

## EGÉSZSÉGNYERESÉG ÉS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS A „BIZTOSÍTÁSI PIACRÓL JOGÁSZOKNAK, BIZTOSÍTÁSI JOGRÓL KÖZGAZDÁSZOKNAK” KONFERENCIA PÓDIUMBESZÉLGETÉSÉNEK ÖSSZEFOGLALÓJA

Dr. Csöndes Mónika PhD (egyetemi adjunktus, Budapesti Corvinus Egyetem Számviteli és Jogi Intézet Gazdasági Jogi Tanszék), monika.csondes@uni-corvinus.hu

### ÖSSZEFOGLALÓ

Az „Egészségnyereség és egészségbiztosítás” című pódiumbeszélgetés az egészségbiztosítási piac és az egészségbiztosítási szerződés témáját egészségügyi közgazdaságtani alapoktól (egészségnyereség, a költséghatékonyság szerepe a finanszírozási döntéshozatalban) kiindulva tárgyalta. A beszélgetés több ponton oda kanyarodott vissza, hogy a jogalkotónak kellene a betegellátás érdekeit szem előtt tartó megfelelő egészségbiztosítási szabályozási viszonyokat teremtenie. Tanulságos volt hallgatni azt az együttgondolkodást is, amely arra a kérdésre kereste a választ, hogy a magán egészségbiztosítási piacon hogyan jelenik-jeljenhet meg, hogyan tud érvényesülni az egészségnyereség és annak a mérése.

### SUMMARY

The panel discussion “Health gains and health insurance” discussed the topic of the health insurance market and the health insurance contract starting from the basics of health economics (health gains, the role of cost effectiveness in financial decision-making). At several points, the conversation turned back to the fact that the legislator should create an appropriate regulatory environment that serves the best interest of the patients. It was very instructive to listen the structured brainstorming about how the health gains and its measurement appear and can prevail in the private health insurance market.

**Kulcsszavak:** egészségnyereség, egészségbiztosítás, egészségbiztosítási piac, egészségbiztosítási szerződés

**Keywords:** health gains, health insurance, health insurance market, health insurance policy

**JEL:** I11, I13

**DOI:** 10.18530/BK.2023.3-4.72

<http://dx.doi.org/10.18530/BK.2023.3-4.72>

Az „Egészségnyereség és egészségbiztosítás” című pódiumbeszélgetés<sup>1</sup> felkért hozzászólói e szakterület elismert szakértői, oktatói, kutatói: Domak (Almássy) Gabriella korábbi elnöke vezérigazgató (UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.), aki elhivatott a magas színvonalú egészségügyi ellátás biztosítási szolgáltatási rendszerének megvalósítása iránt, Prof. Dr. Brodszky Valentin orvos és közgazdász egyetemi tanár (BCE Gazdaság- és Közpolitika Intézet Egészségügyi Közgazdaságtan Tanszék), aki az osztálytársadalmi egészségnyereséget, az életminőséget, az egészségügyi költséghatékonyságot és a betegségekhez kapcsolódó költségeket kutatja, valamint Dr. Tőkey Balázs jogász és orvos, habilitált egyetemi docens (ELTE Állam- és Jogtudományi Kar Polgári Jogi Tanszék), aki doktori értekezését „Az egészségbiztosítási szerződés”<sup>2</sup> címmel védte meg. A beszélgetés moderátora Dr. Csöndes Mónika PhD egyetemi adjunktus (BCE Számviteli és Jogi Intézet Gazdasági Jogi Tanszék) volt.

A pódiumbeszélgetés témájának a konferencia programjába illesztése nemigen szorult indoklásra. Az akadozó állami egészségügyi ellátás miatt a lakosság igénye nő a magánegészségügyi szolgáltatások iránt. Ezt az igényt felismerve növekedett az utóbbi években a magánegészségügyi szolgáltatók száma és az egészségbiztosítási termékek megjelenése a piacon. Az egészségbiztosítás tárgyalását azzal gondoltuk unikálissá tenni, hogy a témát az egészségnyereség tárgyköréhez kapcsolva vitattuk meg.

A beszélgetés az egészségügyi közgazdaságtani alapoktól indult. Brodszky Valentin egyetemi tanár felé megfogalmazott kérdés az volt, hogy mennyit ér egy életév, és mi a költséghatékonyság szerepe a finanszírozási döntéshozatalban. Válaszát azzal vezette fel, hogy a költséghatékonyság számításánál arra az alapvető közgazdaságtani kérdésre keressük a választ, hogyan tudjuk elkölteni a rendelkezésre álló szűkös erőforrásunkat a leghatékonyabban. A költséghatékonysági jellemzőket a döntések meghozatalában egyre többet használják. Magyarországon ez a folyamat az 1990-es években kezdődött el, és egyre több döntéshozatalban alkalmazzák. Az Európai Unióhoz való csatlakozással a költséghatékonyság elemzése kötelező eleme lett a döntéshozatalnak a gyógyszerfinanszírozásban. A költséghatékonysági elemzés terjedésének okaiként a következőket nevezte meg: Az elmúlt években az egészségügyi technológiák egyre gyorsabban fejlődtek, ugyanakkor a hatékonyságuk mellett egyre drágábbak is lettek, ami kihívást jelent a finanszírozók számára a tekintetben, hogy a hatalmas kiadásokat hogyan finanszírozzák. Általánosabb okként lehet megjelölni, hogy az egész orvostudományban megfigyelhető az a tendencia, hogy az orvosi döntésekben a tudományos bizonyítékokat egyre jobban figyelembe vegyék, így a finanszírozási döntések megalapozásához is tudományos bizonyítékokra kívánnak támaszkodni. Harmadrészt, a fejlett országokban egyre nagyobb az igény az átláthatóbb döntéshozatalra. Költséghatékonysági számítás során két egészségügyi technológiát hasonlítanak össze: a már meglévő gyógyszert, technológiát mérjük össze az újjal, és elemzik költség és egészségnyereség szempontjából. A költséget nemcsak a technológia és a gyógyszer ára adja; hanem minden, ami a betegséggel kapcsolódik pl. utazás, munkából

<sup>1</sup>Köszönöm Zánócz Anett PhD hallgatónak (BCE Számviteli és Jogi Intézet Számvitel Tanszék), hogy jegyzeteit rendelkezésemre bocsátotta az összefoglaló készítéséhez.

<sup>2</sup>Tőkey Balázs: Az egészségbiztosítási szerződés. ELTE Eötvös Kiadó Kft. Budapest, 2015

kiesés, beleértve az információs ellátás költségeit is. Az egészségnyeréséget életminőséggel korrigált életévekben mérik. A két alternatíva összehasonlításával, a költség és egészségnyeréség különbségek arányaként kapható meg a költséghatékonysági arányszám, amely megmutatja, hogy egy tökéletes életév mennyibe kerül az új technológia alkalmazása mellett. Ezután a finanszírozási küszöbérték alapján kell döntést hozni arról, hogy mennyit ér pénzben kifejezve egy tökéletes életév. Ha alacsony, érdemes finanszírozni. Az EU-országok gyakorlata nem egységes, különböző módszerek vannak, és sok országban nincs explicit finanszírozási küszöb meghatározva (minden arányszámról külön döntenek más szempontok figyelembevételével). Több országban, köztük Magyarországon is, van explicit finanszírozási küszöb. Egy életév értéke egy széles sávban, 10.000-100.000 EUR között mozog. A sáv azért széles, mert a különböző országok eltérő értéket csatolnak az életévekhez, másrészt több ország is van, amely különböző küszöbértéket alkalmaz. Praktikusan a kevésbé súlyos betegségekhez alacsony finanszírozási küszöb társul, a súlyos betegséghez magasabb finanszírozási küszöb tartozik. Magyarországon a finanszírozási küszöb nagysága az elérhető egészségnyeréség nagyságától függ, és az egy főre jutó GDP 1,5 és 3,0 százaléka között változik, minél nagyobb az egészségnyeréség, annál magasabb a küszöb.

### Az egészségnyeréséget életminőséggel korrigált életévekben mérik.

Domak Gabriellához fordulva a moderátor a hallottak alapján arra volt kíváncsi, hogy egy üzleti biztosító működésében hogyan jelenik meg az egészségnyeréség és a hatékonyság elve. Az elnök-vezérigazgató asszony válaszával azzal kezdte, hogy a biztosítónál a hatékonyság forintban mérhető; ha hatékony a működés, kevesebbet kell kifizetni biztosítóként. Fontosnak tartotta, hogy először magáról az egészségbiztosításról beszéljünk. Alapvetően két típust különböztetünk meg: összegbiztosítást és kárbiztosítást. Összebiztosításnál az előre meghatározott biztosítási összeg kerül kifizetésre a biztosítási esemény bekövetkezése esetén. Az egészségbiztosítások legnagyobb szegmensét azonban a kárbiztosításnak minősülő szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítások adják, ahol egy előre meghatározott biztosítási díjért cserébe a biztosító megszervezi és finanszírozza a magánorvosi ellátást, a szolgáltatókhoz küldi az ügyfelet. Ez jelenleg egy 27-28 milliárdos piac, amely valójában az egész piacot nézve egy kis szelet (a teljes biztosítási piac kb. 1300 milliárd Ft), és bár növekszik, de 2019-ben lelassult a növekedése, amikor megszűnt a munkáltatók által adható kockázati biztosítások adómentessége. Az egészségbiztosítást továbbra is fizetik a vállalatok munkavállalóiknak leginkább a lojalitási program részeként. Domak Gabriella kiemelte: ha az egészségbiztosítási piacról beszélünk, akkor jelenleg még főként vállalati piacként lehet rá tekinteni. Vállalatok a szerződő felek, és ők a munkavállalóknak adják ezt juttatásként. Az egyéni biztosítások száma még csekély. A munkáltató szempontjából a prevenció a lényeges, és ezzel lehet visszacsatolni a hatékonyság kérdéséhez. A vállalatok egyre hatékonyabban igyekeznek működni. A lakossági szektor is egyre többet költ arra, hogy egészséges maradjon, egészségesebben éljen. Állami oldalról nézve, a GDP növekedéséhez képest gyorsabban nő az egészségügyre elköltött pénzmenyiség.

Tehát az állam, a vállalatok, a lakosság is egyre többet költenek egészségügyi célokra. Álláspontja szerint, ami hiányzik a rendszerből, az a betegútmenedzsment, hogy a legjobb és a leggyorsabb ellátást kapja a beteg. Ehhez szükséges lenne az állami és magánegészségügy összehangolása is. Ebben a biztosítók szerepe kiemelt lehetne, hiszen ők tudják biztosítani a megfelelő kontrollt mind a hatékonyság, mind a minőség szempontjából. Az Union Biztosító saját ellátásszervezővel van jelen a piacon, ami biztosítja, hogy a szükséges ellátásokat a lehető leghatékonyabb módon megszervezze, azaz a lehető leggyorsabban juttassa el a pácienseket a megfelelő minőséget nyújtó egészségügyi szolgáltatókhoz. Domak Gabriella úgy foglalt állást, hogy a leghatékonyabb megközelítés az, ha a biztosítói, a szolgáltató szektori és a szervezői szerep egy kézben összpontosul.

### A jogalkotónak kellene döntenie, hogy milyen szerepet szán a magánegészségbiztosítóknak.

Tőkey Balázs felé pedig az volt az első kérdés, hogy hogyan látja a magánegészségbiztosítási piac hazai helyzetét a jogi kereteket, feltételeket illetően, különös tekintettel az egészségnyeréség és a hatékonyság kérdéseire. Álláspontja szerint jelenleg nem nagyon van lehetőség arra, hogy a biztosítók olyan – egyébként külföldön már elérhető – egészségbiztosítási termékeket nyújtsanak, amelyek hatékonyan tudnak részt venni az egészségnyeréség biztosításában. Pozitív, ha valakinek van magánbiztosítása, mert ezekben általában van szűrővizsgálat, és ha már csak a kötelező szűrővizsgálatokon részt vesz az ember, akkor azzal akár évtizedeket lehet nyerni. Rámutatott arra, hogy a biztosítók a szabályozási környezetből fakadóan nem tudnak olyan szolgáltatásokat nyújtani, amelyek a valós életviszonyokhoz igazodnának. Egyrészt jellemzően 70 év felett nem lehet már biztosítást kötni, és hosszú kórházi ellátást nem finanszíroznak a biztosítók. Másrészt nem tudnak terméket fejleszteni, mert nincs adatuk. Továbbá nem tudnak olyan terméket nyújtani, amely szélesebb körű ellátást nyújtana, mert ha ez sikerülne is, az olyan magas költség mellett lenne csak lehetséges, amelyre már nem lenne kereslet. Leginkább úgy látja, hogy a jogalkotónak kellene döntenie, hogy milyen szerepet szán a magánegészségbiztosítóknak. Az a jelenlegi hozzáállás, amely az állami szektor és magánszektor szétválasztására irányul, hatékonyság szempontjából vitatható. Ha az állami intézményekben is igénybe lehetne venni magánszolgáltatásokat, az csökkenthetné a ki nem használt kapacitásokat, többletbevételhez juttathatná az állami szolgáltatókat. Ráadásul egyes szolgáltatásokat csak az állami szektor tud biztosítani, még akkor is, ha annak igénybevétele magánfinanszírozásból történik. Hatékonysági probléma áll elő abból a szempontból is az állami és a magánellátás szétválasztásából, hogy bizonyos ellátások magánszolgáltatón keresztül igénybevétele lényegesen kockázatosabb annál, mintha a szolgáltatást állami intézménynél vennék igénybe: a magánintézmény nem tud olyan háttérrel biztosítani, mint egy állami szolgáltató, például nincs olyan szintű intenzív terápiás ellátás, mert nagyon költséges lenne. Tőkey Balázs érvelése szerint tehát a két szektor szigorú elválasztása nem jó irány. Utalt még egy vonatkozásra: amíg nem volt szigorúan tiltott, a hálapénz jelentős

szerepet töltött be az állami ellátásban, és olcsóbb volt hálapénzzel megszerezni az egyes többlétszolgáltatásokat a magánszolgáltatás igénybevételéhez képest. Ennek a kapunak a bezárása növelheti a keresletet a magánszolgáltatások iránt.

Domak Gabriella reflektálva arra, hogy miért ilyen típusú szolgáltatásfinanszírozási biztosítások elérhetőek, a következőket fejtette ki. A magánegészségügyi szektor alapvetően két dimenzióban értékelhető: Budapest és vidék, illetve a járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátás. A magánszektor inkább a budapesti járóbeteg-ellátásra fókuszál, a vidéki járóbeteg-ellátásra kevésbé, a biztosítási szolgáltatások is annak függvényében elérhetőek, hogy van-e az adott vidéken szolgáltató, akivel szerződni lehetne. A fekvőbeteg-ellátás iránt alacsony a kereslet, tekintettel annak magas költségére, bár tény, hogy növekszik az igény erre az ellátási formára is. Lesznek olyan ellátások, amelyek sohasem lesznek elérhetőek a magánszektorban: például csecsemő intenzív terápiás ellátás. Lát ugyanakkor egy olyan tendenciát, hogy a magánszolgáltatói szektorban elindultak Budapesten a fekvőbeteg-ellátás irányába is, és a magánegészségügyi járóbeteg-ellátás is egyre inkább széles körben terjed vidéken is. Az életkorhatár kapcsán azt emelte ki, hogy mivel a biztosítást váratlan eseményre kötjük, ezért nem kötnek a biztosítók egészségbiztosítást a 70 év felettiekre. Itt megoldás lehet a hosszú távú egészségbiztosítások elterjedése, melyet sok évre, praktikusán egész élettartamra köthetően, fiatalabb kortól fizetnek az ügyfelek, így idősebb korban is hozzájuthatnak a szolgáltatáshoz. Ehhez is szükséges lenne a jogszabályi változtatás az állami és magánszektor összehangolása mellett. Jelenleg mindenképpen a vállalati egészségbiztosítások bővülésének ösztönzése lenne a leggyorsabb és minden szereplő számára a leghasznosabb megoldás. Ezekben a biztosításokban hangsúlyosabban megjelenhet a prevenció is, amely így indirekt módon is tehermentesítheti az állami ellátórendszerrel, nem csak direkt módon bővítheti a szolgáltatói kapacitásokat.

## Jelenleg a vállalati egészségbiztosítások bővülésének ösztönzése lenne minden szereplő számára a leghasznosabb megoldás.

Ez utóbbi gondolat kapcsán rövid diskurzus indult. Tókey Balázs visszakérdezett, hogy a vállalat akkor ne fizessen egészségbiztosítási járulékot, hogy a magánszektorba mehessenek a munkavállalói? Domak Gabriella válaszában kifejtette, hogy elképzelhetőnek tartja, hogy egy részét ne fizesse, és hosszú távon lehetne akár teljeskörűsége is törekedni. Tókey Balázs szerint, ha ez utóbbi esetre gondolunk, akkor a magánszektorban viszont minden ellátást biztosítani kellene, amit nem tud, lásd például a daganatos betegek ellátása. Domak Gabriella szerint sok részletkérdés van, de el lehetne indulni valamilyen irányba, például úgy, hogy a vállalatok nagyobb arányban fizetnének egészségbiztosítást az alkalmazottjaik számára, de valóban, teljeskörűséget nem tud biztosítani a magánszektor sem az ellátások körét érintően, sem az ország területi lefedettségét érintően.

Tókey Balázs még hozott egy példát az olyan jogszabályi akadályokra, amelyek a biztosítókat a megfelelő biztosítási termék kifejlesztésében gátolják. Ilyenek például a meddősegi ellátások.

Lenne rá kereslet, de a biztosító nem tudja nyújtani, hiszen a Ptk. alapján a kikötött várakozási idő legfeljebb 6 hónap lehet, amely kógens szabály. Melyik az a biztosító, aki 6 hónapos várakozási idő mellett ilyen szolgáltatást nyújtana? Legalább 2-3 éves várakozási idő lenne indokolt ilyen szolgáltatás esetén.

A moderátor ezt követően kiemelte, hogy a beszélgetés is megmutatta, sok alapkérdés nincs tisztázva a jogalkotó részéről, és ameddig ez nem történik meg, addig sajnos csak ilyen feltételek mellett lehet az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe venni.

Brodsky Valentin a korábban említett szűrővizsgálatok kapcsán kitért arra, hogy szakmai, módszertani szempontból milyen nehézségek merülnek fel ezen a területen. Könnyen gondolhatjuk, hogy a szűrővizsgálatok költséghatékonyak, mert olcsók, és nem okoznak kárt. De figyelembe kell venni, hogy előfordulhat: egy pozitív eset megtalálásához nagy mennyiségű szűrést kell elvégezni, és a költségek túllépik a megtakarítást. Az egészségnyereség sem mindig pozitív. Például prosztataraűrés során, ha nem megfelelően választjuk meg a szűrt korcsoportot, sok esetben olyanokat is betegnek mond a teszt, akiknek nincs rájuk, így előfordulhat, hogy olyanokat is megműtenek, akiket nem kellett volna. Tehát a szűrések esetében is gondosan mérlegelni kell a költséghatékonyaságot.

Domak Gabriella szeretett volna még visszatérni ahhoz a kérdéshez, hogy a termékfejlesztéshez mennyire van adatuk a magánbiztosítóknak. Egyrészt az ellátásszervezőkön keresztül lehet információt gyűjteni, és a betegútmenedzsmenthez kapcsolódóan is egyre nagyobb adatgyűjtés valósul meg. Úgy érvelt, hogy mivel megvan a technológia, fel lehetne építeni egy megfelelő adatalapú menedzsmentet. Tókey Balázs arra volt kíváncsi, hogy a járóbetegekről érkeznek-e csak adatok. Domak Gabriella igen válaszáat követően arra utalt, hogy megoldható lenne, hogy ne csak a járóbetegekről érkezzenek adatok, és így össze lehetne kötni a rendszereiket.

A moderátor végül a hallgatóságának biztosított lehetőséget a kérdésekre. Egy valaki jelentkezett hozzászólásra az állami és a magánellátás elválasztásának témáját érintően. Egy konkrét megtörtént esetet ismerttetett. Egyik ismerőse egy műtétet magánúton végeztetett el, a szövődmény azonban beavatkozást igényelt vasárnap. Mivel a magánellátás ekkor nem volt elérhető, így állami kórházba ment. Onnan azonban elküldték azzal, hogy folytassa a magánszektorban a kezelését. Az ellátás visszautasítása az egészségét károsította. A kérdése az volt, hogy a két rendszer közötti átjárás hogyan biztosítható? Domak Gabriella elmondta, hogy van sürgősségi ellátás a magánszektorban is, nagyobb kereslet esetén ez bővíthető lenne. Tókey Balázs válaszában utalt rá, hogy az állami és magánellátás elválasztásáról a mostani kormány döntött, de nem a beteg oldaláról, hanem az ellátó oldaláról. A beteg oldaláról ennek nem szabadna megjelennie. Úgy vélte, hogy mivel az illető a magánellátás igénybevételétől függetlenül fizette a társadalombiztosítási járulékot, ezért a társadalombiztosítási ellátási jogosultsága továbbra is megvolt, az állami kórháznak ugyanúgy el kellett volna látni őt, mint azt a beteget, aki korábban nem vett igénybe magánellátást. És bár nem ismeri az eset minden körülményét, de felmerül a lehetőség, hogy nem jogszerűen járt el az állami intézmény ebben az esetben.