

EGÉSZSÉGES NEMZET, VERSENYKÉPES ORSZÁG

Az állami és a
magánegészségügy
egymást erősítő
modelljének kialakítása

AZ AMERIKAI KERESKEDELMI KAMARA
EGÉSZSÉGÜGYI BIZOTTSÁGÁNAK
JAVASLATAI AZ EGÉSZSÉGÜGY TOVÁBBI
FEJLESZTÉSE ÉRDEKÉBEN

2022

KIINDULÓPONTOK:

1. Az állami- és magánellátás viszonya

A magánegészségügy nem csupán a közellátás alternatíváját jelenti, tehermentesíti is azt, illetve hiánypótló szolgáltatásokat is nyújt. Az állami- és a magánegészségügyi rendszer tudatos, tervezett együttműködési kereteinek kialakítása jelentősen enyhíthet a jelenlegi rendszerszintű problémák (várólisták, alulfinanszírozottság, betegelégedettség stb.) nagy részén.

2. A humánerőforrás kérdése

Magyarországon nincs két rendszerre elegendő egészségügyi szakember, a hiányzó humánerőforrás problémáján azonban a két rendszer hatékony együttműködése lényegesen javíthat. A két rendszer együttesen versenyképes alternatívát tud kínálni a külföldre távozó egészségügyi szakembereknek is.

3. A szabályozás kérdése

A két eltérő finanszírozási forrású ellátás a leghatékonyabban egymást kiegészítve tud működni, azonban a jelenlegi hazai szabályozás (egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló törvény) nem támogatja a hatékony együttműködést az egészségügyben való foglalkoztatási formák éles elválasztása miatt. Emiatt jogalkotói akarat nélkül nem tud kialakulni a hatékony együttműködés a két szektor között.

4. A vállalatok szerepvállalása

A vállalatok egészségügyi szerepvállalása számos nemzetközi tapasztalat szerint növeli az ország versenyképességét.

JAVASLATOK:

1. Bővíteni és élénkíteni kell a szolgáltatói oldalt

A tőkeintenzív területeken az évtizedek óta transzparensen működő közfinanszírozott magánszolgáltatókat meg kell tartani (ld. laborok, képalkotó diagnosztika, művese-kezelés). A magánfinanszírozott magánszolgáltatók működését teljesen ki kell fehériteni, amihez elengedhetetlen egy minőségbiztosítási rendszer bevezetése. Meg kell továbbá teremteni egy új, választékbővítő, vegyes finanszírozású szolgáltatási szegmenst, amelyben meg kell határozni a mindenki számára alanyi jogon elérhető ellátás szintjét, valamint a co-payment pontos körét.

2. A keresleti oldal élénkítése a finanszírozási rendszer erősítésével

Ösztönözni kell a közösségi magánfinanszírozási formák létrejöttét és további fejlődését, kialakítani az egymással versengő biztosítók, egészségpénztárak ökoszisztémáját. Ezzel összhangban meg kell teremteni a szilárd vállalati finanszírozás pillérét a megfelelő ösztönzők rendszerével és a foglalkozás-egészségügyi rendszer megerősítésével.

3. A szektorsemlegesség megvalósítása

Meg kell oldani a tulajdonformák tényleges esélyegyenlőségét, be kell vezetni a tényleges szektorsemlegességet a szolgáltatások vásárlásában és finanszírozásában.

4. A foglalkoztatási formák szigorú elválasztásának feloldása

Lehetővé kell tenni az átjárhatóságot a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatói jogviszony és a magán jogviszony között, mind az orvosok mind az egészségügyi szakdolgozók számára.

I. A SZOLGÁLTATÓI OLDAL ÉLÉNKÍTÉSE:

A magán- és közellátás szétválasztásának értelmezése

Magyarországon a közfinanszírozott intézményekben kialakult gyakorlat jelenleg is a privát és a közellátás vegyes rendszerére épül. A többnyire jól szabályozott, területi ellátási kötelezettséggel rendelkező magán szolgáltatók részvétele mellett, bár egyre kisebb mértékben, de továbbra is jelen van a paraszolvenciáért igénybe vett „magánrendelés”, melytől a páciensek egyéni orvosválasztást, a kezelésre való várakozási idő lerövidítését, esetleg kedvezőbb hotelkörülményeket remélnék.

Minden, az állami- és magánellátás szétválasztásával kapcsolatos diszkusszió során egyértelműsíteni kell, hogy az egészségügyi szolgáltatók tulajdonviszonyai, vagy a nyújtott szolgáltatások finanszírozója szerinti különbségtételről van-e szó. A magán- és közfinanszírozott egészségügyi ellátás szétválasztása támogatandó cél, amennyiben a magánellátás a beteg által finanszírozottan, nem transzparens módon, nem piaci feltételek mellett, a közsféra emberi erőforrásait, eszközeit, infrastruktúráját használja. Ezen gyakorlat ellen megtörténtek az első intézkedések, azonban ezek hatását még korai megítélni. A fenntartható működéshez meg kell oldani ezeknek a fekete- és szürkegazdaságbeli ellátásoknak és az azt működtető lakossági igényeknek az átirányítását egy legális, átlátható és számonkérhető rendszerbe.

A magántulajdonú szolgáltatók évtizedek óta transzparens módon, hatékony és minőségi munkára törekedve vesznek részt a magyar egészségügyi közellátásban, sőt a művese ellátás (dialízis) szegmensben a magántulajdonú szereplők kizárólag közszolgáltatást nyújtanak a társadalombiztosítás keretében, privát betegek egyáltalán nincsenek. A közfinanszírozott ellátás más területein is megkerülhetetlenek a magántulajdonú szolgáltatók, például a képalkotó diagnosztikában, a labordiagnosztikában és a gerincgyógyászatban – utóbbiak egyaránt nyújtanak TB-finanszírozott és privát szolgáltatásokat is.

A magánszolgáltatók a közellátás szerves részeként olyan technológiai- és tőkeintenzív ellátást végeznek, melyek hosszú távú fenntarthatósága nagyon sok ráfordítást igényel a magas szervizigények, a szakképzés, valamint az amortizálódó és technikailag igen gyorsan fejlődő gépek cseréje miatt. Ennek a rendszernek az esetleges államosítása százmilliárdos nagyságrendű terhet jelentene a költségvetés számára, ezen túlmenően pedig a jelenlegi költséghatékony működés és magas ellátási színvonal csökkenése a betegellátást is veszélyeztetheti.

A közellátás szerves részeként működő magánszolgáltatókra jellemzőek:

- A nagy hatékonyságú tevékenység. A különbség a közsféra azonos működésével összehasonlítva 50-200%-al magasabb.
- A rendelkezésre álló erőforrások. Az infrastruktúra, gépek, berendezések, humán erőforrás kihasználtsága többszöröse a közsféráénak
- Az erős betegfókusz. A közellátást nyújtó intézményen belül magánbeteg ellátási attitűd uralkodik.
- A gyors döntések és reagálás, melyek biztosítják a betegellátás folytonosságát.

Ezen ellátási forma megnyugtató, transzparens fenntartásához szükséges:

- a vonatkozó szabályozás átgondolása és ellenőrzése;
- a minőségi mutatók meghatározása és ellenőrzése;
- a minősítési és tanúsítási rendszer alkalmazása, a minőségi munka elismerése;
- a közfinanszírozott díjazás fenntartótól függetlenül való szektorsemleges alkalmazása.

A Magánfinanszírozott magánszolgáltatók szolgáltatási keretének kibővítése és szabályozási rendszerének fejlesztése

Jelenleg az Egészségügyi szolgáltatói jogviszonyról szóló törvényben a jogalkotó azon kifejezett szándéka fogalmazódik meg, hogy a foglalkoztatási formák merev szétválasztásával elválassza a közfinanszírozott és magán ellátást mind az egészségügyi szolgáltatói jogviszony, mind pedig az egyéni jogviszony alapján. A hatályos törvény szerint az orvosoknak, és az egészségügyi szakdolgozóknak meg kell választaniuk milyen jogviszony keretében való foglalkoztatást választanak. Ennek ellenére előremutatónak tartjuk, hogy a törvényben átmeneti jelleggel mégis szerepel néhány, a foglalkoztatási formák, illetve szektorok közti átjárhatóságot biztosító pont, ezért bízunk benne, hogy a jogalkotó hosszú távon a köz- és magánfinanszírozott egészségügy együttműködésében érdekelt.

Szükséges volna egy fenntartható, választékbővítő, vegyes finanszírozású szolgáltatás megteremtése (NEAK és lakossági magánforrásokból), mely a jelenleg tisztán magánfinanszírozásban működő szolgáltatókra épít. Ez a modell a köz- és a magánfinanszírozás merev szétválasztása és szembeállítása helyett az együttélést teremtené meg, és úgy lenne képes segíteni a szolgáltatási piac fejlődését, hogy közben nem csökkenti a rendszerben a szolidaritást. A piaci elemek súlyának növelése ebben a megoldásban nem csökkenti a ténylegesen rászorultak ellátási esélyeit, sőt a többletforrás és a verseny okozta minőségjavulás következtében az „alaprendszerben” maradók ellátása is javul, miközben a differenciált igények jobban kielégíthetők lesznek.

Ezzel összhangban javasoljuk a tisztán közfinanszírozott, és tisztán magánfinanszírozott egészségügyi ellátás mellett egy harmadik kategória létrehozását, amelyben a magánszolgáltatókat részleges társadalombiztosítási finanszírozással beengedik a közfinanszírozás rendszerébe, megindítva ezzel a szolgáltatók versenyét a közfinanszírozáson belül is. A NEAK források mellé társított lakossági önrész formája lehet direkt hozzájárulás, egészségpénztári megtakarítás felhasználása vagy az üzleti biztosítók által nyújtott finanszírozás. Amellett, hogy a szolgáltatók közötti verseny következtében javulna a közfinanszírozott egészségügyi ellátórendszer által nyújtott szolgáltatások globális színvonala, a lakosság részvállalással való bekapcsolása a rendszerbe hozzájárulna az egészségtudatosság fejlesztéséhez, ami hosszú távon a népesség egészségügyi állapotának javulását és az egészségügyi rendszer leterheltségének csökkenését eredményezné. Mindezek mellett javasoljuk, hogy csak minősített és tanúsított cégek számára legyen elérhető a vegyes finanszírozási forma.

Együttműködés a betegségek súlyossága, kockázata és költségei szerint

Egyes ellátási kategóriákban az elmúlt években már kialakult egyfajta munkamegosztás az állami- és a magánellátás között, amit megfelelő szabályozó rendszerrel javasunk tovább erősíteni. A vegyes ellátási területen javasoljuk az állam, mint szolgáltatásvásárló megjelenését és az egyes szolgáltatásokon belüli vegyes finanszírozás (NEAK + kiegészítő magán) megjelenését. A rendszerek közötti munkamegosztást az alábbi táblázat szerint foglaltuk össze

ÁLLAMI ELLÁTÁS	VEGYES ÁLLAMI ÉS MAGÁN ELLÁTÁS	MAGÁN ELLÁTÁS
Nagyértékű és nagy kockázatú beavatkozások, Transzplantációk, Életmentő beavatkozások (szívsebészet, idegsebészet, neuro-intervenció, politrauma ellátása, onkológiai sugárterápia)	Onkológiai sebészet Kemoterápiás ellátás Gerincgyógyászat Invazív kardiológia	
Sürgősségi traumatológiai intenzív és infektológiai ellátások	Általános fekvőbeteg szakellátás, Egynapos sebészet, Teljes járóbeteg szakellátás, Szakorvosi konzultációk, Képzőképző diagnosztika, Labor vizsgálatok	Emelt komfort szintű fekvőbeteg szakellátás, Speciális, nem vagy részben NEAK finanszírozott eü. szolgáltatások, terápiák és diagnosztikai vizsgálatok, plasztikai és szűrőprogramok
Egészségügyi alapellátás 2.0, Háziiorvosi praxisközösségek és csoport praxisek kibővített funkcióval és kompetenciával		Foglalkozás egészségügyi alapellátás
Nemzeti szintű népegészségügyi programok		Vállalati szűrőprogramok, Egészségnevelés, Rekreáció

1. ábra: Feladatmegosztás az állami- vegyes- és magánfinanszírozású ellátás között

Azon esetekben, amikor a várakozási idő elfogadhatatlanul magas, illetve az állami kapacitások egyértelműen korlátozottak, a várólisták lerövidítésének hatékony eszköze, ha a magánegészségügyi szolgáltatók átvállalják a közfinanszírozott beavatkozások egy részét.

II. A KERESLETI OLDAL ÉLÉNKÍTÉSE

Az egészségügyi ráfordításokat, valamint ezen belül a közfinanszírozás GDP-n belüli arányát Magyarországon is növelni kell. Az európai modell a közfinanszírozás dominanciájára épít, és ez Magyarország számára is megfelelő minta. Ennek ellenére a forráshiány a közfinanszírozás kizárólagos növelésével nem oldható meg.

Az OECD országokban azok az egészségügyi rendszerek működnek hatékonyan és magas színvonalon, ahol a közösségi- és magánfinanszírozás együttműködik az állami és magán ellátórendszerrel (pl. Ausztria, Németország). A majdnem tisztán állami rendszerek jelentős várólistákat és elégedetlen ügyfeleket generálnak, és ezzel együtt gyakran nagyon drágán üzemelnek (pl. Egyesült Királyság). A közel tisztán magánbiztosításon és ellátáson alapuló

rendszer magas színvonalú ellátást nyújthat, de jelentős társadalmi feszültségek forrása (pl. USA). Álláspontunk szerint hazánkban is az első modell – azaz az egymást kiegészítő közösségi- és magánfinanszírozás – a hosszú távú követendő út.

Az új finanszírozási modell kialakítása

Létre kell hozni az egészségügy új finanszírozási modelljét, amely az egymást kiegészítő közösségi- és magánfinanszírozásra épül.



2. ábra: Az egészségügy új finanszírozási modellje

Ennek az új finanszírozási rendszer bevezetésének az alábbi előfeltételei vannak:

- Szükséges a mindenki számára alanyi jogon elérhető ellátás szintjének pontos meghatározása. A szolgáltatási csomag pontosabb meghatározásával ki lehet terjeszteni a fakultatív co-payment körét, melyre már fel lehet építeni a kiegészítő biztosítások, illetve az egészségcélú megtakarítási számlák rendszerét.
- Fontos a foglalkozás-egészségügyi ellátás prevenciók értékének erősítése és az ellátás során keletkező népegészségügyi adatok felhasználása egy adatvezérelt egészségügyben. Az aktív korú népesség jelentős része jóval gyakrabban találkozik a foglalkozás-egészségügyi ellátást nyújtó orvossal, mint saját háziorvosával. Különösen igaz ez a 40 évnél fiatalabb munkavállalókra, akik többnyire panaszmentesek, nincs krónikus betegségük, így a kötelező foglalkozás-egészségügyi ellátás keretében találkoznak rendszeresen orvossal. Ezen találkozők hozzáadott értékét két területen is képesek lehetünk növelni:
 - Prevenció: A népbetegségek megelőzésében, kiszűrésében nagyobb szerep hárulhat a foglalkozás-egészségügyi ellátásra, amennyiben megfelelő ösztönzőkkel növelésre kerül a vállalatok érdekeltsége, és megnyílik a lehetőség a további egészségügyi programok finanszírozására. Bár jelenleg a foglalkozás-egészségügyi ellátást biztosító orvos feladatai között megjelenik a beteggondozásban való részvétel, azonban ezen feladatok pontos definiálása és további bővítése segítheti a prevenciók szemlélet erősítését.

- Az adatvezérelt egészségügyi lehetőségek jobb felhasználása: Bár a különböző szolgáltatók foglalkozás-egészségügyi adatbázisaiban jelentős mennyiségű népegészségügyi adat keletkezik, ezek összekapcsoltsága az EESZT-vel csak részleges – jellemzően csak alapinformációk szintjén valósul meg. Egy magasabb integráltsági szint segíthetne a foglalkozás-egészségügyi ellátás minőségének biztosításában, illetve az esetleges gyenge szolgáltatási színvonal javításában. Emellett a nagyobb mintákból kinyerhető információk alapján, az egyes magánszolgáltatók által már rendszeresen használt vállalati egészségtérképek mintájára lehetőség nyílna jobb szűrési kritériumok definiálására is (pl: demográfia, régió) és a foglalkozás-egészségügyi ellátást nyújtó orvosok népegészségügyi szempontból is elősegíthetnék egyes betegségek, vagy társbetegségek jobb monitorozását.
- c. Meg kell teremteni a vállalatok érdekeltségét az egészségügy finanszírozásában. A az ország versenyképességének javításában elengedhetetlen elem az egészséges, produktív munkaerő. A korábbi években a vállalati adókedvezmény által a munkáltatók fontos szereplőjévé váltak az az egészségügyi programok finanszírozásának, plusz forrást teremtve a szektorban. A vállalati finanszírozásban megvalósult programok nagy része prevenciós szemléletű volt. Sajnálatos módon a 2018-as cafeteria változásokkal megszűnt ez a kedvező helyzet.

III. A FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER FEJLESZTÉSE ÉS A MUNKÁLTATÓK ÉRDEKELTSÉGÉNEK MEGTEREMTÉSE

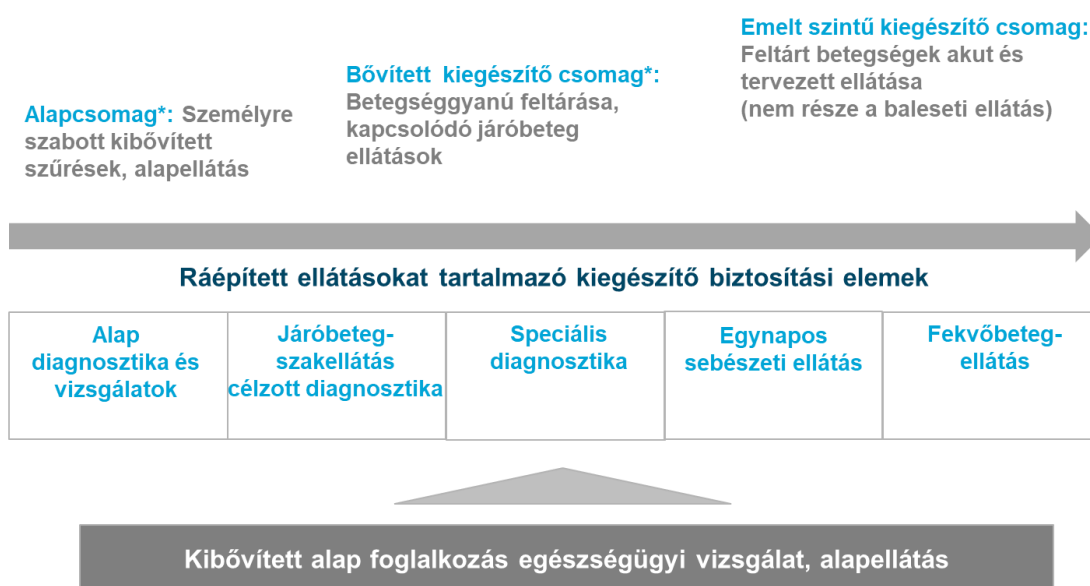
A munkáltatói gondoskodás és a vele összekapcsolt foglalkozás-egészségügyi ellátás biztosítási alapra helyezése új, a prevenció hatékonyságát és eredményességét szem előtt tartó megoldást eredményezne a piaci alapon megvalósítható állami ösztönzők és keretszabályozás biztosítása mellett.

A foglalkozás-egészségügyi rendszer jelenlegi formájában, kihasználatlan erőforrás. Egy korszerű foglalkozás-egészségügy az alapellátás kiegészítőjévé tudna válni, a vállalatok szervező ereje pedig kellő ösztönzés mellett a prevencióban és az alapszintű szakellátásban népegészségügyi-szintű egészségnyereséget eredményezhet. A hatás akkor maximalizálható, ha a jogszabályok és ösztönzők együttesen minden foglalkoztatott esetében (~4,7 millió fő) képesek megvalósítani a foglalkozás-egészségügyi rendszerrel való találkozást.

Becslésünk szerint a közép- és nagyvállalati kör foglalkoztatottjainak közel 10%-a rendelkezik csoportos egészségbiztosítással. Ezen felül még további 500.000 fő rendelkezik kiegészítő egészségbiztosítási szolgáltatással. Tagvállalataink általános tapasztalata, hogy a munkavállalók különösen kedvelt juttatási elemként tekintenek az egészségbiztosításokra. Ezen kívül a biztosítók a betegségek kiszűrésétől azok gyógyításáig kísérik a munkavállalókat és fedezhetik a diagnosztika és az ellátás költségeit.



3. ábra: Környezeti expozíció és életkor alapú kockázat differenciálás



* Az alap és kiegészítő csomagok esetében, ha a következő szintű ellátást nem vásárolja meg a munkaadó, akkor a beteg átkerül a közfinanszírozott biztosítási rendszerbe tovább ellátásra.

ábra 4: A foglalkozás-egészségügyi rendszerre épülő kiegészítő egészségbiztosítás lehetséges elemei

Mindezek miatt javasoljuk, hogy a gazdálkodó szervezetek számára költségként elszámolható legyen a munkavállalóknak vásárolt egészségügyi szolgáltatás, legyen az egyedi vagy átalánydíjas. Az erre fordítható összeg, amennyiben szükséges, fentről korlátozható. Ha például a bruttó bér 15 %-nál kerül megállapításra egy határ, akkor a jelenlegi átlagbér mellett ez az összeg már széleskörű átalánydíjas szolgáltatási csomag megvásárlására is lehetőséget nyújthat. Az így keletkező minimális adóbevétel-kiesést messzemenően kompenzálja a kedvező társadalmi és versenyképességi hatás, valamint az egészségügy fehéredéséből származó gazdasági előny.

IV. KONKLÚZIÓ

Összefoglalásként szeretnénk megerősíteni, hogy az egészségügy átalakítása nem odázható el, de csak a rendszerszintű átalakítás lehet sikeres, hiszen rövid távon a legtöbb szereplő ellenérdekelt a változásban. Az állami és a magán ellátás kellő szabályozás mellett egymást erősítheti. Több forrást kell az egészségügybe bevonni, részben állami, részben vállalati oldalról, és a lakossági költségeket át kell strukturálni a zsebből fizetés gyakorlatától egy előtakarékosági rendszer felé. Ehhez elengedhetetlen feltétel a NEAK alapszolgáltatási csomagjának részletes definiálása, amely megnyithatja az utat az alternatív biztosítási formák kialakításához.