

BAJI PETRA – GULÁCSI LÁSZLÓ

„Beteg önrész” – a lakosság fizetési hajlandósága az egészségügyi szolgáltatásokért

Az ASSPRO CEE 2007 program keretében 2009 nyarán nyolc fókuszcsoporthoz beszélgetést és hét mélyinterjút készítettünk különböző lakossági csoportok, orvosok, valamint az egészségpolitikusok körében, melyek célja a „beteg önrész”-szel kapcsolatos attitűdök feltárása volt. A lakosság és az orvosok véleménye jelentősen különbözött az egészségpolitikusok véleményétől a „beteg önrész” fő céljaival kapcsolatban. Míg a lakosság és az orvosok szerint a „beteg önrész” bevezetésének célja elsősorban a forrásteremtés kellene, hogy legyen, az egészségpolitikusok szerint ennél sokkal fontosabb a „beteg önrész” népszerűsítő hatása: egészségtudatosabb magatartásra ösztönöz és csökkenti az indokolatlan orvoshoz fordulást. Felmérésünk résztvevői egyetértettek abban, hogy a „beteg önrész” önmagában nem alkalmas arra, hogy visszaszorítsa a hálapénzt. Egyetértettek abban is, hogy Magyarországon nagy a kockázata annak, hogy a visszaélések miatt a „beteg önrész” nem éri el kitűzött célját, bármi legyen is az.

Bevezetés

Napjainkban egyre nagyobb hangsúlyt kap a beteg – páciens – által fizetett közvetlen hozzájárulások – a „beteg önrész” – lehetőségeinek kutatása. Bevezetésük, illetve mértékük növelése több országban is politikai viták középpontjában áll.

„Beteg önrész”-nek nevezünk a továbbiakban minden olyan díjat vagy kiadást, melyet a páciens a társadalombiztosítás által részben vagy teljesen fedezett egészségügyi ellátások igénybevételekor (vagy gyógyszer, gyógyászati segédeszköz vásárlásakor) közvetlenül fizet. Vagyis azokat a közvetlen fizetéseket, melyet a lakosság a társadalombiztosítási járulékon vagy egészségbiztosítási szolgáltatási járulékon felül az egészségügyi ellátás alkalmával (vagy egészségügyi termék vásárlásakor) fizet. „Beteg önrész” például a kötelezően előírt térítési díj, napidíj, az extra

szolgáltatásokért (pl. magasabb komfort fokozatú kórházi szoba) fizetett felár. „Beteg önrész” lehet a gyógyszerekért, gyógyászati segédeszközökért fizetett térítési díj is, azonban jelen kutatásban a gyógyszerek kérdésével nem foglalkozunk. Szintén a lakosság egészségügyi kifizetései közé tartoznak a magán egészségügyi szolgáltatásokra költött összegek is, azonban kutatásunkban a társadalombiztosítás által részben vagy egészben fedezett ellátásokra koncentrálnak.

Kutatásunk egy Európai Unió által kezdeményezett projekt része, melyben hat közép- és kelet-európai ország vesz részt, köztük Magyarország.¹ Tárnya a „beteg önrész” (patient payment), azaz a beteg, illetve páciens által az állam vagy a társadalombiztosítás által fedezett egészségügyi ellátások igénybevételekor közvetlenül fizetendő hozzájárulások, díjak hatásainak vizsgálata, valamint a lakosság egészségügyi szolgáltatások iránti fizetési hajlandóságának elemzése.

A kutatás első fázisában a lakosság, egészségügyi dolgozók és egészségpolitikusok véleményét feltáró fókuszcsoporthoz beszélgetések és interjúk készültek a tagországokban. Magyarországon a témában 2009 júliusa és szeptembere között 8 fókuszcsoporthoz beszélgetést, valamint 7 mélyinterjút készítettünk. Írásunk célja e kvalitatív kutatási fázis hazai eredményeinek ismertetése.²

Eredményeink többek között választ adhatnak arra a kérdésre is, hogy mi volt az oka a 2007-ben bevezetett vizitdíj népszerűtlenségének.

1. Módszer

A kvalitatív kutatási módszertant leggyakrabban a szociológiában és a piackutatásban alkalmazzák, de alkalmas társadalmi-politikai programok értékelésére is, ilyen kutatásunk is. A kvalitatív módszertan a kvantitatív módszerekkel szemben jobban alkalmas a célcsoport gondolkodásmódjának, viselkedésének feltárására: míg a kvantitatív elemzések a ki, mikor, hol, mennyit kérdésekre adnak választ, a kvalitatív kutatás alkalmas a miért és hogyan kérdések megválaszolására. Ezen kívül a kvalitatív kutatások jól kiegészítik a kvantitatív kutatásokat, alkalmazhatóak kvantitatív kutatások előkészítésére – például hipotézisek felállítására –, valamint céljuk lehet kvantitatív módszerekkel kapott eredmények magyarázata (lásd bővebben: Krueger, 1994).

Kutatásunkban a lakosság, az orvosok és egészségpolitikusok „beteg önrész”-szel kapcsolatos véleményének feltárására kvalitatív módszereket alkalmaztunk.

Az ASSPRO CEE 2007-es program első kutatási fázisának keretében 2009 júliusa és szeptembere között nyolc fókuszcsoporthoz beszélgetést és

¹ A kutatást az Európai Bizottság 7. Keretprogram keretében finanszírozza, 8. téma: Társadalom-gazdaságtan és humán tudományok, Project ASSPRO CEE 2007 (Grant Agreement no. 217431). A publikáció tartalmáért egyedül a szerzők felelnek, és nem tükrözi a Bizottság álláspontját. Project website: www.assprocee2007.com

² A kutatás eredményeiről rövid összefoglalók találhatóak az alábbi címen: <http://www.assprocee2007.com/publications.html>

MAGYAR VALÓSÁG

hét mélyinterjút készítettünk a lakosság, orvosok valamint az egészségpolitikusok körében.

Öt fókuszcsoportos beszélgetés zajlott a lakosság kiválasztott csoportjaival: városi nyugdíjasok, városban élő, dolgozó személyek, városban élő egyetemisták, városban élő gyermekes családok és falusiak; valamint három különböző ellátási szinten dolgozó orvosokkal – városban praktizáló háziorvosok, városban praktizáló szakorvosok, városi kórház orvosai. A csoportok átlagos létszáma 5-6 fő volt. A beszélgetéseket a kutatócsoport tagja moderálta, átlagos időtartamuk kb. 1,5 óra volt, azonban azokban a csoportokban, ahol egyértelmű volt az elutasító hozzáállás, rövidebbnek bizonyult a beszélgetés.

A beszélgetés során a résztvevők egy kérdőívet is kitöltöttek, a megvitattott kérdésekről.³

A beszélgetésben a következő kérdésekre tértünk ki részletesen:

- Szükség van-e Magyarországon közvetlen egészségügyi hozzájárulásra, azaz „beteg önrész”-re?
- Mi lehet ennek a legfőbb célja?
- Mely ellátásokban lehetne bevezetni?
- Mekkora összegű „beteg önrész”-t tartanak elfogadhatónak a különböző ellátások esetében?
- Milyen plafont, limitet érdemes alkalmazni?
- Mely társadalmi csoportok kaphatnának felmentést a „beteg önrész” fizetése alól?
- Milyen szempontok szerint lehetne értékelni a közvetlen egészségügyi hozzájárulások, illetve térítési díjak rendszerét?
- Van-e a kapcsolat a „beteg önrész” és a hálapénz között?

Ezenkívül hét mélyinterjút készítettünk egészségpolitikusokkal és az egészségügy finanszírozásban részt vevő intézmények tagjaival a fent bemutatott kérdések alapján.

2. Eredmények

Ebben a fejezetben a beszélgetések során leggyakrabban érintett témákat és az ezek kapcsán elhangzott véleményeket emeljük ki. Ezeket két fő kérdés köré csoportosítottuk:

- Miben látja a lakosság valamint az orvosok csoportja a „térítési díjak” értelmét, célját?
- Miért és milyen formában lenne hajlandó a lakosság fizetni az egészségügyi hozzájárulásokért?

Előre kell azonban bocsátani, hogy a magyar lakosság a beszélgetések során a 2007-ben bevezetett, majd egy évvel később eltörölt vizitdíjra asszociál, és ezzel kapcsolatban osztotta meg velünk véleményét, tapasztalatait.

³ A kutatás kérdőíve elérhető az Egészség-gazdaságtani és Technológiaelemzési Kutatócsoport honlapján:
<http://hecon.uni-corvinus.hu/corvinus.php?lng=hu&id=6&subpage=10>

Vélemények a „beteg önrész” céljáról

Az első részben a közvetlen hozzájárulások céljára vonatkozó válaszokat gyűjtöttük össze. A „beteg önrész” célját illetően különböző lehetőségeket tártunk a csoportok elé, a beszélgetések során a résztvevők ezeket vitatták meg. Ilyen lehetséges válasz volt a forrásteremtés, az egészségügyi költségek növekedésének féken tartása, az indokolatlan orvoshoz fordulás megfékezése, valamint a hálapénz kiváltása.

A felesleges igénybevétel kérdésében minden csoportban megoszlottak a vélemények a résztvevők között. A válaszadók egy része szerint a térítési díj bevezetése nem csökkenti az indokolatlan orvoshoz fordulást: „ez a magyarázat nevetséges”, „csak duma volt”. „Ez szerintem demagógia, hogy megszünteti...” „Ez így nem igaz, csak kell valami, amivel megindokoljuk.” Voltak azonban olyanok is, akik szerint igenis létezik felesleges igénybevétel: „egyszerűen ezen idős embereknek a többsége igényli azt, hogy valaki meghallhassa őket”. „Es amikor az ember kint azt hallja, hogy mit főzött... akkor felmegy a vérnyomása, és akkor már minnek megmérni. És nem egy ilyen volt. A vizitdíj alatt meg csak az volt ott, akinek szüksége volt rá...” Ami az orvosokat illeti, közülük többen szembesülnek a felesleges igénybevétel problémájával, ők a „beteg önrész”-t mintegy szankcionáló jelleggel vezetnék be az indokolatlan eseteknél. „Ha én vizitdíjat vezetnék be, akkor az szankcionáló jellegű lenne. Annak kellene fizetni, aki indokolatlanul vette igénybe a szolgáltatást. De az alapvető ellátásoknál nem szabadna bevezetni. Ha valaki krónikus beteg és el kell jönnie, annak ne kelljen fizetni.” Problémát okozott azonban az indokolatlan eset definíciója. A kórházi orvosok közül többen említették, hogy szigorítani kellene a beutalási rendet, és erősíteni a házi orvosok kapuőr szerepét, ez hatékonyabb eszköznek bizonyulhat a „beteg önrész”-nél az indokolatlan igénybevétel csökkentésére. „Meg kellene szigorítani a betegfelvételt, pl. orvosi beutalás alapján.”

A hálapénz visszaszorításáról azonban már egységesen elutasító vélemények születtek. A házi orvosi és szakorvosi rendelésen még elképzelhetőnek tartották, hogy a kis összegű térítési díj felválthatja a kisebb összegű hálapénzt (bár ennek akadálya lehet, hogy ezt nem az orvosnak fizetik közvetlenül), azonban minden csoport elvetette azt az elképzelést, hogy a nagyobb összegű hálapénzt fel tudná váltani egy kis összegű „beteg önrész”. Gyakran hangzott el ez a válasz: „Ahhoz hogy a hálapénzt visszafogja, sokkal magasabb összegeket kellene fizetni.” „Azt el tudom képzelni, hogy ha házi orvoshoz megy a néni, mondjuk minden héten kétszer, akkor már nem tesz oda egy ötezerest az orvos elé havonta, tehát felválthatja valamilyen szinten.”

A lakosság körében a legtöbben a forrásteremtő funkciót jelölték meg fő célkitűzésként. „Hát lehet, hogy így akarják majd megmenteni az egészségügyet.”... „Szerintem semmi másra nem jó, csak maximum forrásteremtésre.”... „Azt gondolom, hogy ennek csakis azért lenne értelme, mert annyira rossz helyzetben van az egészségügy. És úgy lehetne kialakítani, hogy kipótolja a hiányt”... „Valószínűleg azért vezették be a vizitdíjat, mert rengeteg elvonás volt az egészségügyi büdzséből:... a vizitdíjjal próbálták a sok-sok lyukat valahogy betömködni, hogy hátha valamit segít. Valamit segített is...” A lakosság tehát egyértelműen mentőövként értelmezné a közvetlen térítési díj bevezetését. A többség úgy vélte, hogy a vizitdíj 2007-es bevezetésének is

valódi célja a hiányzó források pótlása lett volna. Az is kiderült azonban, hogy az emberek ezért a célért hajlandóak is lennének fizetni: „Ha ez megoldja az egészségügy problémáját, a körzeti orvosoknak az ellátását, fejlődését akkor ennyivel hozzájárul az ember...” Legtöbbször a háziiorvosi praxisokban bíznak, többen említették, hogy a vizitdíj működése idején sok helyen lehetett tapasztalni, hogy fejlődik a rendelő. „A házi orvosoknak biztosan nagyon jól jött. Tudták belőle a rendelőjüket fejleszteni. Ott azért nem jellemző a hálapénz sem...” A házi orvosok többsége ezt a „forrásteremtő” funkciót meg is erősítette.

Úgyanakkor a járó- és fekvőbeteg ellátás esetében a résztvevők többsége kételkedik abban, hogy a beszedett összeg a megfelelő helyre kerül, és ezzel javulna az ellátás minősége: „nagyon nagy csődben van az egészségügyi rendszer. De ha bevezetik a vizitdíjat, akkor sem biztos, hogy oda kerül a pénz, ahol leginkább szükséges.” „Akkor lenne jó, hogyha tényleg az intézmény használhatná föl, csak az a baj, hogy sok a korrupció, nem jut vissza hozzájuk a pénz.” A szakorvosok és kórházi orvosok is többnyire szkeptikusak a pótlólagos forrásteremtés lehetőségével kapcsolatban, hiszen rossz tapasztalataik voltak a 2007-es vizitdíjjal. Állításuk szerint nem tudni, az intézmény mire költötte a beszedett összeget: „Arról nekünk konkrét fogalmunk nincsen, hogy az a befolyt összeg, az a 300 Ft, hová lett, és mire használták fel... Nekünk semmiféle bejelentésünk a dologba nincs. És mi semmit nem kaptunk belőle.” „Nem oda kerül a pénz ahová kéne, rengeteg befolyik, aztán valahogy eltűnik, és mi nem látunk belőle semmit, nem javul a szolgáltatásunk.”

Gyakran emlegetett téma mind az orvosok, mind a lakosság körében az adminisztrációs költségek nagysága, és a beszedés nehézsége. Mindez szintén korlátozza a „beteg önrész” forrásteremtő-pótló funkcióját. Sokan rossz emlékeket idéztek fel a 2007-es vizitdíjjal kapcsolatban: „borzasztó nehézkes volt az adminisztráció, mert sorban állás volt, akkor egy kartont mire előkerestek, meg beírtak a gépbe mindent, eltelt 10 perc, úgyhogy egyáltalán nem tetszett nekem ez a megoldás”. Többen azt is megkérdőjelezték, hogy az adminisztráció után egyáltalán marad-e még valami a beszedett összegből: „Kellenek automaták, informatikus, aki fenntartja, az orvos munkaideje plusz 10 perc, papír, nyomtatópatron. És ha kicsi az összeg, akkor nem is marad belőle. A rendszernek valószínűleg több volt a kiadása, mint a bevétele.”

Ezzel szemben az egészségpolitikusok szerint Magyarországon „beteg önrész”-re egyértelműen a kereslet szabályozása, „az indokolatlan orvoshoz fordulás csökkentése” miatt van szükség. A hét mélyinterjú tapasztalata szerint egészségpolitikusok úgy vélik, hogy egy jelképes összeg is népszerűvel bír, alkalmas lehet az indokolatlan orvoshoz fordulás csökkentésére, és az egészségtudatosabb életmód megteremtésére. Szerintük ezeket a célokat már kis összegű „beteg önrész” bevezetésével is el lehetne érni – és így senki sem szorulna ki az ellátásból. Éppen ezért a legtöbbjük nem tulajdonít jelentőséget a „beteg önrész” forrásteremtő funkciójának.

Miért vagyunk hajlandóak fizetni?

Miért fizessek többet, ha már egyszer fizetem a tb-járulékot? – hangzott el a kérdés minden egyes csoportban a beszélgetések során. „20 éves korom óta rendszeresen dolgozok, azóta minden hónapban elvonták a járulékot. Akkor nem értem miért kell még ezen kívül is fizetni.”

A legtöbben elképzelhetőnek tartják a térítési díjat abban az esetben, ha valaki az „alapcsomagban” meghatározott ellátásokon kívül további szolgáltatásokat akarna igénybe venni. „Határozzuk meg az alapellátás kategóriáját, hogy mi tartozik ebbe a szolgáltatási körbe, és azt teljes mértékben ingyen és magas színvonalon biztosítsák az emberek számára, az ország bármely pontján, bárhol elérhetően. És azon túlmenően lehet, hogyha valaki extra szolgáltatást kíván igénybe venni, akkor azért fizessen.” „Ha állami biztosítása van, akkor sorban áll, és kivárja, amíg ellátáshoz jut. Ha pedig ennél többet akar, akkor fizessen magasabb szintű biztosítást, amivel jogosult lesz más ellátásokra.” A résztvevők gyakran hozzátették azt is, hogy „ez nyugaton mindenhol így működik”, és ekkor nem egyszer felemlítették a Fekete erdő klinika című sorozatot is. „Van egy alapcsomag, és aki többet akar, az többet fizet. Lehet, hogy akkor már nem így működik a szolidaritás. De miért pont az egészségügyben legyen egyenlőség?”

Főként a dolgozó lakosok és egyetemisták körében fogalmazódott meg több kritika is a jelenlegi biztosítási rendszerrel kapcsolatban. A beszélgetésekből kiderült, hogy többen preferálnák az egyéni díjszabáson alapuló biztosítási rendszert, többen hasonlították az általuk támogatott biztosítási rendszert CASCO-biztosításhoz, vagy javaslatot tettek egyéni számlán alapuló rendszer bevezetésére. Úgy tűnik, ezekkel a megoldásokkal nagyobb esélyt látnak a morális kockázat, indokolatlan igénybevétel csökkentésére: „havonta fizet az ember meghatározott összeget, és ha nincs »kára« akkor valamiféle jutalomban részesül, és utána kevesebbet kell fizetnie”. „Igen, és akkor nem vizitdíj kellene, hanem egy más rendszerben mindenkinek lenne egy kasszája, látja, amit befizet, és hogy abból mennyit költ.”

Nem véletlenül tartják jobbnak ezt a megoldást, mint a szolidaritás elvén alapuló, százalékos járulékfizetésre épülő társadalombiztosítási rendszert, hiszen a beszélgetések folyamán kiderült, a résztvevők úgy érzik, hogy a járulékfizetést folyamatos visszaélés jellemzi. „Ha van jövedelemem, akkor jó lenne a legnagyobb részét eltitkolni az adóhatóság elől... és egyébként pedig mindent ingyen követelni az államtól.” „Ma Magyarországon ez egy sport, ez egy hobbi, az adókifizetés kikerülése, benne a járulék is...” „A mai Magyarországon mindenki ott csal, ahol tud és tb-járulékot senki nem akar fizetni...” „...a tőlem levont pénzüsszegeből elláttak adott esetben olyan embereket, akik letagadják a jövedelmüket, vagy nem is fizetnek jövedelemadókat. A dolgozók fizetik az adókerülőök ellátását...”

Többen azt is megjegyezték – főként a dolgozók csoportjából –, hogy pozitív dolognak tartották a vizitdíj rendszerében, hogy ezt mindenkinek meg kellett fizetnie: „akkor legalább annyival nekik is hozzá kellett járulniuk a rendszerhez, hogy befizették a vizitdíjat”. „Ezzel a 300 Ft-os vizitdíjjal azt értük volna el, hogy akkor azok is fizetnek legalább ennyit, akik eddig semmit sem fizettek.”

3. Értékelés

A célokat tekintve mindhárom csoport – lakosság, orvosok, egészségpolitikusok – egyetértett abban, hogy a jelképes összegű „beteg önrész” nem alkalmas a hálapénz kiszorítására, illetve felváltására.

Egyetértettek abban is, hogy Magyarországon nagy a kockázata annak, hogy a visszaélések, kiskapuk keresése miatt a „beteg önrész” nem éri el kitűzött célját, bármi legyen is az. A lakosság és az orvosok nem bíznak abban, hogy a beszedett díjak visszajutnak az ellátásba és ezzel javulna ennek színvonala; a felesleges igénybevétel csökkenését pedig akadályozhatják a felmentési kategóriákkal kapcsolatos visszaélések.

Nincs egyetértés azonban egyrészt a lakosság és az orvosok, másrészt az egészségpolitikusok között a „beteg önrész” céljaival kapcsolatban. Míg a lakosság és az orvosok egyetértettek abban, hogy a „beteg önrész”-t elsősorban a forrásteremtés céljával kéne bevezetni, hiszen az egészségügyben szerintük láthatóan szükség van plusz forrásokra az egészségügyi ellátás színvonalának javításához, az egészségpolitikusok szakemberek szerint a forrásteremtő funkcionál sokkal fontosabb, hogy a „beteg önrész” népnevelő hatással bír: egészségtudatosabb magatartásra nevel és csökkenti az indokolatlan orvoshoz fordulást.

Nem volt egyetértés a csoportokon belül sem az indokolatlan orvoshoz fordulás megítélésével kapcsolatban. Azok körében, akik problémának tartják az indokolatlan orvoshoz fordulást, megoszlott a vélemény, hogy kinek kell megállapítani, hogyan kell szankcionálni és milyen eszközökkel lehetne csökkenteni ezt a jelenséget.

3.1. A 2007-es vizitdíj kísérlet

A vizitdíj is a „beteg önrész” egy formája. Az ismertetett eredmények részben választ adnak arra a kérdésre, hogy miért volt olyan népszerűtlen a vizitdíj 2007-es bevezetése a lakosság körében.

Véleményünk szerint a legfőbb probléma abból adódik, hogy a lakosság és az orvosok nagy része szkeptikus a magyar kormány által 2006-ban megjelentetett Zöld Könyv vizitdíjjal kapcsolatos, két fő célkitűzésével: az indokolatlan orvoshoz fordulás megfékezésével, valamint a hálapénz kiszorításával (Magyar Egészségügy Zöld Könyve, 2006) kapcsolatban. Az indokolatlan igénybevétel kérdését illetően még megoszlottak a vélemények, de abban minden résztvevő, illetve megkérdezett – beleértve az egészségpolitikusokat is – egyetértett, hogy a 300 Ft-os vizitdíj nem alkalmas arra, hogy eltüntesse, illetve felváltsa a hálapénzt. A lakosság és az orvosok szerint a vizitdíj bevezetésének valódi oka sokkal inkább a forráshiány pótlása volt, illetve kellett volna, hogy legyen, és a beszedett összeget az ellátás színvonalának javítására kellett volna felhasználni. Ezzel szemben az egészségpolitikusok a „beteg önrész” népnevelő hatását hangsúlyozzák. Szerintük a vizitdíjat ennek a célnak megfelelően alakították ki: összege jelképes volt, és 20 alkalom felett a befizetett összeget vissza lehetett igényelni, emellett csak kevesen mentesülhettek a fizetési kötelezettség alól. Ez a forma pedig a lakosság szerint nem alkalmas a forrásnövelésre, hiszen véleményük szerint egyrészt a beszedés költ-

sége elviszi a bevétel nagy részét, másrészt abban is kételkednek, hogy a maradék visszakerül az ellátásba.

3.2. „Nyugaton ez így működik”

A vizitdíj 2008-as bukása azonban nem feltétlenül azt jelenti, hogy a lakosság elzárkózik a „beteg önrész” bevezetése alól, csak inkább más megoldásokkal szimpatizál. Minden beszélgetésben felmerült az igény a társadalombiztosítás által fedezett „alapsomag” definiálására. A résztvevők a „beteg önrész”-t az „alap biztosítási csomagon” felül nyújtott szolgáltatásokért tartanak jogosnak (jobb hotelszolgáltatás, kevesebb várakozási idő, szabad orvosválasztás). Úgy tűnik, ez az a terület, ahol leginkább jelentkezik a lakosság fizetési hajlandósága. Nem véletlenül keresgélnek ebben az irányban, hiszen tudomásuk szerint „Nyugaton ez így működik”, és a „Nyugat” még mindig mindenki számára vágyott állapot...

Volt, aki ennél is továbbment: főleg a dolgozók és az egyetemisták csoportja javasolta az egyéni kockázatokon alapuló, egyéni számlás biztosítási rendszert. A csalódás a „szolidaritásban” véleményünk szerint leginkább a járulékfizetéssel és különböző felmentési kategóriákkal kapcsolatos visszaéléseknek köszönhető.

3.3. Főbb tanulságok

– Az indokolatlan igénybevétel csökkenése

Nem csoda, hogy a csoportokon belül nem született egyetértés az indokolatlan igénybevétel megítélésével kapcsolatban.

A nemzetközi szakirodalom valóban alátámasztja a „beteg önrész” keresletcsökkentő hatását (pl. Bennett, 1989; Falkingham, 2004; Kim et al., 2005; Kupor et al., 1995; Manning et al., 1987; Newhouse, 1993; O’Grady et al., 1985; Schneider and Hanson, 2006; Selby et al., 1996; Waddington and Enyimayew, 1990; Yoder, 1989). Magyarországon is a vizitdíj 2007-es bevezetése következtében 1 év alatt 15–20 százalékkal esett vissza az orvos–beteg találkozások száma. (Boncz, 2008; Nagy 2008; Kőrösi 2009) Igaz ebben tükröződik az egy időben bevezetett más intézkedések hatása is.⁴

Arra azonban a szakirodalom sem ad egyértelmű választ, hogy a kereslet csökkenése az indokolatlan igénybevétel csökkenésének köszönhető, vagy az alacsonyabb jövedelmű rétegek szorultak ki az indokolt és szükséges ellátásból, esetleg ez a két jelenség egyszerre jelentkezik. Mindez arra a tényre vezethető vissza, hogy a gyógyítás eredményének –

⁴ Erre az időszakra tehető a fekvőbeteg ellátásban véghezvitt jelentős struktúraátalakítás – aktív ágyszám csökkenése, a betegutak és a beutalás rendjének megváltozása, a gyógyszerfelírási rend megváltozása (a korábbi egy hónapi adag helyett az orvos három havi gyógyszer mennyiséget írhatott fel egyszerre).

MAGYAR VALÓSÁG

az „outcome”-nak⁵ – mérése nélkül, valamint a beteg–orvos találkozások és az orvosok által kezdeményezett, más orvosokhoz küldések okainak elemzése nélkül nehéz megmondani, hogy mi az indokolt és mi az indokolatlan vizit.

Beszélhetünk arról, hogy az „indokolatlan igénybevétel” az adott ellátási szinten indokolatlan, vagyis a beteg a szükségesnél magasabb ellátási szinten veszi igénybe az ellátást. Ez két okra vezethető vissza: vagy saját maga kikerülte az alacsonyabb ellátási szintet, mert volt rá lehetősége, vagy pedig az alacsonyabb ellátási szintről az orvosok „küldték” feljebb. Az utóbbi esetben tehát az orvos/ellátó generálta az indokolatlan igénybevételt. Erre a problémára „beteg önrész” nem jelent megoldást.

– A forrásteremtő funkció

Láthattuk, hogy a lakosság és az orvosok szerint „beteg önrész”-re esetleg forrásteremtés céljából lehetne szükség. Sokan azonban bizonytalanok abban, hogy a beszedett kis összegből mekkora összeg marad a beszedés költségeinek levonása után. Itt meg kell azonban jegyeznünk, hogy a „beteg önrész” nemcsak pótlólagos bevételt jelent, hanem a betegforgalom visszaeséséből adódóan költségmegtakarítást idéz elő. Éppen ezért szerepelt Magyarország 2006-os Konvergencia programjában a vizitdíj bevezetése (Boncz and Sebestyén 2006, Boncz et al. 2004). Azon túl, hogy 1 év alatt összesen 22 Mrd Ft bevételt jelentett a vizitdíj és a kórházi napidíj, ami az összes egészségügyi kiadás körülbelül 3 százaléka, becslések szerint 25 milliárd forintba megtakarítást jelentett a gyógyító-megelőző ellátások kasszájának és további 15 milliárd forint megtakarítás jelentkezett a gyógyszerkasszában (Mihályi, 2008).

A lakosság-orvosok csoportjai és az egészségpolitikusok egyetértenek abban, hogy szükség van az egészségügyi ellátásának színvonalának javítására, csak a lakosság és orvosok szerint ehhez plusz forrásra, az egészségpolitikusok szerint pedig a jelenlegi források hatékonyabb felhasználására van szükség.

– A hálapénz kiszorítása

Gyakran indokolják a „beteg önrész” bevezetését azzal, hogy segítségével visszaszorítható a hálapénz. Azonban a legtöbb tanulmány szerint a hivatalos „beteg önrész” bevezetése a kétféle finanszírozási forma keverékét fogja előidézni: nem tűnik el a hálapénz, így a díjak bevezetésével növekednek a lakosság anyagi terhei (Baschieri and Falkingham 2006;

⁵ A fejlett országokban valamint Közép- és Kelet-Európa több országában (Cseh Köztársaság, Lengyelország, Szlovák Köztársaság, Szlovénia) a gyógyítás eredményét kifejező mutatószámokat tesznek közzé működésükről, ilyen például az agyvérzés és miokardiális infarktus utáni 3 hónapos és 1 éves halálozási ráta, a rosszindulatú daganatok terápiaja utáni 1,3,5 éves túlélési arány. Ezek mellett az adatok mellett ma már mérik és közzéteszik a betegek életminőségének és munkaképességének alakulását is, valamint elégedettségének standardizált mérőszámát. Nálunk ilyen adatok nem állnak rendelkezésre.

Belli 2002, Ensor and Savelyeva 1998; Lewis, 2000, Lewis 2002, Lewis 2007, Gaal et al. 2005, Gaal et al. 2006).

– Az alapcsomag definiálásának fontossága

Magyarországon egyre fontosabb kérdés a prioritások meghatározása az egészségügyben. A legtöbbször ezen a biztosítási csomag pontos definiálását, illetve újradefiniálását értjük: annak meghatározását, hogy ki, milyen szolgáltatást és mennyiért vehet igénybe. (Boncz, 2006)

Fontos eredmény, hogy a fókuszcsoportos beszélgetések résztvevői – a lakosság és az orvosok csoportjai – felismerik ennek szükségességét, és ezzel kapcsolatban határozták meg a „beteg önrész” potenciális szerepét: a résztvevők igényt támasztanak annak az alap biztosítási csomag-ellátásoknak a pontos definiálására, melyek igénybevételére jogosultak. Az ezen kívül eső ellátások esetében értenek egyet „beteg önrész” bevezetésével.

A biztosítási csomag definiálása már évek óta égető kérdés, hiszen ez a hazai egészségügy megreformálásának elengedhetetlen feltétele (Dózsa, 2006). Azonban nem véletlen, hogy ez a feladat továbbra is várta magát, hiszen egyszerre vet fel súlyos etikai, méltányossági és gazdasági kérdéseket. (Boncz, 2006)

4. Összegzés

Az ASSPRO CEE 2007 program keretében 2009 nyarán 8 fókuszcsoportos beszélgetést és 7 mélyinterjút készítettünk a lakosság, az orvosok, valamint az egészségpolitikusok körében, melyek célja a „beteg önrész”-szel kapcsolatos attitűdök feltárása volt.

A lakosság-orvosok megkérdezett csoportjai és az egészségpolitikusok véleménye jelentősen eltért a „beteg önrész” fő céljaival kapcsolatban: míg az előbbi csoport szerint a „beteg önrész” bevezetésének céljának elsősorban a forrásteremtésnek kéne lennie, az utóbbi csoport szerint ennél sokkal fontosabb ennek „népnevelő” hatása: egészségtudatosabb magatartásra nevel és csökkenti az indokolatlan orvoshoz fordulást. A fókuszcsoportos beszélgetések résztvevői között nincs egyetértés abban sem, hogy kinek kell megállapítani, és hogy szankcionálni kell-e az indokolatlan orvoshoz fordulást, illetve ha igen, hogyan.

A résztvevők egyetértettek abban, hogy a „beteg önrész” önmagában nem alkalmas arra, hogy visszaszorítsa a hálapénzt. Egyetértettek abban is, hogy Magyarországon nagy a kockázata annak, hogy a visszaélések, kiskapuk keresése miatt a „beteg önrész” nem éri el kitűzött célját, bármi legyen is az.

Véleményünk szerint részben erre a társadalmi véleménykülönbségre vezethető vissza a 2007-es vizitdíj népszerűtlensége is: a lakosság és orvosok számára a térítési díjak bevezetésének legfőbb célja a forrásteremtés lenne, a „vizitdíj” formája azonban nem igen alkalmas erre, hiszen véleményük szerint ennek bevezetése nagy adminisztratív terhekkel jár, és a visszaélések miatt nem kerül vissza az ellátásba.

A vizitdíj 2008-as megszüntetése azonban nem feltétlenül azt jelenti,

MAGYAR VALÓSÁG

hogyan a lakosság elzárkózik a „beteg önrész” bevezetése alól, csak inkább más megoldásokkal szimpatizál. A beszélgetésekből kiderült, hogy a lakosság körében felmerült az igény az alapvető biztosítási csomag definiálására, és az ezen felül igénybe vehető ellátások megvásárlásának lehetőségére. Véleményünk szerint ennek a kérdésnek továbbgondolása prioritással bír.

A fókuszcsoportos beszélgetések és mélyinterjúk után a program következő szakaszában kérdőíves felmérésre kerül sor, melyben a kutatás részt vevő országokban 1000 fő felkeresését tervezik. A kvantitatív kutatás célja a programban részt vevő országok lakosságának egészségügyi szolgáltatások iránti fizetési hajlandóságának felmérése és összehasonlítása.⁶

Köszönet a projekt koordinátorának Dr. Milena Pavlovának és a projekt tudományos vezetőjének, Professzor Dr. Wim Grootnak.

Irodalom

- Baschieri A, Falkingham J. (2006): Formalizing informal payments: the progress of health reform in Kyrgyzstan. *Central Asian Survey* 25: 441–460.
- Belli P. (2002): Formal and informal household spending on health: a multi-country study in central and eastern Europe. International Health Systems Group, Harvard School of Public Health.
- Bennett S. (1989): The impact of the increase in user fees: a preliminary investigation. *Lesotho Epidemiological Bulletin* 4: 29–37.
- Boncz I., Nagy J., Kőrösi L., Kövi R., Molnár A., Kiss Z., Kriszbacher I., Varga S., Sebestyén A. (2008): The effect of the introduction of visit fee on the number of patient-visits to outpatient care departments in Hungary. *Value Health*, 11(6):A368–369.
- Boncz I., Nagy J., Sebestyén A., Korosi L. (2004): Financing of health care services in Hungary. *Eur J Health Econ*, 5(3): 252–258.
- Boncz I., Sebestyén A. (2006): Financial deficits in the health services of the UK and Hungary. *Lancet*, 368(9539):917–918.
- Boncz Imre, Brandtmüller Ágnes, Dózsa Csaba, Gulácsi László, Jenei György, Nagy Balázs, Pékli Márta (2006): Prioritásképzés az egészségügyben – a közgazdaságtan hozzájárulása. *Köz-gazdaság tudományos füzetek*, 1. évf. 1. sz., p. 97–104.
- Csaba Iván (2007): A magyar egészségügy Zöld könyve, 2006. Áttekintés és kommentár, Kormányzás Közpénzügyek Szabályozás II. évf. 1. szám 3–36.
- Dózsa Csaba, Dérer István, Boncz Imre, Takács Erika (2006): Az OEP szolgáltatásvásárlói és biztosítói szerepének erősítése, mint a magyar egészségügyi rendszer reformjának egyik fontos eszköze. 2. rész. *IME V. évf. 8. szám* 5–16.
- Ensor T, Savelyeva L. (1998): Informal payments for health care in the former Soviet Union: some evidence from Kazakhstan, *Health Policy and Planning* 13: 41–49.
- Falkingham J. (2004): Poverty, out-of-pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan. *Social Science and Medicine* 58: 247–258.
- Gaal P., Belli P. C., McKee M., Szócska M. (2006): Informal payments for health care: definitions, distinctions, and dilemmas. *J Health Polit Policy Law*. 31(2): 251–93.

⁶ A kutatás részleteiről a project hivatalos honlapján tájékozódhatnak. <http://www.assprocee2007.com/publications.html>

Baji – Gulácsi: „Beteg önrész” – a lakosság fizetési hajlandósága az egészségügyi szolgáltatásokért

- Gaal P., Evetovits T., McKee M. (2006): Informal payment for health care: evidence from Hungary. *Health Policy*. 77(1):86–102. Epub 2005 Sep 2. Review.
- Kim J, Ko S, Yang B. (2005): The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea. *Health Policy* 72: 293–300.
- Kőrösi L, Kövi R., Varga Sz., Sebestyén A., Kriszbacher I., Betlehem J., Brodsky V., Kárpáti K., Molnár A., Boncz I. (2009): Effect of the introduction of visit fee on the number of visits to general practitioners in Hungary. *Value Health*, 12(3):A85.
- Krueger, Richard A. (1994): Focus groups: a practical guide for applied research, Sage Publications
- Kupor SA, Liu Y-C, Lee J, Yoshikawa A. (1995): The effect of copayments and income on the utilization of medical care by subscribers to Japan's national health insurance system. *International Journal of Health Services* 25 (2): 295–312.
- Lewis M. (2000): Who is paying for health care in Europe and Central Asia?. Europe and Central Asia Region Monograph. Washington, DC: The World Bank.
- Lewis M. (2002): Informal health payments in central and eastern Europe and the former Soviet Union: issues, trends and policy implications. In: Mossialos E et al. (eds). *Funding health care: options for Europe*. Buckingham- Philadelphia: Open University Press.
- Lewis M. (2007): Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health Affairs* 26: 984–997.
- A Magyar Egészségügy Zöld Könyve (2006), Egészségügyi Minisztérium <http://www.magyarorszag.hu/zoldkonyv/> letöltve: 2010. 02. 01.
- Manning WG, Newhouse JP, Duan N, Keeler EB, Leibowitz A, Marquis MS. (1987): Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *American Economic Review* 77: 51–277.
- Mihályi Péter (2008): A vizitdíj első éve. *Népszabadság*, 2008. február 19.
- Nagy J., Kövi R., Sebestyén A., Kiss Z., Molnár A., Kőrösi L., Kriszbacher I., Betlehem J., Boncz I. (2008): The effect of the introduction of hospital daily fee on the number of admissions to acute care hospital wards Hungary. *Value Health*, 11(6):A368.
- Newhouse JP. (1993): Free for all? Lessons from the RAND health insurance experiment. Harvard: Harvard University Press.
- O'Grady KF, Manning WG, Newhouse JP, Brook RH. (1985): The impact of cost sharing on emergency department use. *New England Journal of Medicine* 313: 484–490.
- Schneider P, Hanson K. (2006): Horizontal equity in utilisation of care and fairness of health financing: a comparison of micro-health insurance and user fees in Rwanda. *Health Economics* 15(1): 19–31.
- Selby JV, Fireman BH, Swain BE. (1996): Effect of a copayment on the use of the emergency department in a health maintenance organization. *New England Journal of Medicine* 334: 635–641.
- Waddington CJ, Enyimayew KA. (1990): A price to pay, part 2: the impact of user charges in the Volta region of China. *International Journal of Health Planning and Management* 5 (4): 287–312.
- Yoder RA. (1989): Are people willing and able to pay for health services?. *Social Sciences and Medicine* 29(1): 35–42.