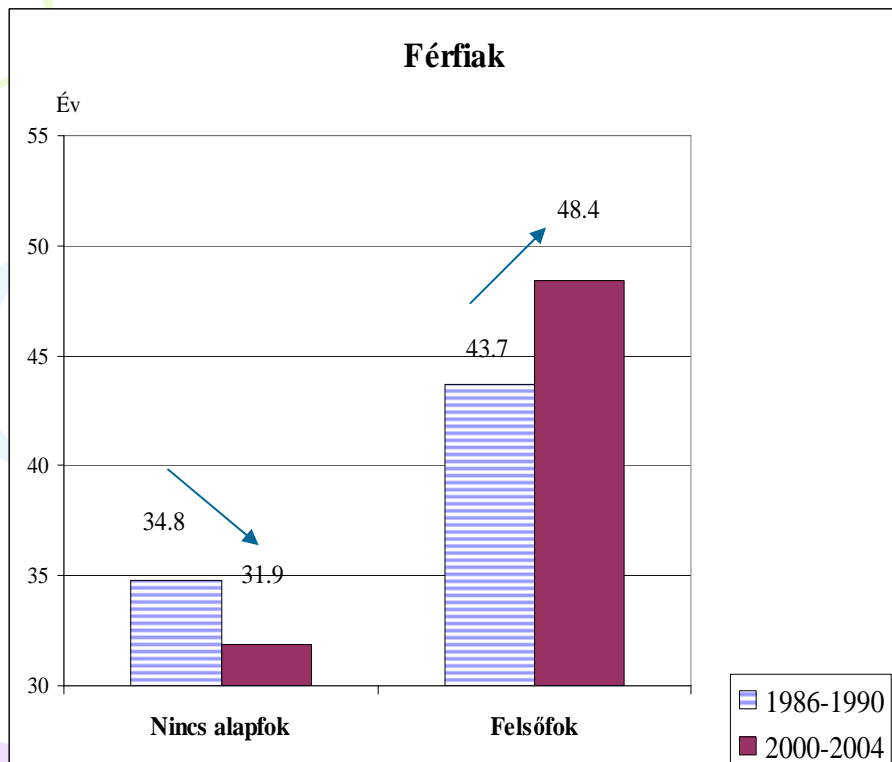
* Augusztinovics M. (2005)

A halandóság és az életkilátásokban tapasztalható javulás a rendszerváltás legfontosabb eredményei közé tartozik! *

1. 1966-93 között Magyarország – elsősorban a férfiakat érintő – epidemiológiai válságot élt át. 1994 óta a várható élettartam mintegy 3,9 évvel nőtt (→ ebből 1,64 év a szív- és érrendszeri halandóság csökkenése miatt).
2. 2004-ben a halálozások 32%-a 80 év felett következett be, a nőknél ez 44%.

* Józán P. (2006)

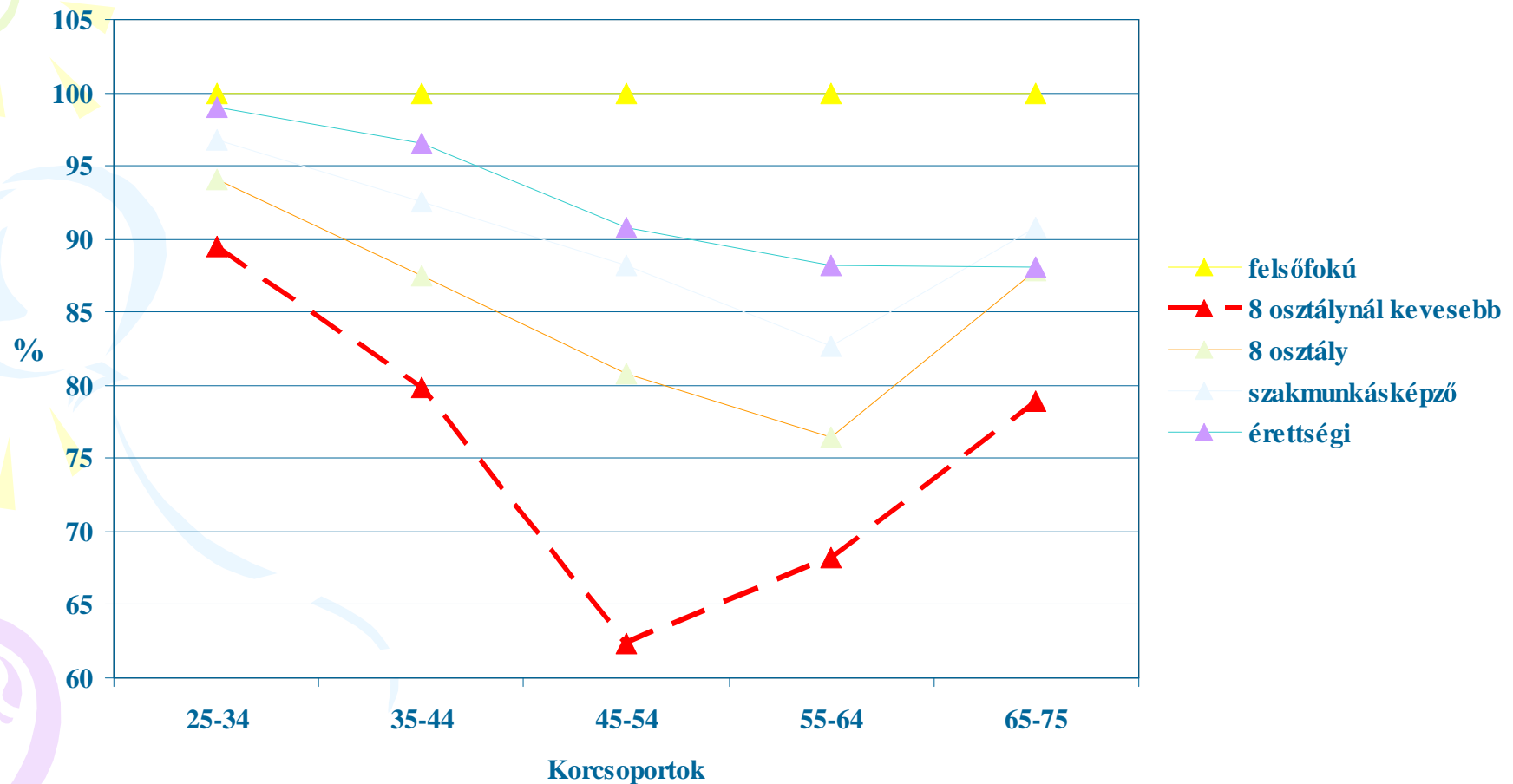
Minden az iskolázottságon múlik: A 30 éves korban várható további élettartam (év)*



A rendszerváltás óta a 8,9 év élettartam-olló a férfiaknál 16,5 évre (!!!!) növekedett, a nőknél a különbség 4,0 évről 10,2 évre nőtt. A legmagasabb végzettségű nők és a legalacsonyabb férfiak között a különbség ma több, mint 20 év.

* Forrás: Kovács – Hablicsek (2006)

Az egészségi állapot önértékelés korcsoport és iskolai végzettség szerint*, 2001.



*: a felsőfokú végzettségűek egészségi állapot önértékeléséhez viszonyítva

Forrás: Kovács Katalin: Egészség-esélyek, Népeségtudományi Kutatóintézet

The background features several large, stylized, overlapping shapes in purple, green, and blue. These shapes are composed of thick, curved lines and some contain smaller, similar shapes, creating a sense of depth and movement. Scattered throughout the background are numerous small, yellow, triangular shapes that resemble confetti or starbursts, adding a festive and dynamic feel to the overall design.

Bevezetés

a biztosítási problémához

Az alapprobléma

Ahogy a szocializmus idején a hiánygazdaság, úgy ma a közteherviselés alól való kibújás lehetősége a szürke és fekete gazdaság alapja. Akinek sikerül kibújni a szja-fizetés alól, az megússza a tb-járulékfizetést is (eü. + nyugdíj).

Az OEP nincs teljes monopóliumhelyzetben

- Nem mindent finanszíroz (gyógyszer, gyse co-payment)
- Non-profit egészségbiztosító pénztárak (630 ezer felnőtt)
- Kb. 100 ezer eü. bizt. kötvény for-profit biztosítónál
- IBR (2,5 millió tag)
- Banki és más biztosítási termékekkel összecsomagolt eü. bizt.
- Külföldön kötött biztosítás (EU, ENSZ, IMF is.)

Ma is van verseny a szolgáltatói oldalon

Eü. példák:

- Házi orvos (miért nem nyújt definitív ellátást?)
- Kórház (Miért küldte tovább Hmv. a beteget?)

Van verseny, csak nem elég erőteljes, sok torzulás, korrupció.

→ Gondoljunk a focira (amihez szintén mindenki ért): van-e verseny az NBI-ben?

Mitől függ a gyógyítás **átlagos** színvonala, minősége?

1. Fejlettség (GDP/fő)
2. Foglalkoztatottság szintje, minősége, legális és informális szektor, alkalmazottak és vállalkozók aránya
3. Etnikai, civilizatorikus homogenitás
→ A fentiekhez képest a „**koordinációs mechanizmus**” (Kornai) másodlagos.

Mit befolyásol a koordinációs mechanizmus (állam, biztosító vagy O)?

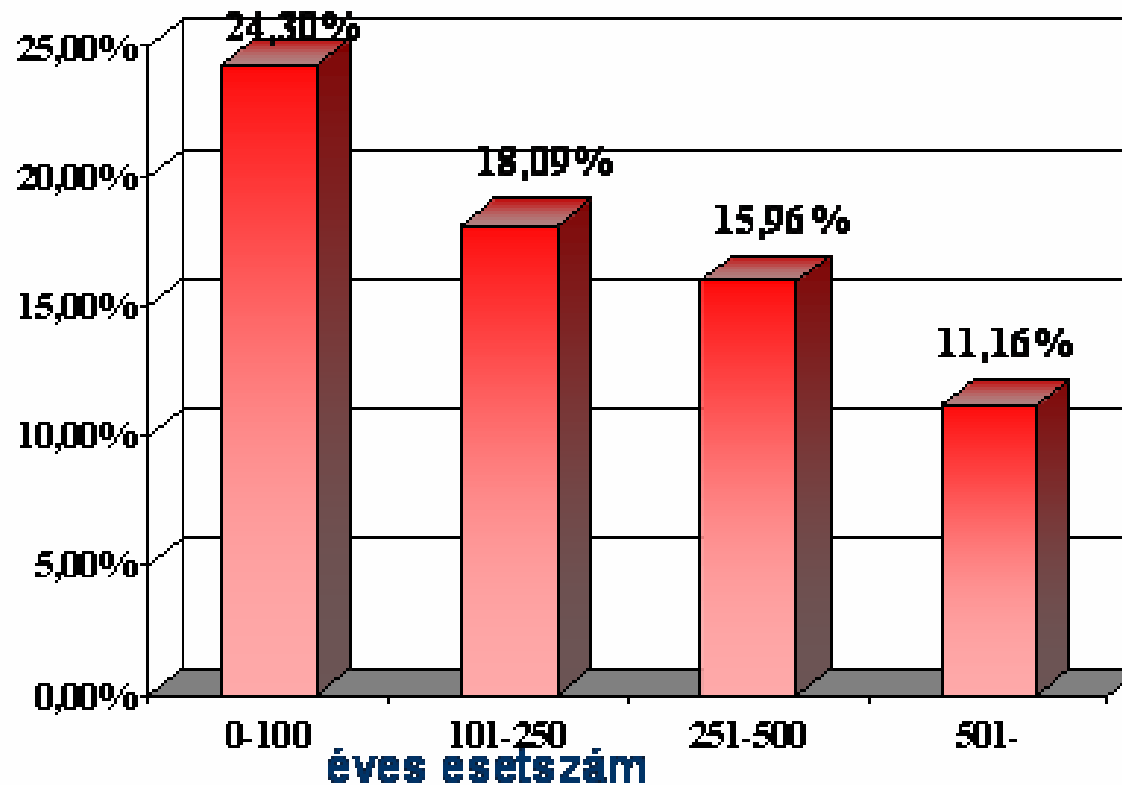
- Szuverenitás tisztelete, betegjogok
- Közteherviselés arányossága, pénzügyi kockázatok kezelése
- Átláthatóság
- Fenntarthatóság, stb.

+ kényelmi és komfort elemek

+ az átlag körüli szóródás terjedelme

Példák a szub-standard gyógyításra

1. Szívinfarktust követő 30 napos halálozási ráta Magyarországon

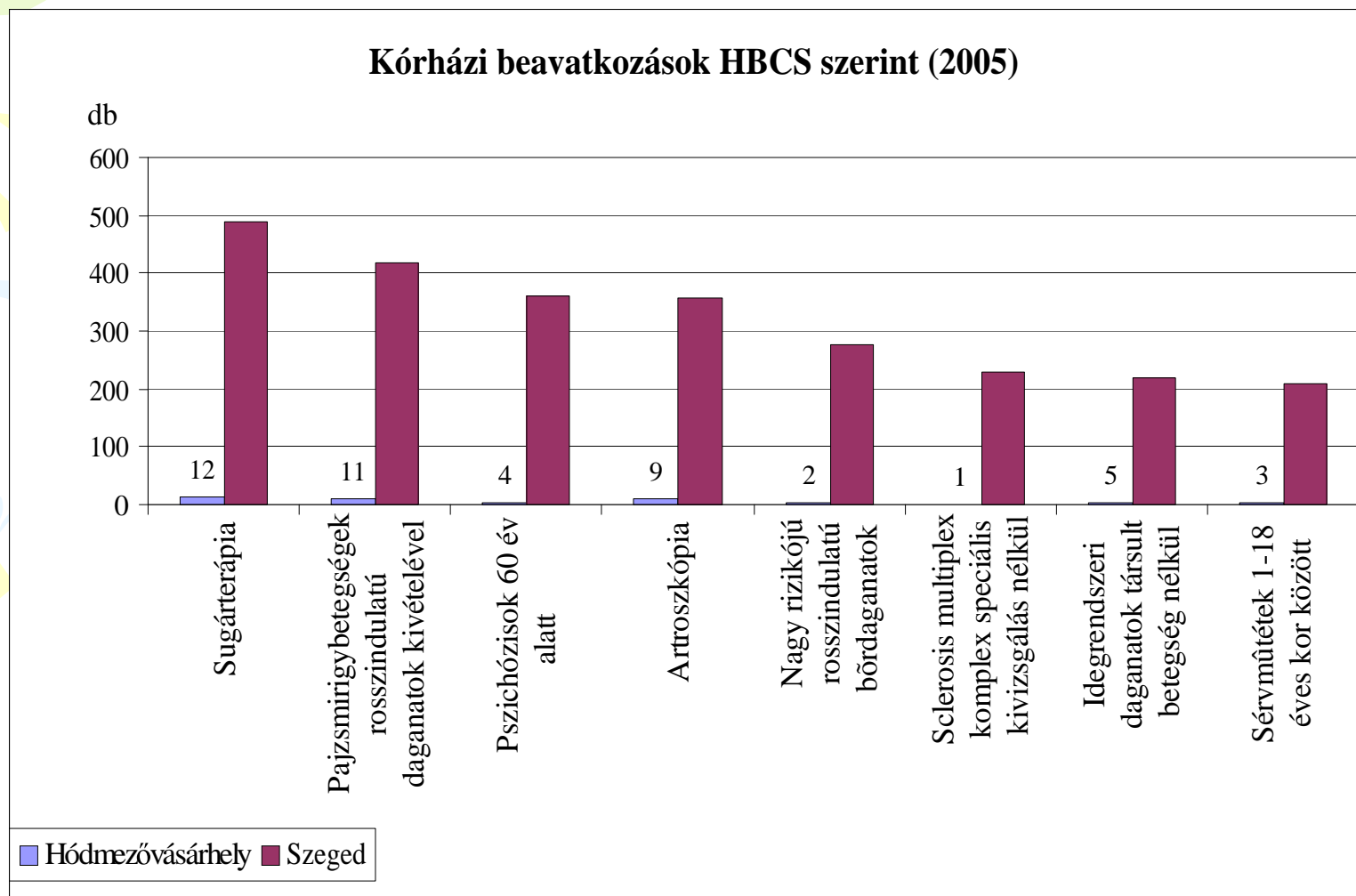


2. A terápias és a boncolási diagnózis átlagos eltérése 22,6%, ami önmagában is igen magas érték. Nagyobb baj azonban, hogy ez az átlag a hét régióban 8,8% és 30,5% közötti szélső értékek átlagaként áll elő.

Szub-standard gyógyítás (folyt.)

3. Indokolatlanul nagyok a különbségek a **recept-felírási** gyakorlatban. 2006. évi adatok szerint az egy TAJ-kártyára jutó tb-támogatás országos átlagban 34 867 Ft, ezt a budapesti átlag 4 százalékkal haladja meg (ami hiba határon belüli), viszont a kistélepülések lakóira jutó átlag csak 27 246 Ft, vagyis az átlagtól 22%-kal marad el. Járóbeteg-ellátásban a Bp. – kistélepülés két adata 8232 Ft/év/fő, illetve 13421 Ft/év/fő.

4. Műtétek olyan helyen, ahol nem szabadna ilyesmit műteni...





Mindez nem véletlen

A szocialista tervgazdálkodás egyik alapvető jellemzője volt (a kezdetektől) a szélsőségesen nagy minőségi különbségek tolerálása:

- Belföldi minőség
- Szocialista export
- Tőkés export

Ahol megmaradt az állami finanszírozás dominanciája (pl. közoktatás) ott ma is hatalmasak a különbségek (ld. PISA felmérés)



AB 26/1993. (IV. 28) határozat

Ez a tb-rendszer nem felel meg a piacgazdaság alkotmányos követelményének:

„az ellenszolgáltatás (járulék) meghatározása mindmáig nélkülözötte mindazokat a (statisztikai, valószínűségi, matematikai stb.) szempontokat, amelyek nélkül valóságos biztosításról sem közgazdasági, sem jogi, sem **technikai értelemben nem lehet szó. Mindaddig tehát, amíg az egész társadalombiztosítási rendszernek a piacgazdaság alkotmányos követelményeihez igazodó, korszerű átalakítása, ágazati kiépítése (nyugdíjbiztosítás, betegségbiztosítás stb.), a magán- és állami szféra megfelelő arányainak a kialakítása nem történik meg, a társadalombiztosításnak meg kell felelnie az abban egyaránt meglevő biztosítási és szociális szempontoknak.**”

A társadalombiztosítási rendszerek Európában



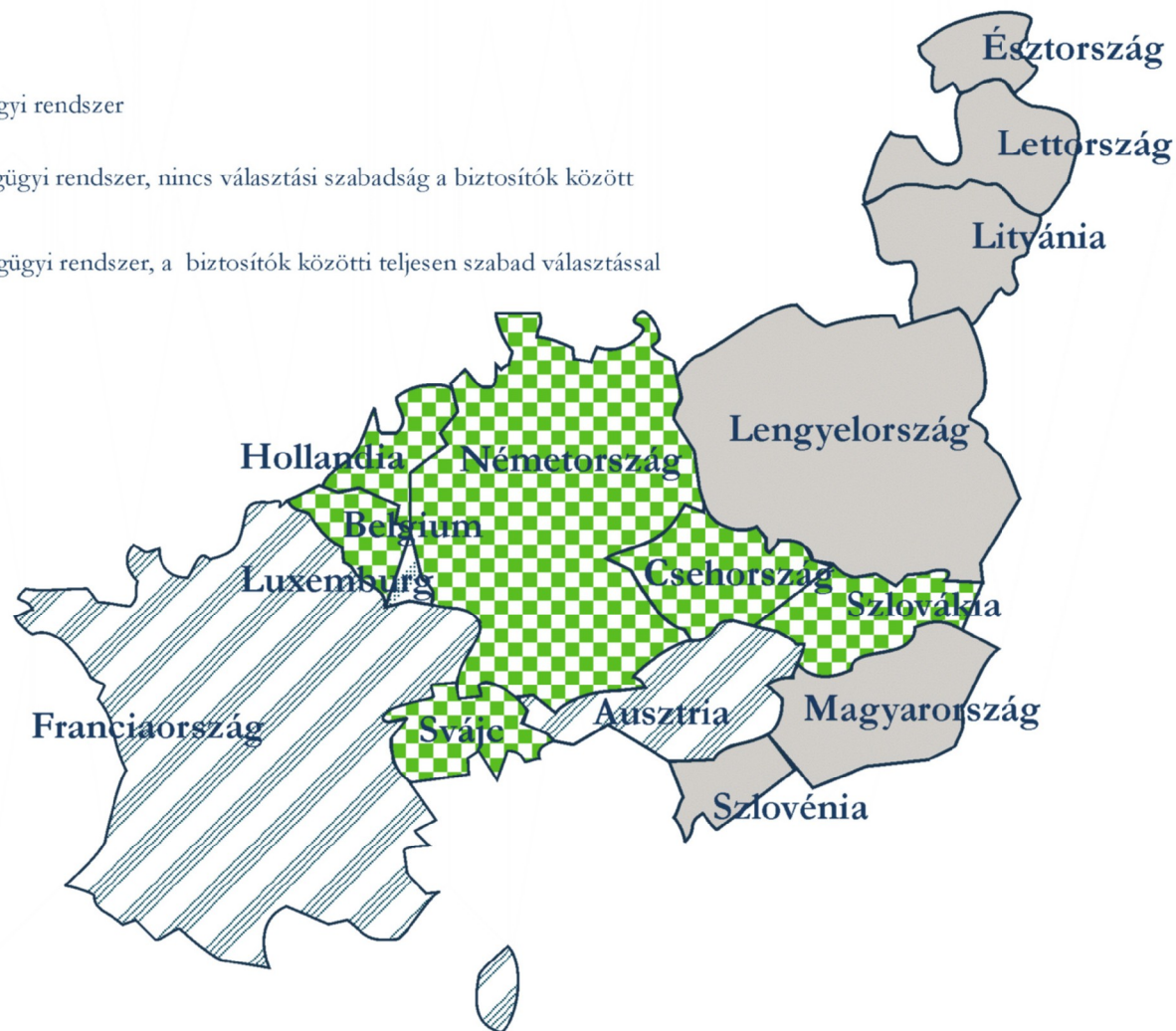
Egy biztosítós egészségügyi rendszer



Több biztosítós egészségügyi rendszer, nincs választási szabadság a biztosítók között



Több biztosítós egészségügyi rendszer, a biztosítók közötti teljesen szabad választással



Készítette:

Egészségügyi
Stratégiai
Kutatóintézet

	<i>MAGYARO.</i>	<i>Ausztria</i>	<i>Belgium</i>	<i>Franciao.</i>	<i>Görögo.</i>	<i>Hollandia</i>	<i>Luxemburg</i>	<i>Németo.</i>
Állami egészségügy (NHS modell)	Részben				Részben			
Versengő beteg-biztosító pénztárak területi és/vagy szakmai alapon)	Nem	22	6	18	39	30	9	240
100%-os lefedettség elérésének dátuma	1972	Ma sincs (98%)	1998	2000	1983	2006	Ma sincs (99%)	Ma sincs
Teljesen szabad a választás a biztosítók között		Nem	Igen	Nem	Nem	Igen	Nem	Igen
Betegbiztosítók között kockázat-kiegyenlítő mechanizmus működik		Igen	Igen	Nem	Nem	Igen	Csak állami	Igen
Magasabb jövedelműek és/vagy vállalkozók kiléphetnek	Nem	Igen	Igen	Nem		Nem	Igen	Igen
A népesség egy részének van nem-kötelező, üzleti magánbiztosítás is	5%	33%	58%	92%	10%	Új adat nem ismert. 2006-os reform előtt 64%	aktív népesség 75%	22%***
A biztosító(k) szabadon választhat(nak) a szolgáltatók között	Nem	Igen	Nem	?	Igen	Igen	?	Igen
A biztosítottak számára a járulék-mértékek némileg eltérőek	Nem	Igen	Igen	Igen	Igen	Igen	Igen	Igen
A készpénzben fizetett (biztosítással nem fedezett) költségek aránya	25%	15%	24%	8%	46%	8%	7%	13%

Alapfogalmak – beszéljünk egy nyelven

- Társadalombiztosítás (Sozialversicherung, Social Insurance = rossz fordítások)
- Nemzeti (országos kockázatközösség):
Klíma, GDP/fő, földrengés, háború
- Kockázatközösség az egészségügyben:
 - Ellátó oldalon (Antall József 1993, Göran Persson 2003-2004)
 - Finanszírozási oldalon (rejtett redisztribúció)

[Legyen-e európai szintű eü. biztosítás?]



Alapfogalmak (2.)

Sokan megkérdőjelezik a rejtett redisztribúciót is:

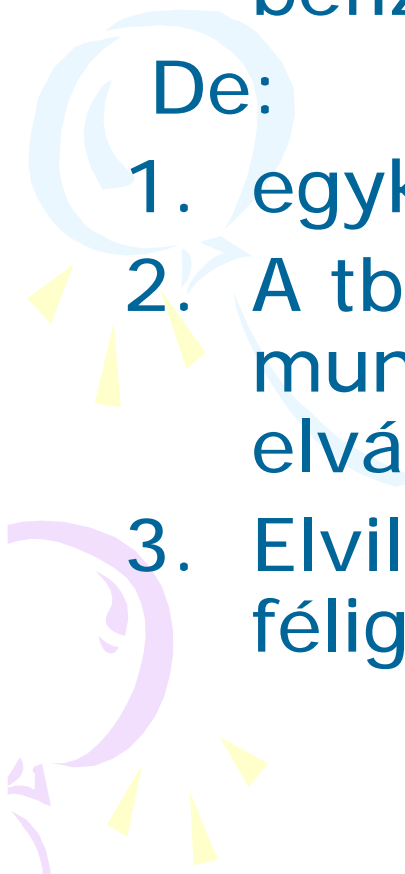
- Életvezetés okozta eü. problémák
- Vitatott terápiák
- Beavatkozások csökkenő határhaszna
- Életminőség javító beavatkozások



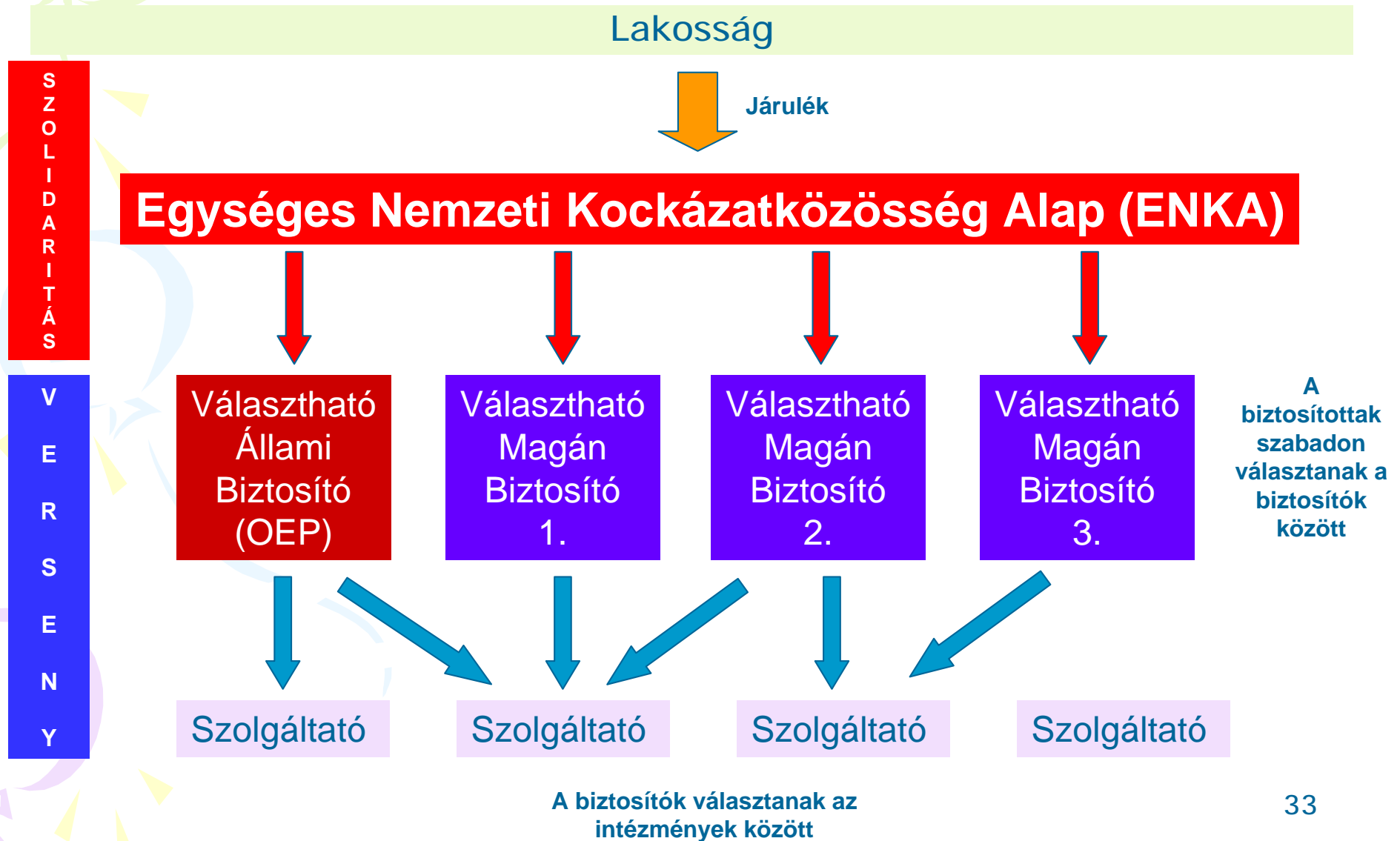
Alapfogalmak (3.)

Társadalombiztosítási szolidaritás = Nyílt redisztribúció (jövedelemarányos befizetés, szükségletarányos kivét).

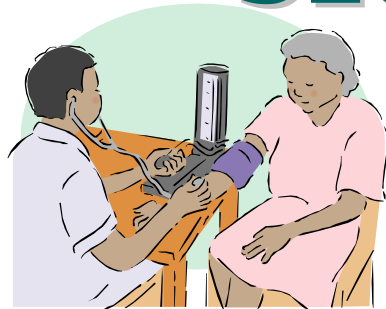
De:

1. egykulcsos (nem progresszív) adó.
 2. A tb más ágaiban (pl. nyugdíj, munkanélküliség, táppénz) ez nem is elvárás!
 3. Elvileg lehetne fix díj is (Svác; Hollandia félig)
- 

A vegyes modell ábrája



Szolidaritás



Idős, beteg, szegény nyugdíjas néni



Fiatal, egészséges, gazdag férfi

(Állam fizeti)



Egységes Nemzeti Kockázatközösség Alap (ENKA)



Magánbiztosító

Állami Biztosító

Magánbiztosító

J
Á
R
U
L
É
K

F
E
J
K
V
Ó
T
A

Mi várható a biztosítási piac megnyitásától (=verseny)?

- Lehet-e rosszabb?

- A biztosítónak nem érdeke az orvos és a beteg közé állni
- Nem térhet el a protokolltól

- Lehet-e jobb?

1. Rövid távon
2. Közép távon
3. Hosszú távon



Rövid táv

- Gyors és erőteljes akvizíció, az ügyfelek megnyerése „olcsó” eszközökkel (pl. komfort)
- Ismételt és eleve felesleges beavatkozások kiszűrése
- A biztosító felé történő elszámolások szigorúbb ellenőrzése
- Hálapénzes, protekciós betegek visszaszorítása
- Mindenkiel szerződnek, de:
 - Szigorúbb monitorozás → díjtétel emelés/csökkenés, volumen emelés/csökkenés
 - Gyors ütemben leépítik a Lovasberényben „politikai” okokból megmentett szubstandard kapacitásokat



Közép táv (1)

- Szisztematikus és kemény alku minőségről és árról a szolgáltatókkal; valódi szektorsemlegesség
- Eltérő üzleti modellek (pl. járóbeteg-centrikus, kiemelt kórház centrikus, saját kórház, kiegészítő: több fizetés-több szabadság)
- A hatékonyság-javulásból eredő pénzek visszaforgatásra kerülnek (IBR példa)
- Prevenációs szemlélet kikényszerítése (Id. USA, nálunk ma 1,25%)

Középtáv (2) – Szlovák példák

- Preferred provider network (rating according to 37 quality indicators) – Dovera, Apollo (in implementation)
- Patient management (call centers and green numbers) - Dovera
- Bonuses for insurees (vouchers for insurees to buy vitamins in pharmacies) - Dovera
- Free vaccination for flu – Apollo, Union
- Free newborn package for mammy and the child (Apollo)
- Full package of prevention for free - EZP
- EuroCross Assistance Service – Union
- Home visit of a GP when a child has a infection disease – Union
- 50% discount on individual health insurance – Union
- 50% discount to all public pools – Dovera
- Vitamins for blood donors – Dovera, Apollo
- 12% discount on optical product - Dovera



Hosszú táv

- Biztosítási és befektetési típusok keverése (egészség + élet, vagy utazás), Medical Savings Account
- Bonus – malus rendszer
- Data mining



**Köszönöm a
figyelmet!**

**E-mail:
peter@mihalyi.com**

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.