

Bevezetés az egészségügy gazdaságtanába



Merész Gergő
Egészség-gazdaságtani elemző
Semmelweis Egyetem
Egészségügyi Menedzserképző Központ

Mióta jelent **igazán** gondot az egészségügy finanszírozása?

A Magyarországon, közvetlen egészségügyi céllal
elkötött források összege (2015):

2373 milliárd Ft (~8.49 milliárd USD)

- Összehasonlítási alap:
 - OTP Bank Nyrt éves árbevételének duplája (2015. évi bevétel: 1'160 MRD Ft)
 - Ruanda 2015. évi GDP-je (~10.5 milliárd USD, 11 millió fő)
 - Donald J. Trump elnöki kampányköltségvetésének 21 szerese

3

Magyarországon az egészségügyi szektorban
dolgozók száma (2014):

~120.000 fő

- Összehasonlítási alap:
 - Tesco Global Áruházak Zrt. (~18.000 fő)
 - Magyar Honvédség (~25.000 fő)
 - Nyíregyháza lakossága (~118.000 fő)

4

Gazdaságtudományok az egészségügyben

- Egy egészségügyi rendszer fenntartása erőforrásokat vesz igénybe, mely lehet
 - Pénz
 - Idő
 - Emberi erőforrás
 - Eszköz vagy egyéb természeti erőforrás
- Ezeket az erőforrásokat más célok (vagy ugyanazon cél más módon történő) megvalósítására is fel lehet használni, ezért „gazdálkodni” szükséges velük

http://www.who.int/immunization/research/implementation/health_economics/en/

5

OK!
**De ki mondta, hogy támogassuk
közösségi erőforrásokkal az
egészségügyet?**

...a társadalom, természetesen

A társadalom preferenciái az egészséget illetően

- „Spending on health to extend life allows individuals to purchase additional periods of utility. The **marginal utility** of life extension **does not decline**. As a result, the optimal composition of total spending shifts toward health, and **the health share grows along with income.**”

THE VALUE OF LIFE AND THE RISE IN
HEALTH SPENDING*

ROBERT E. HALL AND CHARLES I. JONES

Hall RE, Jones CI. The Value of Life and the Rise in Health Spending. 2004 National Bureau of Economic Research Working Paper Series, No 10737.
Available from: <http://qje.oxfordjournals.org/content/122/1/39.short>

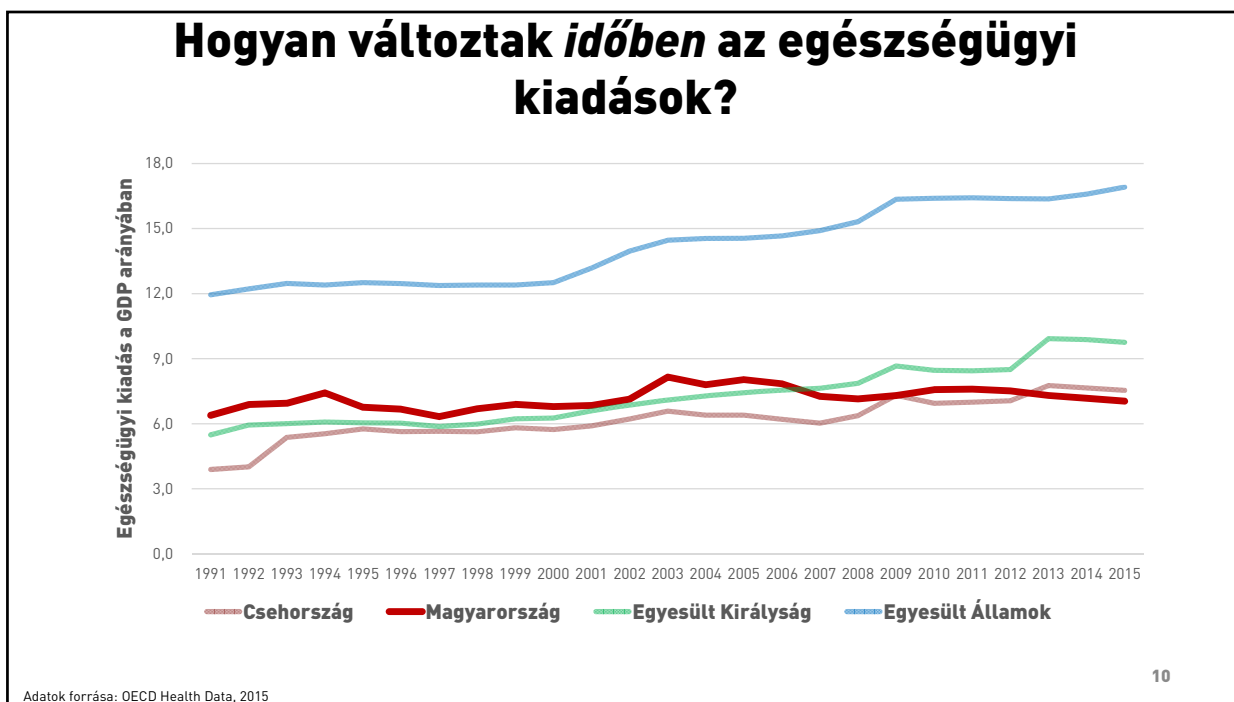
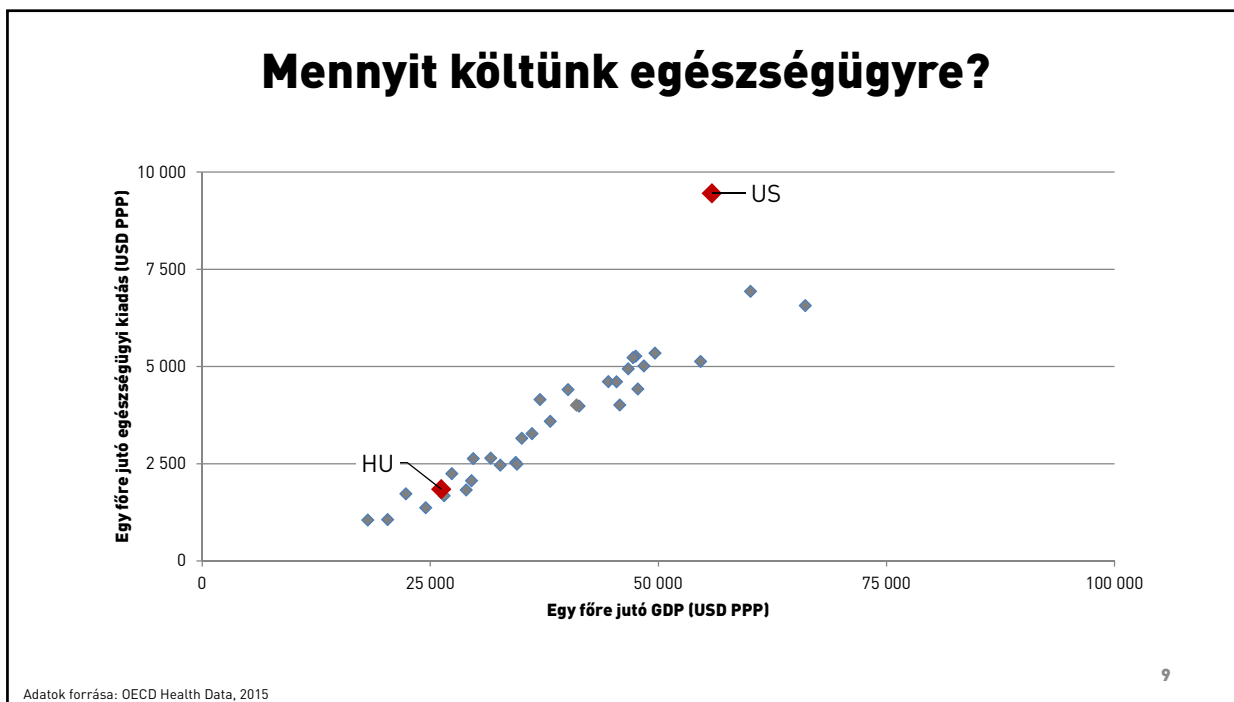
7

A társadalom preferenciái az egészséget illetően

- Az egészségügy volt az egyetlen olyan policy, amely esetében az idő során **stabilan, statisztikailag szignifikáns pozitív korreláció** volt megfigyelhető a probléma súlyosságának megítélése és a kiadási hajlandóság között (térben is – US, UK)
- A társadalom világos, és egyértelműen kinyilvánított preferenciákkal rendelkezik az egészségüggyel kapcsolatban

Will Jennings, Christopher Wlezien: Measuring Public Preferences for Policy: On the Limits of 'Most Important Problem' . Available at:
<http://www.sociology.ox.ac.uk/materials/documents/epop/papers/Jennings%20and%20Wlezien%20MIP%20and%20Preferences%20for%20EPOP.pdf>

8



Mik a közgazdaságtan válaszai?

- Az egészségügyre rendelkezésre álló erőforrások szűkösek (értsd: nem lehet minden létező igényt kielégíteni a rendelkezésre álló erőforrásokból)
 - Valamiféle optimum felé kellene haladni
- Az erőforrások hatékony elosztását a piac lenne képes kezelni
 - Ok, de mi a piac, és mit tekintek hatékonynak?

11

A szűkös erőforrások elosztásához szükséges rendezőelvek



Source: Boston Public Library, Print Department

Kormány / hadsereg?

Piac?

Sorsolás?

Érdemesség?

Rászorultság?

12

Mi a piac?

„Vevők és eladók kölcsönhatásának mechanizmusa”

„A piacot olyan mechanizmusként kell elképzelni, amely lehetővé teszi, hogy a vásárlók és eladók meghatározzák az árat, a termékek és szolgáltatások pedig gazdát cseréljenek.”

„A piacgazdaság olyan finoman csiszolt mechanizmus, amely összehangolja az embereket, tevékenységeket és a vállalkozásokat az árak és piacok rendszere révén.”

Adam Smith: *A nemzetek gazdasága* (1776)

- „a láthatatlan kéz”
- minden egyén önösen saját céljait követi, cselekvéseik azonban mégis a közjót szolgálják

13

Hatékonyságfogalmak

Az egészség-gazdaságtanban 3 hatékonyságfogalmat alkalmaznak gyakran:

- 1. Technikai** hatékonyság: adott eredmény a lehető legkisebb ráfordítással érhető el, egy bizonyos forrásból (vagy adott erőforrás esetén a lehető „legtöbb” eredmény elérése)
 - Az erőforrások és a kimenetel közötti *fizikai* kapcsolatra reflektál
 - Példa: generikus és originális gyógyszerek

14

Storytime!

- VIAGRA® (sildenafil) **25103 Ft** ← **Originális szer**
 - Sildenafil Sandoz: **9900 Ft**
 - Sildenafil Pfizer: **12237 Ft**
 - Sildenafil TEVA: **9590 Ft**
- Tök ugyanaz,
csak a csomag más**
Generikusok
-

Házipatika gyógyszerkeresőben szereplő árak 8x kiszerelésre, 100mg-os hatásereőségű filmtablettára, 2017. június 16.

15

Hatékonyságfogalmak

Az egészség-gazdaságtanban 3 hatékonyságfogalmat alkalmaznak gyakran:

2. Termelési hatékonyság (~költséghatékonyság): egységnyi (vagy több) egészségnyereség többféle (vagy kevesebb) erőforrás optimális, minimalizált kombinációjával érhető el

- Nincs tekintettel az erőforrások magasabb szintű átcsoportosításra
- Példa: diabétesz kezelésére bariátriai műtét, vagy inzulin?

16

Storytime!

Selincro (nalmefene)
 Champix (varenicline)
 Priligy (dapoxetine)



17

Hatékonyságfogalmak

Az egészség-gazdaságtanban 3 hatékonyságfogalmat alkalmaznak gyakran:

- 3. Allokatív** hatékonyság (~rendszerszintű hatékonyság): az erőforrások melyik kombinációval valósítható meg a legnagyobb eredmény az egész közösség szintjén?
- Az az erőforrás-felhasználási minta, amitől eltérő már csak a közösség egy tagjának csökkent jólétével érhető el
 - Példa: költségvetés tervezése: környezetvédelem vagy egészségügy?

18

Storytime!

- Kórházi kezelés
 - Egészségügyi funkció
 - A beteg gyógyítása
 - DE: költséges infrastruktúra (kórház fenntartása)
 - Szociális funkció
 - A beteg megőrzése, gondozása
 - DE: szűkebb „szolgáltatási csomag”
- Rendezzük át az ellátórendszert és az erőforrásokat...
 - Kevesebb kórházi ágy vagy kórház?
 - Több és jobb szociális ellátóintézmény?
- Eredmény: ld. 2007-es egészségügyi intézkedések

19

A piacok elméletben ezeknek a hatékonyságoknak az optimumát célozzák

Ám az optimum csak akkor érhető el, ha a piac megfelel egy sor szabálynak, vagyis „tökéletes”

A tökéletes piac feltételei

- A piaci szereplők racionális, önérdékkövető magatartása (pl. profitmaximalizálás)
- Egyetlen piaci szereplőnek sincs hatalmában az ár megállapítása
- Nincs külső beavatkozás
- Nincsenek externáliák
- Egyenlő hozzáférés a termék/szolgáltatás előállításához
- Tökéletes informáltság
- Homogén jószág
- Sok, egymástól független vevő és eladó van a piacon
- A belépés és kilépés a piacra/piacról akadálytalan
- Az ár informatív a termékre/szolgáltatásra vonatkozóan
 - magában foglalja a tranzakcióval kapcsolatos összes kiadást és hasznot (nincs külön tranzakciós költség)

21

Amikor a „láthatatlan kéz” nem működik jól: *piackudarcok*

- A *piac* jellegéből fakadóan
 - Tökéletlen verseny: Monopóliumok és monopszonikus piac
 - Magas piacra jutási / kilépési költség
- A *javak* jellegéből fakadóan
 - Külső hatások (~ externáliák)
 - Közjavak (fogyasztásukból senkit nem lehet kizárni)
 - Érdemes javak (fogyasztani kellene, mégsem teszik)
- A *csere* jellegéből fakadóan
 - Korlátozott racionalitás (érzelmi alapú döntések)
 - Nincs rivalizálás a fogyasztásban, azaz egy ember fogyasztása nem csökkenti a mások rendelkezésére álló mennyiséget

22

Méltányosság

- Egy piacgazdaságban a jövedelmek és a fogyasztás egyenlőtlenségének elfogadhatatlanul magas szintjei alakulhatnak ki
 - A jövedelem eloszlása nem feltétlen méltányos, ám ez nem jelent kudarcot
- A méltányosság szempontját az állam a beavatkozásain keresztül érvényesíti
 - Ennek lehetnek fiskális vagy monetáris eszközei
 - Redisztribúció
 - Progresszív adózás, transzferek

23

Kereslet és kínálat egyensúlya

„Piaci egyensúly azon az áron alakul ki, amely mellett a keresett mennyiség megegyezik a kínált mennyiséggel.”

- Ez a *piactisztító ár*
- A vásárlók és az eladók is elégedettek, csak a szükséges mennyiséget termelik



„Az összes ráfordítás és kibocsátás egyensúlyi árának és mennyiségének meghatározásával a piac elosztja vagy adagolja a társadalom szűkös erőforrásait és javait a lehetséges felhasználási módok között.”

24

A piac működési mechanizmusának következményei

- A piacról kiszorulnak azok a termelők, akiknek csak *az egyensúlyi árnál magasabb áron* éri meg eladni a termékeiket
- Nem jutnak hozzá a termékhez azok a potenciális vásárlók, akik csak *az egyensúlyi árnál kisebb árat* hajlandók, illetve tudnak megfizetni a termékért
- A piac **nem** méltányos

25

Az egészségügyi szektor közgazdaságtani sajátosságai

Származtatott kereslet

A fogyasztó az egészségnek, illetve az egészségi állapot javulásának tulajdonít hasznosságot, azonban **a piacon nem az „egészség” jelenik meg**, mint a csere tárgya, hanem az egészségügyi ellátás/szolgáltatás.

27

Bizonytalanság

- Az egészségügyi ellátás iránti **kereslet nehezen jelezhető előre**
 - Járványok?
 - Jövőre megtaláljuk a daganatok ellenszerét?
 - Gazdaság kilengései
- Az egyén maga is bizonytalan, hogy a jövőben mikor és milyen egészségügyi ellátásra lesz szüksége
 - Az egészségemre több tényezővel tudok hatni
- A jövőbeli kockázat kezelésének, megosztásának lehetősége a *biztosítás*

28

Externáliák

- Az externália olyan külső hatás, amely abból ered, hogy egyes piaci szereplők tevékenysége negatív vagy pozitív hatással van más szereplőkre anélkül, hogy kontrollálni tudnák ezt a hatást.
- „Egészségügyi” externáliák
 - fertőző betegségek megelőzése (pl. védőoltás)
 - egészséges életmód terjedése

29

Információs asszimetria

- Az orvos képviseleti / ügynöki szerepe:
 - Az orvosnak több információja van a szükséges ellátásról, ezért a legtöbbször dönt/választ a páciens helyett.
- Szolgáltató által indukált kereslet (SID)
 - A szolgáltató „ügynöki” szerepe révén hatással lehet a kereslet mértékére, jellegére.
- A beteg kiszolgáltatottsága
 - A fogyasztó szuverenitása a fentiek miatt sérül.

30

Monopóliumok és árak

Monopolhelyzet, céhszerű szerveződés

- A kínálati oldalon kialakuló szerveződések:
 - Méretgazdaságossági okok miatt
 - A korszerű technológia miatti nagy beruházási költségek miatt
- Az ellátás minőségének védelme érdekében kamarák szerveződnek, irányelvek, protokollok születnek.

Költségek emelkedése

- Összetételhatás (technológiai fejlődés)
- Volumenhatás (öregedő társadalom)
- Árhatalás (infláció+kereslet növekedés)

31

Szolgáltatások általános jellemzői

- Megfoghatatlanság
 - (pl. CBT depresszióban)
- Tárolhatatlanság
 - (pl. vakbélműtét)
- Elválaszthatatlanság
 - (pl. HBCs)
- Komplexitás, sokféleség
 - (pl. emlődaganat genetikai terápiái)
- Nehezen helyettesíthetőség
 - (pl. személyre szabott technológiák)

32

Mit tegyünk az egészségügy piacának működtetéséhez?

Biztosítások

Biztosítások

Mi szükséges egy piaci biztosító hatékony működéséhez?

1. Nagy számú eset (kockázatközösség)
2. Egymástól független, *valószínűségi* esetek
3. Tapasztalati adatok a bekövetkezés valószínűségének megítéléséhez

...és amikor az egész mégsem működik

- Morális kockázat (*moral hazard*)
- Káros szelekció és lefölözés

Morális kockázat

Több szereplőnél jelenik meg a morális kockázat az egészségbiztosításban.

- A biztosított nem érzi közvetlenül az ellátással kapcsolatos költségek terhét, ezért **kevésbé jellemzi magatartását a takarékoság.**
- A szolgáltató nem feltétlenül érdekelt a költségtudatosságban, ezért **nem bánik mindig felelősen a finanszírozó pénzeszközeivel.**
- A finanszírozó **elsősorban a pénzügyi céljai teljesítésében érdekelt,** és felelőssége közvetett az egészségügyi ellátások biztosításában.

35

Káros szelekció

Az átlagosnál alacsonyabb kockázati szintű egyének a közösségi díjszabáson alapuló biztosítási **díjat magasnak érzékelik, így** nem kötnének egészségbiztosítást, vagy **kilépnének**

1. A biztosító növeli a díjat (kevesebb ügyfél is fedezze a költségeket)
2. Még többen lépnek ki (újra elindul a folyamat)
3. A legnagyobb kockázatú egyének maradnak (és többet fizetnek)

36

Kockázati szelekció (lefölözés)

Szabadpiaci környezetben **az üzleti biztosítók arra törekedhetnek**, hogy ügyfélkörüket **csak az alacsony kockázatú** egyének alkossák. Ezért előfordulhat, hogy

- Bizonyos **magas költségű szolgáltatások kizárnak** a termékkörből
- **Alacsony kockázatúak számára** vonzó szolgáltatási csomagot alakítanak ki

Erre (lehet) megoldás a **társadalombiztosítás**

37

...de mit kapunk cserébe?

Az egészségügyi rendszer szerepe egy populáció
egészségi állapotában

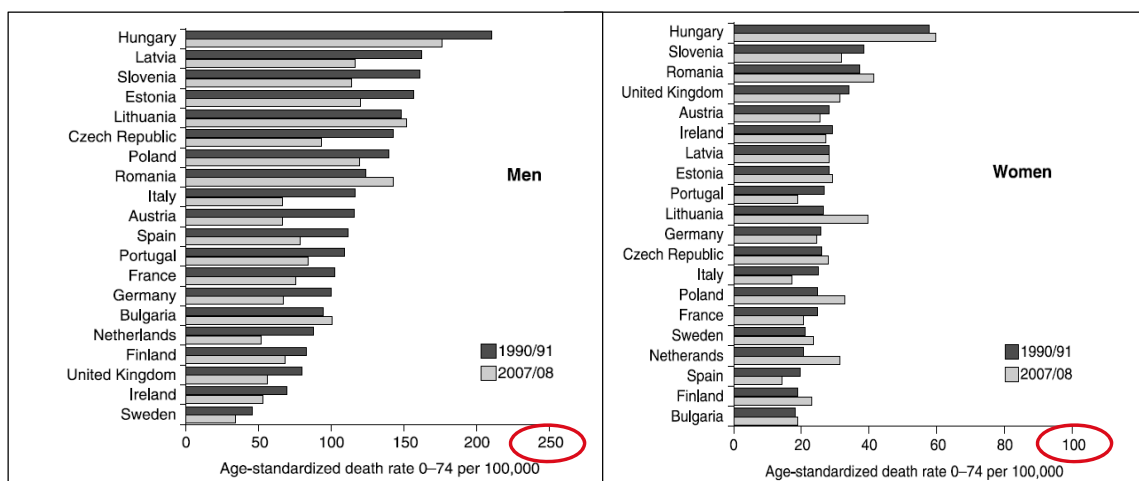
A populációs egészség meghatározói

- A szakirodalomban jellemzően 5 determinánst különítenek el:
 1. Genetika 20-30%
 2. Egészségmagatartás 30-50%
 3. Szociális körülmények 15-40%
 4. Környezeti és fizikai behatások 3-20%
 5. Egészségügyi szolgáltatások 10-20%
- Ezek „hatását” az egészségi állapotra a mortalitási / morbiditási struktúrában a determinánshoz kapcsolható esetek számában lehet mérni

Laura McGovern, George Miller, Paul Hughes-Cromwick: Health Policy Brief: The Relative Contribution of Multiple Determinants to Health Outcomes. Health Affairs, August 21, 2014

39

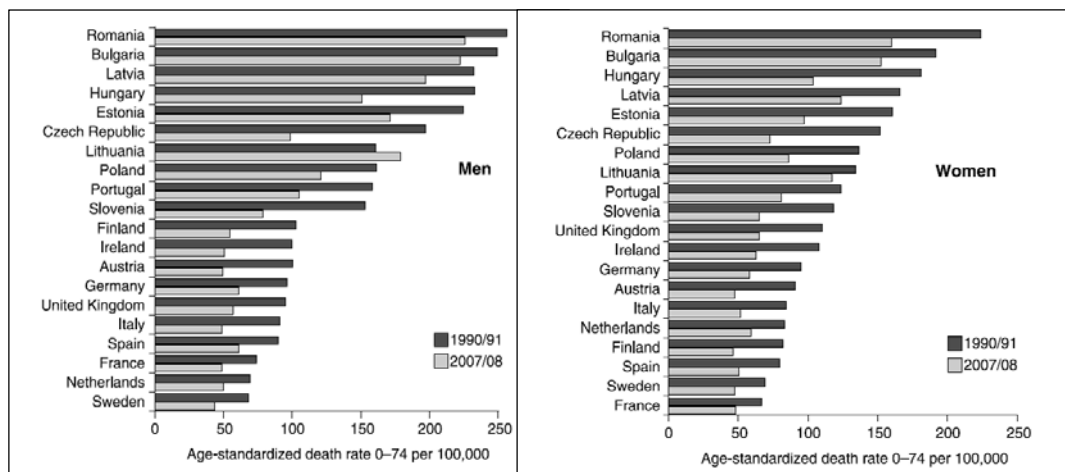
Elkerülhető halálokokból bekövetkező halálozások



40

Forrás: Figueras and McKee, 2012

Kezelhető halálokokból bekövetkező halálozások



Forrás: Figueras and McKee, 2012

41

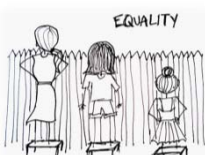
Új kihívások az egészségügy (finanszírozása) előtt

- Egyetlen ütemű innováció / technológiai fejlődés
- A krónikus, nem-fertőző betegségek előfordulásának növekedése
- Növekvő születéskor várható élettartam
- Gyorsabban nőnek a egészségügyre fordított kiadások, mint a gazdasági teljesítőképesség
- Az egészségügyi kiadások egyenetlenül oszlanak meg a lakosság különböző csoportjai között

42

A hazai egészségügy működési környezetének kihívásai #1

- Tény: **Más EU-tagokhoz képest Magyarország gazdasági teljesítménye alacsonyabb.**
 - Emiatt kevesebb erőforrás áll rendelkezésre, amit az egészségügyre költhetnénk
 - A kisebb piacméret miatt rosszabbak az alkupozícióink
 - Miközben ugyanazok az elvárások az egészségügy felé, mint külföldön



<http://4.bp.blogspot.com/-NfecT9dudUc/U6M1ScJShLI/AAAAAAAAAAEo/RncHcA4NSUY/s1600/DSC00453.JPG>

43

A hazai egészségügy működési környezetének kihívásai #2

- Tény: **Ugyanazok a technológiák állnak (elméletben) rendelkezésünkre, mint a többi EU-tagországban.**
 - De az egészségügyi technológiák ára is ugyanolyan, mint a többi EU-tagországban
 - A Közös Piac és a nemzetközi referenciaár-rendszer erősen korlátozza a helyi árcsökkentések lehetőségét
 - Hogyan tudnánk az innovatív technológiák piacra jutását támogatni, miközben elfogadható értéken tartjuk az egészségügyi kiadásainkat?



<http://cdn.business2community.com/wp-content/uploads/2013/12/spinning-plates5.jpg>

44

A hazai egészségügy működési környezetének kihívásai #3

- Tény: **Az egészségügy élőmunkaerő-intenzív ágazat.**
 - A munkaerőköltség minden egészségügyi technológia árának meghatározó komponense
 - Ennél fogva az új technológiákkal elkerült munkaerőköltségek ott lesznek magasak, ahol a munkaerő is drága
 - Magyarországon az EU többi tagjához képest viszonylag olcsó a munkaerő
 - Az új technológiák esetében ezért nehezebb demonstrálni értéküket, hosszú távon ez hozzáférési akadályt jelent

45

Az egészségügy rendszerek kiépülése

Egyáltalán mi az egészségügyi rendszer?

„Az egészségügyi rendszer a társadalom által egy bizonyos populáció egészségügyi **problémáira adott szervezett válasza**” (Frenk, 1997)

- Definíció szerint minden országnak van valamilyen egészségügyi rendszere (mindenhol van legalább egy sáman vagy gyógyító)
- De a sámantól a teljes lefedettséggel rendelkező egészségbiztosítási rendszerig hosszú volt az út

47

Egészségbiztosítási / -finanszírozási rendszerek alapmodelljei

Bismarck-féle

- Németország, 1883
- Cél a **munkaerő** egészségesen tartása, politikai célok (pl. elejét venni a szakszervezetek tevékenységének)
- **járulék-fizetés** a munkabér arányában, ami biztosítottságot keletkeztet
- **a lakosság döntő hányada** biztosított, de köze nem volt a teljes populáció lefedéséhez



Beveridge-féle

- Nagy-Britannia, 1946, William Beveridge szociálpolitikus
- Cél: a társadalom **minden** tagja számára azonos hozzáférést biztosítani az egészségügyi ellátáshoz
- **Adóbevételekből** finanszírozott, amit a teljes populáció fizet
- **állampolgári jogon** jár, a teljes lefedettséget célozta



48

A rendszerek közeledése

- A bismarcki rendszereknél hagyományosan nehéz a kiadások korlátozása (az állam által), az egyenlőség megvalósítása, de több, az igényeknek jobban megfelelő szolgáltatást nyújtanak.
 - A reformok iránya: pénztárak közötti kockázatközösség, a nem biztosítottakról való gondoskodás, finanszírozási korlátozások, hatékonyság fokozása
- A beveridge-i típusú rendszerek jobban uralják a kiadásokat, de a választási lehetőségek korlátozottak, és várakozásra kényszerítettek.
 - A reformok iránya: a merevség enyhül, piaci eljárásokat vezetnek be, várólisták csökkentése.

Érdeklődőknek: Joseph Kutzin: Bismarck vs. Beveridge: is there increasing convergence between health financing systems? OECD, Paris, 2011. <http://www.oecd.org/gov/budgeting/49095378.pdf>

49

Egészségbiztosítás Magyarországon #1

- 1891-ben fogadták el az első betegbiztosítási törvényt (előtte: bányatársaságok társládái, önszegélyező pénztárak)
- A II. világháborúig a bismarcki modellt követte (foglalkozás alapján megkülönböztetett társadalmi csoportok biztosítása)
 - Betegségbiztosítás, majd biztosítás balesetre és halálesetre
- A betegbiztosítás fokozatosan terjedt ki az egyes ágazatokra, de még 1938-ben is csak a népesség 31%-a volt biztosított (1906: 3.3%)
 - A népesség jelentős hányada a mezőgazdaságban dolgozik, őket nehéz követni (ekkor még teljesen egyénileg gazdálkodnak)

Érdeklődőknek: Igazné Prónai Borbála: A kötelező társadalombiztosítás kialakulása, fejlődése Magyarországon. PhD értekezés. PPKE-TDI, Budapest, 2006. <https://btk.ppke.hu/DR/igazne.pdf>

50

Egészségbiztosítás Magyarországon #2

- Az 1930-as években gazdasági válság, majd a II. világháború jelentősen fékezte a biztosítási rendszer kiterjesztését
- 1950-ben összevonták az ágazati biztosítókat, és üzemeltetését az egységesített szakszervezeti apparátusra bízták.
 - SZTK=Szakszervezetek Társadalombiztosítási Központja
- A társadalombiztosítás fokozatos kiterjesztése, állampolgári joggá válása
- 1972-től az egészségügyi ellátás állami feladat: a központi költségvetés finanszírozza
 - 1975. július 1-től az egészségügyi ellátás állampolgári jogon jár (1992-től újra csak a biztosítottaknak)
- 1984-ben az irányítás a szakszervezetektől az államhoz kerül

51

Egészségbiztosítás Magyarországon #3

- 1990-től az egészségügyi ellátás finanszírozása ismét a társadalombiztosítás részévé válik
- 1993-tól önálló Egészségbiztosítási Alap és Országos Egészségbiztosítási Pénztár
- Kezdetben önkormányzati irányítás, majd ismét állami irányítás
- Kísérletek az egészségbiztosítás átalakítására; külföldiek, tanulók, egyéb szűkebb társadalmi csoportok biztosítási viszonyának rendezése

52

Miből és hogyan finanszírozódnak az egészségügyi rendszerek

A forrásteremtés kérdése az egészségügyben

Egészségbiztosítás folyamatosan aktuális dilemmái

- Egy vagy több biztosító legyen?
 - Egy biztosító: hatékonyabb gazdálkodás, fajlagosan alacsonyabb működési költség?
 - Több biztosító: verseny miatt hatékonyabb működés és nagyobb elégedettség, vagy cherry picking?
- Magán vagy társadalombiztosítás?
 - Alap, kiegészítő, vagy teljes körű a biztosítás egyáltalán?
 - Önkéntes legyen, vagy kötelező biztosítás?
 - Magánbiztosítás = egészségtudatosabb biztosítás, alacsonyabb moral hazard?
 - Társadalombiztosítás = nagyobb fokú szolidaritás?

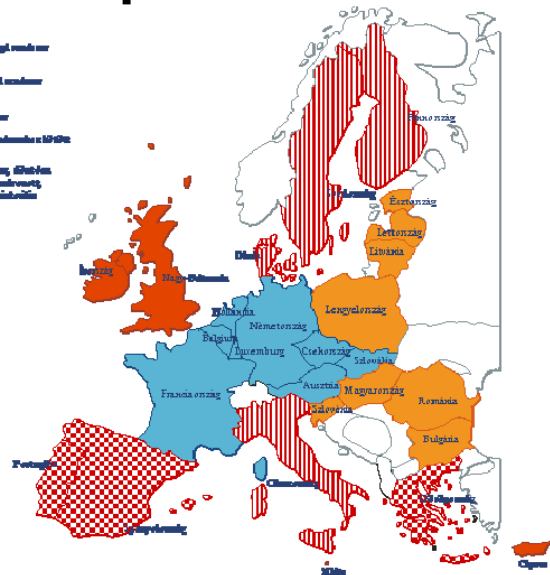
Forrásteremtés, finanszírozás

- A forrásteremtés lehetőségei:
 - Adók (nem kizárólag jövedelemadó),
 - Járulékok (jövedelemhez kapcsolódóan),
 - Az ellátottak közvetlen hozzájárulásai
- A finanszírozás lehet
 - Egycsatornás (finanszírozó entitáson keresztül)
 - Többcsatornás (központi költségvetés, önkormányzati költségvetés, társadalombiztosítás)

55

Egészségügyi rendszer biztosítási jellemzői az Európai Unióban

- Több biztosító egészségügyi rendszer
- Egy biztosító egészségügyi rendszer
- Állami egészségügyi rendszer
- Többféle biztosítási rendszerrel rendelkező köztársasági egészségügyi rendszer
- Vegyes egészségügyi rendszer, állami és magánbiztosítással finanszírozott, de nem azonos finanszírozású



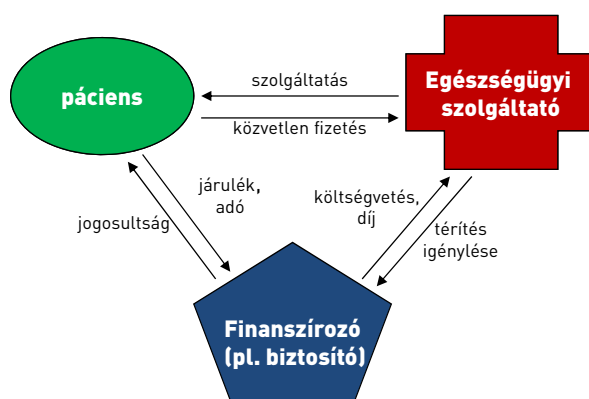
56

A magyar egészségbiztosítás fő vonásai

- Minden aktív keresőre kiterjedő járulékfizetési kötelezettség
- Mind a munkáltató, mind a munkavállaló fizeti a járulékot -> **de: 2012-től a munkáltató adót fizet!!!**
- A nyugdíjasok, munkanélküliek, szociális ellátásban és családi pótlékban részesülők, szociálisan rászorulóknak stb. után központilag történik a járulékfizetés
- A nem rászoruló eltartottak után a családnak kell járulékot fizetni
- A szolidaritás és a méltányosság széles körben érvényesül
- Egy társadalombiztosító (több kisebb magánbiztosító és egészségpénztár), szektor-semleges finanszírozás biztosított

57

A háromszereplős egészségbiztosítási piac sematikus ábrája



58

A társadalombiztosítás jellemzői

- Kötelező a társadalom döntő többségére
- Jövedelemfüggő járulékok egységes vagy változó mértékkel
- Megosztva vagy egységesen fizeti a munkáltató, munkavállaló vagy más szervezet
- Egy alapban vagy többféle alapban kezelik
- Az alaphoz tartozás elrendelt vagy választható
- A járulék megfizetése függhet alsó vagy felső jövedelemhatártól

59

Társadalombiztosítás további jellemzői

- Jogosultság:
 - járulékfizetésen alapul (Németország)
 - állampolgárságon, letelepedésen alapul (Franciaország)
 - a keresők járulékot fizetnek, de
 - járulékot nem fizetők helyett fizet
 - az állam (adókból direkt támogatás vagy szociálpolitika),
 - szülő vagy
 - valamilyen alap (pl. munkanélküli, nyugdíj)
- Lehet önkéntes befizetésekkel is jogosultságot szerezni
 - Csak a természetbeni ellátásokra
- „Potyautas” jelenség

60

Társadalombiztosítási járulék jellemzői

- Kötelezőek és nem rizikófüggők
- Az állami költségvetéstől általában külön kezelik
- Gyűjtheti állam vagy harmadik fél (biztosító)
- Jövedelem százalékában meghatározottak
 - elvileg jövedelemre vetítve egységes a százalékérték, de lehet jövedelemfüggő is
 - országosan egységes mérték: Magyarország, Hollandia
 - biztosító függő: Németország
 - foglalkozás függő: Ausztria

61

Társadalombiztosítási járulék jellemzői

- Mértékét megállapíthatja:
 - jogszabály: Magyarország, Franciaország, Hollandia
 - biztosítók szövetsége: Luxembourg
 - egyes biztosítók külön is: Németország
- Felső és alsó jövedelemhatár megállapított:
 - Ausztria, Németország, Luxembourg
- Általában a munkáltatók és munkavállalók is fizetnek járulékot, ennek belső arányai országonként és időben is változnak

62

Egészségbiztosítási piac Magyarországon

- Üzleti biztosítók
 - Elsősorban készpénz-ellátást adnak betegség esetére
 - Néhány biztosító finanszíroz magán-ellátást
 - Kiegészítő biztosítások
 - Co-payment térítés
 - Minőségi ellátás (pl. külön szoba)
 - Veszélyes sportok?
 - Ápolásbiztosítás?
- Kölcsönös egészségbiztosító-pénztárak
 - Prevenció,
 - Egészséges-életmód, wellness
 - Készpénz-ellátás
- Munkáltatói egészségbiztosítás adómentessége 2012-től!

63

Populációk egészsége

Az egészségügyi rendszer gazdasági-
demográfiai kontextusa

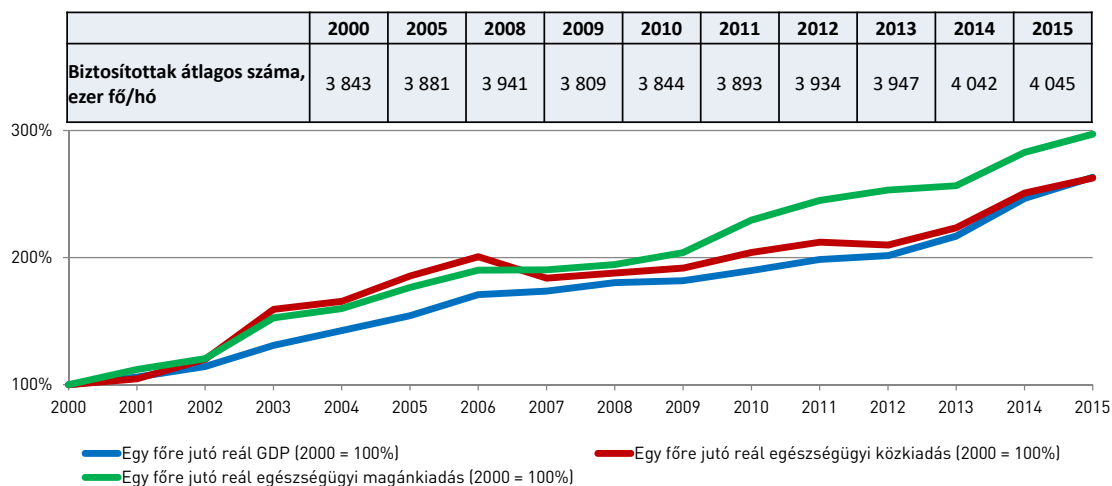
Alapvető megállapítások

- Az egészségügyi rendszer finanszírozásának forrásoldalán – befizetők - 3 entitás áll: munkavállalók, munkaadók, és az államháztartás
 - Ezen entitások „kondíciója” hatással van az egészségügyi rendszer állapotára
- Az igénybevételi oldalon pedig a teljes populáció áll
 - Így tehát a teljes populáció „kondíciója” is visszahat az egészségügyi rendszerre

Szigeti Szabolcs, Evetovits Tamás: Az Egészségbiztosítási Alap bevételi szerkezete. Egészségügyi Gazdasági Szemle 49. évfolyam 4. szám, 2011. október

65

Mit tudunk a munkavállalói és munkaadói oldalról?



OEP évkönyvek 2009-2015 és OECD Health Data alapján

66

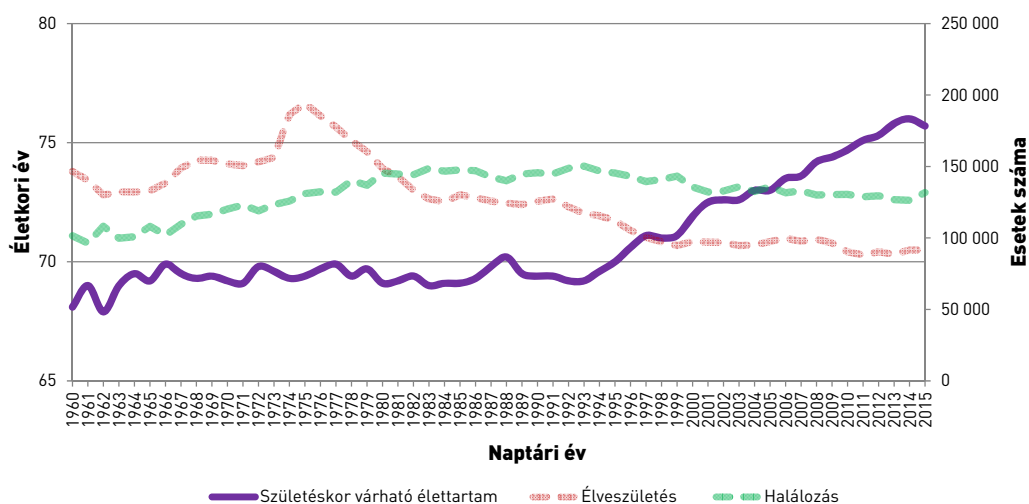
Mit tudunk az államháztartás oldaláról?

	Egészségbiztosítási alap természetbeni és pénzbeli kiadásai (ezer Ft)			
	Törvényi előirányzat	Teljesítés január-december	Különbség (teljesítés - előirányzat)	
2016	1 963 706	2 133 144	169 438	Bérfejlesztés (fedezete megjelenik a bevételi oldalon)
2015	1 910 840	1 955 323	44 483	
2014	1 862 175	1 907 209	23 032	
2013	1 781 275	1 824 769	43 495	
2012	1 721 880	1 776 215	54 335	Bekerült a rokkantság és rehabilitációs ellátás
2011	1 421 313	1 476 113	54 800	
2010	1 370 481	1 429 493	59 012	
2009	1 368 607	1 370 481	1 874	
2008	1 383 330	1 369 619	-13 711	Szufficit
2007	1 355 210	1 307 550	-47 660	Szufficit, kikerülnek az egészségbiztosítási alap által teljesített nyugellátások
2006	1 486 009	1 648 736	162 727	Durva deficit

OEP/NEAK költségvetési beszámolóik alapján, 2006-2015

67

Születések, halálozások, várható élettartam



KSH és Eurostat adatbázisok alapján

68

Az egészségben eltöltött élettartam aránya és az iskolázottság

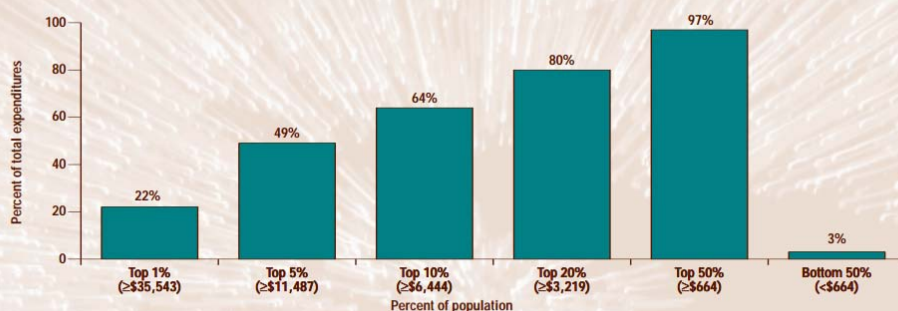
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Egészségben eltöltött élettartam a várható élettartam arányában (nők)	70.3	73.6	74.3	74.3	74.2	74.5	75.1	76.9	76.0	76.5	76.0
Egészségben eltöltött élettartam a várható élettartam arányában (férfiak)	76.0	78.6	79.4	78.3	79.5	79.7	80.9	82.6	81.8	81.5	80.6
	Nők			Férfiak							
	Alapfokú		Középfokú	Felsőfokú		Alapfokú		Középfokú	Felsőfokú		
Születéskor	74.8		80.3	81.5		65.4		73.9	77.1		
30 év	45.7		50.9	52.1		36.5		44.8	48.0		
65 év	17.2		19.0	19.0		11.7		15.9	16.0		
80 év	8.0		8.0	8.0		6.8		6.8	6.8		

Eurostat adatbázis alapján

69

Az egészségügyi kiadások koncentrációja

Chart 1. Percent of total health care expenses incurred by different percentiles of U.S. population: 2002



Source: Conwell LJ, Cohen JW. Characteristics of people with high medical expenses in the U.S. civilian noninstitutionalized population, 2002. Statistical Brief #73. March 2005. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Web site: <http://www.meps.ahrq.gov/PrintProducts/PrintProdLookup.asp?ProductType=StatisticalBrief>. Accessed April 7, 2006.

Note: Figures in parentheses are expenses per person.

70

Költségek strukturálódása az egészségügyben

	eFT	% kat
Bevételek	1 925 391 373	
Járulékokból	1 223 371 623	63.539%
Költségvetésből	564 935 300	29.341%
Egészségbiztosítással kapcsolatos egyéb bevételek	131 565 370	6.833%
Vagyongazdálkodás	13 525	0.001%
Működési célú bevételek	1 896 855	0.099%
Nem azonosított bevétel	3 608 701	0.187%
Kiadások	1 955 323 709	
Egészségbiztosítás pénzbeli ellátásai	563 486 134	28.818%
Természetbeni ellátások	1 369 442 417	70.037%
Egészségbiztosítás egyéb kiadásai	12 997 081	0.665%
Vagyongazdálkodás kiadásai	8 208	0.000%
Működésre fordított kiadások	9 918 169	0.507%
Felmerülési helyre el nem számolt kiadások	-528 300	-0.027%

A természetbeni ellátások kiadásaiból **47.54%** összevont szakellátás, **23.82%** gyógyszer támogatás, **7.82%** alapellátás.

E-Alap 2015. évi költségvetésének pénzforgalmi szemléletű teljesülése. Forrás: http://www.oep.hu/data/cms1010789/E_Alap_2015_december.pdf

71

Mit teszünk az egészségügyi források ésszerű elköltéséért?

Egészségügyi technológiaértékelés

Egészségügyi technológiaértékelés

- Az egészségügyi technológiaértékelés (health technology assessment, HTA) során szisztematikusan megvizsgáljuk az egyes egészségügyi technológiák [klinikai, társadalmi, gazdasági, etikai] tulajdonságait, ellátórendszerre gyakorolt hatását
- Azzal a céllal, hogy az egyes technológiák felőli döntéshozatalt támogassuk
- Használatát megalapozó körülmények:
 - Erőforrások szűkössége ↔ társadalmi elvárások
 - Technológiai fejlődés ↔ ezzel járó költségnövekedés
 - Univerzális egészségbiztosítás ↔ definiálatlan ellátási csomag

<http://www.who.int/health-technology-assessment/en/>

73

Egészségügyi technológiaértékelés komponensei

- A technológiaértékelés domainjei (EUnetHTA alapján):
 - Az egészségügyi probléma és a technológia jelenlegi használatának leírása
 - A technológia bemutatása
 - Biztonságosság értékelése
 - Klinikai határosság értékelése
 - Költségek bemutatása és gazdasági értékelés
 - Etikai értékelése
 - Szervezeti hatások értékelése
 - Társadalmi hatások
 - Jogi értékelés

74

Egészségügyi technológiaértékelés Magyarországon

- A technológiaértékelést a közigazgatásban az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezésügyi Intézet (OGYÉI) Technológiaértékelő Főosztálya gondozza
 - 2004 óta létezik technológiaértékelési iroda, angol mintára
 - Támogatási kérelem részeként beadott technológiaértékelések (akár finanszírozási javaslattétellel is járó) véleményezése
 - DE! A támogatásról való döntés több intézmény osztott kompetenciája (OEP/NEAK-NGM-Miniszterelnökség)
 - 15 fő, egy évben 70 gyógyszer (100 kiszerelésben), 100 GYSE, 6 nagy értékű egészségügyi technológia

75

Egészségügyi technológiaértékelés Európában

- Európa-szerte hasonló külső körülményekre hasonló válaszok születtek: a technológiaértékelés eszköztára beépült a döntéshozatali folyamatba
- Hasonló körülmények, hasonló piacok, még is eltérő folyamatok...?!
- Ennek ellenére is lehetnek különbségek nemzeti szinten
 - Magyarországon hiányzik az újraértékelés és felülvizsgálat rendszerszintű gyakorlata!
 - Elfogadható bizonyítékok: eredményességgel (RWE) versus hatásossággal (klinikai vizsgálat) kapcsolatos eredmények elfogadhatósága

76

Köszönöm a figyelmeteket!

A kérdéseket és a megjegyzéseket mindig várom
meresz@emk.sote.hu