Szent István Egyetem
Gödöllő

Gazdaság- és Társadalomtudományi Kar
Gazdálkodás- és Szervezéstudományi Doktori Iskola

A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK SZEREPE AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN AZ EURÓPAI UNIÓBAN ÉS MAGYARORSZÁGON

DOKTORI (Ph.D.) ÉRTEKEZÉS

VALLYON ANDREA

GÖDÖLLŐ
2011

A doktori iskola megnevezése:	Szent István Egyetem Gazdálkodás- és Szervezéstudományi Doktori Iskola
A doktori iskola tudományága:	gazdálkodás- és szervezéstudományok
A doktori iskola vezetője:	Dr. Szűcs István egyetemi tanár, az MTA doktora, intézetigazgató Szent István Egyetem, Gödöllő Gazdaság- és Társadalomtudományi Kar Gazdaságelemzési Módszertani Intézet
Témavezető:	Dr. habil Borszéki Éva a közgazdaságtudomány kandidátusa, egyetemi docens Szent István Egyetem, Gödöllő Gazdaság- és Társadalomtudományi Kar Pénzügyi és Számviteli Intézet

……	……..
Az iskolavezető jóváhagyása	A témavezető jóváhagyása

Tartalomjegyzék

1 BEVEZETÉS 5
1.1 A téma aktualitása és háttere 5
1.2 A kutatás céljai 6
1.3 A disszertáció felépítése és a kutatás hipotézisei 7

2 SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS 11
2.1 Biztosítás, egészségbiztosítás fogalmai 14
2.2 Az egészségügyi piac sajátosságai, speciális jellemzői 18
2.2.1 Az egészségbiztosítási piac jellegzetességei és ezek következményei 24
2.2.2 Állami beavatkozás az egészségbiztosítás piacán 27
2.3 Az Európai Unió irányelvei az egészségbiztosítás területén 34
2.4 A magán egészségügyi biztosítások típusai és megjelenési formái az európai országok egészségügyi rendszereiben 38
2.4.1 A helyettesítő (substitutive) egészségbiztosítás az Európai Unióban 41
2.4.2 Kiegészítő és pótló egészségbiztosítások az Európai Unióban 44
2.5 Kiegészítő biztosítások a magyar egészségügyi rendszerben 52
2.5.1 Az üzleti biztosítók Magyarországon 53
2.5.2 Az egészségpénztári szektor Magyarországon 54

3 ANYAG ÉS MÓDSZER 61
3.1 Alkalmazott statisztikai módszerek 63
3.2 Az alkalmazott kvalitatív módszer 70

4 A KUTATÁS EREDMÉNYEI 75
4.1 Az Európai Uniós országok egészségügyi statisztikai vizsgálatai 75
4.1.1 Az emberek egészségi terheltsége a vizsgált EU országok között 77
4.1.2 Egészségügyi-szociális állapot 87
4.1.3 Társadalmi egészségügyi válaszok 94
4.1.4 Kapcsolat a három pillér között 99
4.2 Kiegészítő biztosítások és pénztárak Magyarországon 101
4.2.1 Egészségpénztárak lehetőségei és jövőbeli szerepük Magyarországon 103
4.2.2 A kiegészítő egészségbiztosítás fogalmának eltérő értelmezései és az ebből adódó problémák 111
4.2.3 A társadalombiztosítás és az üzleti biztosítók együttműködési lehetőségei Magyarországon 113
4.2.4 Az üzleti biztosítók lehetőségei és jövőbeli szerepük Magyarországon 115
4.2.5 Az önkéntes egészségpénztárak, az üzleti biztosítók és az OEP együttműködési lehetőségei és problémái 121
4.3 Új és újszerű tudományos eredmények 123

5 KÖVETKEZTETÉSEK ÉS JAVASLATOK 127

6. ÖSSZEFOGLALÁS 133

7. SUMMARY 135

MELLÉKLETEK 137

1 BEVEZETÉS

1.1 A téma aktualitása és háttere

A kilencvenes évek elejére jól láthatóvá vált, hogy a második világháború után intézményesült jóléti rendszerek finanszírozása egyre inkább megoldhatatlan feladat elé állítja a fejlett országokat. A társadalombiztosítás alapvető finanszírozási gondjainak akár az egészségbiztosítás akár a nyugdíjbiztosítás területén a jövőben kialakuló súlyos problémák előszele már egyre jobban érezhető a fejlett társadalmakban.

Európa szinte minden országában, így Magyarországon is tapasztalható az egészségügyi reformtörekvések megakadása, vagy mellékvágányon való haladása. A társadalombiztosítási rendszer sajátosságait tekintve úgy gondolom, hogy már most olyan új szempontokat és megközelítéseket kell találni, amely a jövőben jelentkező problémákra meg tudja találni a gyógyírt, s a társadalom minden rétegének az eddigi elért eredmények mellett, a szolidaritás elve alapján megfelelő ellátást nyújt.

A legnagyobb jóléti alrendszer, az egészségügy működtetése egyre nagyobb részt követel a bruttó hazai termékből a fejlett országokban. Az OECD országokban átlagosan a GDP mintegy 9,5%-át emészti fel, s ennek átlagosan 65 – 75%-a volt közpénz 2009-ben. A jóléti államok válságát okozó tényezők közül az egyik legsúlyosabb, a lakosság elöregedése (a csökkenő születésszám és az életkor jelentős meghosszabbodása miatt) amely ráadásul párosul az aktív szakasz lerövidülésével (korai nyugdíjazás, hosszú tanulás) is. Az idősödő népesség szempontjából különösen érintett: Olaszország, Németország, Japán, Ausztria valamint Hollandia.[1] A másik olyan tényező, amely az utóbbi két évtizedben drámai költségnövekedést idézett elő ezen a területen az orvostudomány, a gyógyászati technika, valamint, a biotechnológia fejlődése. A drágább diagnosztikai, illetve terápiás módszerek megjelenése, valamint a bérek emelkedése ebben a munka-intenzív ágazatban, jelentős mértékben megnövelte a ráfordításokat. Az egészségügyi kiadások a gazdasági növekedésnél gyorsabb ütemben növekedtek, és növekednek. Olyan más költséggeneráló determinánsokról sem szabad megfeledkezni, mint a potyautas

[1]A szövetségi statisztikai hivatal számításai szerint Németországban például 2030-ban a lakosság egyharmada, 2050-ben, pedig közel 40%-a hatvan évesnél idősebb lesz.

szindróma, epidemiológiai változások, információs technika fejlődése, vagy a moral hazard (az erkölcsi kockázat) kérdése.

A kedvezőtlen demográfiai és egyéb változások, egyrészt finanszírozási, másrészt költségoldalról is érintik az egészségügyi rendszert, mivel az új eljárások elterjedése radikális költségnövekedést eredményeznek. A jóléti államokra nagyrészt jellemző, hogy kevesebb aktív befizető tart el több inaktívat. A fenti problémák egyre nagyobb teherként jelentkeznek megoldást várva a jóléti államokban, így hazánkban is. Számos reformfolyamatot figyelhetünk meg az Európai Unió országaiban is. Úgy gondolom, hogy e törekvések, illetve kiigazítások az egészségbiztosítás rendszerén állandósulnak, hiszen egyre gyorsabban változó világunk kikényszeríti ezt. A kérdés azonban az, hogy vajon elegendőek lesznek e jövőben várható problémák megoldásához.

1.2 A kutatás céljai

Közel tíz éve foglalkozom az egészségügyi rendszerek jellegzetességeivel, pénzügyi problémáival. Az alap egészségügyi rendszerek mellett kutatásaim során arra kerestem a választ, hogy a kiegészítő egészségbiztosítások és pénztárak segíthetik-e, enyhíthetik-e a fentiekben vázolt terheket. Mekkora és milyen hatással bírnak az európai országok egészségügyi rendszerére, segíthetik-e működésüket, és ha igen milyen módon. Milyen szerepet tölt(het) be a kiegészítő egészségbiztosítás a különböző európai egészségügyi rendszermodellekben.

A kutatás fő kérdésköre alapján a következő kérdésekre kerestem a választ:

1. Van-e kapcsolat, és ha igen milyen egy adott ország alap egészségügyi rendszere, és a kiegészítő biztosítások között?
2. Kölcsönhatásban vannak-e egy országra jellemző demográfiai, egészségügyi-szociális, valamint társadalmi tényezők az egészségügyi kiegészítő biztosításokkal?
3. Mi következik mindebből az igen rossz egészségügyi mutatókkal rendelkező Magyarországra vonatkozóan. Azaz lehet-e a kiegészítő biztosítás intézményét meggyökeresíteni hazánkban úgy, hogy az elősegítse a lakosság egészségi állapotának javulását és enyhítse az egészségügyi ellátórendszerre nehezedő nyomást?

Célom az volt, hogy az európai uniós országokban, és Magyarországon a kiegészítő biztosítások szerepét, kölcsönhatásait az egyes rendszerelemekkel, bemutassam, és a jövőjüket illetően következtetéseket vonjak le.

A munka során a következő feladatokat tűztem ki célul:

1. Szakirodalom alapján lehetséges alternatívák, megoldások elemzése és értékelése az Európai Unió országaiban.
2. A kiegészítő egészségbiztosítások szerepének bemutatása és gazdaság statisztikai elemzése a rendelkezésre álló legfrissebb OECD Health Data adatbázis felhasználásával a kölcsönhatások feltárására.
3. Kvalitatív célkitűzésem a piacon lévő üzleti biztosítók, egészségpénztári vezetők és a szakma elméleti szakértőinek mélyinterjús megkeresése, véleményeik megismerése alapján a kiegészítő egészségbiztosítások szerepének, helyének definiálása Magyarországon.

Kutatási eredményeim, javaslataim során arra törekedtem, hogy a témát politikamentesen, szigorúan a tényekre alapozva közelítsem meg. Mivel a kiegészítő biztosítások alatt a különböző európai országokban más és mást értenek, igyekeztem mindig pontosan behatárolni a vizsgált területet.

Kutatásomat az egyes országok egészségügyi rendszereinek alaptípusainak bemutatásán túl, a kötelező társadalombiztosítási rendszerek mellett fakultatívan igénybe vehető, szükségletarányos kifejezetten az önkéntes alapon köthető biztosításokra szűkítettem.

1.3 A disszertáció felépítése és a kutatás hipotézisei

A disszertációm első harmadában a kapcsolódó szakirodalom áttekintését végeztem el. A feldolgozás során arra törekedtem, hogy a kiegészítő biztosítások szerepének és lehetőségeinek szakirodalmi áttekintését az alap egészségügyi modellekhez kapcsolódva elemezzem. A különböző típusú egészségbiztosítások modelljeinek ismerete nélkül nehéz lenne a különböző egészségügyi rendszerekben kialakult kiegészítő biztosításokat elemezni, hiszen ezek szerepe és formája általában az alap egészségügyi rendszertől függ. (Mossialos, Thomson, 2004)

Így, a szakirodalmi feldolgozás keretében áttekintem az egészségbiztosítás fogalmát, kialakulásának tényezőit, alapmodelljeit, az egészségbiztosítási piac sajátosságait, valamint az európai uniós, egészségbiztosítást érintő irányelveket. Ezután az Európai Unió 15

tagállamában jelenlévő kiegészítő egészségügyi biztosítások irodalmát és a téma kutatása során született eredményeket tekintettem át, melyek alapul szolgálnak a disszertáció saját kutatásához. Az alap egészségügyi biztosításokkal szemben az azt kiegészítőkről kevés tanulmány állt rendelkezésre.

A kiegészítő biztosítások bemutatásakor a Mossialos – Thomson (2004) által tipizálást vettem figyelembe. A három típus bemutatása során különös hangsúlyt fektettem egyes csoportokban történt változásokra, melyeket az uniós reformfolyamatok eredményeztek. Az elemzés során figyelembe vettem azt a tényt, hogy a kiegészítő biztosítások megjelenése és értelmezése is változatos az uniós országok egészségügyi rendszereiben, de nagyobb részt az alaprendszerek mellett létező, az állam által nem fedezett területeken jelennek meg többnyire magánbiztosítás formájában.

Az első harmad utolsó fejezetrésze, a magyarországi egészségbiztosítási rendszerben, a társadalombiztosítási rendszer mellett jelenlevő formákat mutatja be. Egyrészt az üzleti biztosítókat, melyek a tevékenységi körük részeként egészségbiztosítással is foglalkoznak. Másrészt az önkéntes egészségpénztárakat, amelyek esetében a tagság biztosítja a kiegészítő jellegű egészségügyi szolgáltatások biztosítását non-profit szervezetként működve.

A módszertani fejezetben a kutatásaim során felhasznált módszereket ismertetem. Mind a statisztikai elemzés, mind a mélyinterjús kutatás során törekedtem a módszertani korrektségre, ezért minden vizsgálatot a korlátozó feltételek figyelembe vételével hajtottam végre. Az uniós országok vizsgálatánál az OECD Health Data adatbázis legfrissebb rendelkezésre álló adatait használtam fel. Az adatok elemzéséhez az SPSS 17.0 rendszerét használtam. Az adatok térképen való ábrázolásához pedig az ArcView 3.2 nevű szoftvert. A kvalitatív kutatás eredményeinek értékeléséhez a tartalomelemzés eszköztárát használtam fel.

A kutatási kérdéseim megválaszolására az alábbi hipotéziseket állítottam fel:

1. A jövőben a kiegészítő egészségbiztosítások az EU országaiban egy egységes rendszerben konvergálnak.
2. Az európai uniós országokban a kiegészítő egészségbiztosítások aránya kölcsönhatásban van az egészségügyi és szociális tényezőkkel Európa 18 országában, és közöttük regressziós kapcsolat mutatható ki.

3. A kiegészítő biztosítások szerepének, számának növekedése várható Magyarországon a jövőben.

Az anyag negyedik fejezetében a fenti hipotéziseket igyekeztem igazolni.
A dolgozat eredményeképpen olyan új és újszerű kutatási eredményeket fogalmaztam meg, mely az Európai Uniós országok differenciáltságát mutatják a kiegészítő biztosítások tekintetében. Valamint adalékul szolgálhatnak a magyarországi egészségpénztárak és üzleti biztosítók szerepének megítéléséhez.

Következtetéseimmel és javaslataimmal arra törekedtem, hogy a magyarországi kiegészítő biztosítások és egészségpénztári szolgáltatások, mint az egészségbiztosítás második pillérei hatékonyan tudják segíteni a társadalombiztosításra nehezedő terheket, valamint hozzájáruljanak a lakosság öngondoskodási kultúrájának javításához.

2 SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

Az emberek egyik meghatározó tulajdonsága a biztonság iránti vágy. Az egészségi állapot romlásával, vagy balesetek következtében előálló helyzet kockázatának elkerülése, mérséklése mind egyéni, mind közösségi szinten létrehozza azokat a kockázatközösségeket, biztosítási konstrukciókat, melyek a védekezést, a költségek csökkentését hivatottak elősegíteni. A különböző típusú egészségbiztosítások modelljeinek ismerete nélkül nehéz lenne a különböző egészségügyi rendszerekben kialakult kiegészítő biztosításokat elemezni, hiszen ezek szerepe és formája általában az alap egészségügyi rendszertől függ. Erre mutat rá a WHO 2004-es kiadványa (Mossialos, Thomson, 2004) is, mely szerint, a kiegészítő biztosítások szerepét meghatározhatja egy adott ország egészségügyi rendszere. Így mielőtt a kiegészítő biztosítások szerepét és lehetőségeit elemezném, az alap egészségügyi modelleket, típusokat is megvizsgálom.

Ebben a fejezetben áttekintést nyújtok az **egészségbiztosítás fogalmáról, kialakulásának tényezőiről, alapmodelljeiről (2.1)** az európai országokban. Kiindulópontom a biztosítás fogalmának jogi és közgazdasági értelmezése. Ezen keresztül próbálom megragadni az egészség-gazdaságtani fogalomnak számító egészségbiztosítás mibenlétét, mely sok tekintetben különbözik a normál biztosítás fogalmától, bár gyökerük azonos: ez a **bizonytalanság**.

Ezután az **egészségbiztosítási piac sajátosságait (2.2)** és jellegzetességeit vizsgálom a rendelkezésre álló szakirodalom segítségével. A csak negyvenéves múlttal rendelkező egészség-gazdaságtannal foglalkozó szakemberek és kutatók a közgazdaságtan elméleti és módszertani ismereteit az egészségügyre is megpróbálták alkalmazni és egyúttal arra hívják fel a figyelmet, hogy a közgazdasági elméletek és szabályok itt csak korlátozottan érvényesek. Az egészségbiztosítási piacot az egészségbiztosítási szektor jellegzetességei nagyban meghatározzák és ezek a specialitások **piaci kudarcokat** idéznek elő.

A következő alfejezet az **állami beavatkozás szerepét és okait (2.2.1)** tárgyalja a rendelkezésre álló szakirodalom eredményeinek felhasználásával. Az állami beavatkozás mértéke változó a különböző egészségbiztosítási rendszerekben, de mindenképpen megjelenik, hogy a társadalom számára káros hatásokat kiszűrje és a költségeket féken tartsa. A beavatkozás mértékéről a vélemények eltérőek. Úgy gondolom azonban, hogy a „saját farkába harapó kígyó” (Nagy – Dózsa, 2005) képe helyett egy egymást kölcsönösen

tápláló, segítő kapcsolat lenne a kívánatos az egészségbiztosítási piac és az állami beavatkozás területén, és ebben nem hinném, hogy vita lenne. A beavatkozás mértéke, illetve az, hogy vajon melyik a hatékonyabb, arról már megoszlanak a vélemények. (Preker – Harding, 2005; Hsiao – Heller, 2007; Csaba, 1990; Gilly, 2007; Szabó – Gilly, 2003; Mihályi, 2002; Kornai, 2007; Orosz, 2007; Gaál, 2008)

A következő alfejezetben az egészségbiztosítást érintő irányelveket, illetve a belső piac szabályozása által a **harmadik nem életbiztosítási irányelv (2.3)** által érintett üzleti/magán egészségügyi biztosításokra vonatkozó szabályozás kérdéseit tekintem át. Az 1994. évi 3. direktíva (EU Council Directive 92/49/EEC) 54. cikkelye a nemzeti biztosítási felügyeleteknek lehetővé teszi, hogy a közjó érdekében előírják és/vagy korlátozzák az egészségbiztosítási szerződések tartalmát, ha és amennyiben, az adott biztosítás részleges vagy teljes alternatívája a kötelező társadalombiztosításnak.

Annak ellenére, hogy az Unióban a magánbiztosítás ritkán nyújt valódi alternatívát a kötelező biztosításra, mégis számos problémát okozott a cikkely értelmezése: mit is ért az irányelv részleges vagy teljes alternatíva alatt, illetve milyen típusú beavatkozás engedhető meg. Így az értelmezési bizonytalanságok miatt **még nem mondható el, hogy létezne egy közös uniós álláspont** a magánbiztosításokkal kapcsolatban, amely túlmutat a társadalombiztosítás részleges vagy teljes alternatíváján, és tükrözi az állami és magánbiztosítás közötti kapcsolatot.

Ezután az **Európai Unió 15** tagállamában jelenlévő **kiegészítő egészségügyi biztosítások** irodalmát és a téma kutatása során született eredményeket tekintem át, melyek alapul szolgálnak a disszertáció saját kutatásához. **(2.4)** Az alap egészségügyi biztosításokkal szemben az azt kiegészítőkről rendkívül kevés tanulmány áll rendelkezésre. Az aktuális alap egészségügyi rendszer jellemzően és nagymértékben meghatározhatja azt, hogy az egyes országokban a kiegészítő biztosítások mekkora teret kapnak. Nagyobb részt az alaprendszerek mellett létező, az állam által nem fedezett területeken jelennek meg. Ezek a kiegészítő biztosítások jellegüknél fogva három típusba sorolhatóak, és nagyobb részben magánbiztosítás formájában jelennek meg az egyes országok egészségügyi rendszereiben. A **helyettesítő** (substitutive) egészségügyi magánbiztosítás szerepe háttérbe szorult az uniós reformfolyamatok eredményeként. Csak Németországban tekintetében beszélhetünk a lakosság jelentősebb arányánál fedezetül szolgáló helyettesítő egészségbiztosításról. A **kiegészítő (supplementary) és a pótló (complementary) önkéntes biztosítás** szinte minden régi tagállamban létezik valamilyen szinten. Azt, hogy mit is érthetünk a fentiek

alatt, országonként eltérő lehet. Ez a tény nehezíti az országok közötti eligazodást és a téma áttekintését.

A francia egészségügyi rendszerben szerepük egyedi és jóval hangsúlyosabb, mint más európai országban, így az általam elért publikációk és kutatások túlnyomó többsége ennek a struktúrának a vizsgálati eredményeit mutatja be. Franciaországban **erős és szignifikáns kapcsolat** figyelhető meg a jövedelmi szint és a **pótló biztosítást** vásárlók között. Ez olyankor jelenthet veszélyt, ha az állami rendszer visszahúzódik, és nem nyújt egyes komoly betegségekre fedezetet. Ugyanis ilyenkor vákuum keletkezik, és számos magas kockázattal rendelkező, súlyos beteg maradhat biztosítás nélkül. A kiegészítő (supplementary) egészségbiztosítások keresletét meghatározó kutatások is a **jövedelem meghatározó szerepét** emelik ki. Továbbá azt, hogy a közegészségügyben jelentkező problémák a magánbiztosítások iránt megnövelhetik a keresletet.

Az utolsó fejezetrész **(2.5)**, a magyarországi egészségbiztosítási rendszert mutatja be. Magyarországon jelenleg a magánbiztosítók számára a társadalombiztosítás által nem finanszírozott szolgáltatások biztosítására, azaz a kiegészítő biztosítás nyújtására van lehetőségük. A kiegészítő egészségbiztosításoknak két nagy csoportját lehet megkülönböztetni Magyarországon. Az egyik csoportba tartoznak az üzleti biztosítók, amelyek tevékenységi körük részeként foglalkoznak egészségbiztosítással. A másik csoportba az önkéntes egészségpénztárak és az önsegélyező pénztárak tartoznak, amelyek esetében a tagság biztosítja a kiegészítő jellegű egészségügyi szolgáltatások biztosítását és non-profit szervezetként működnek. A megjelent szakanyagok ismeretében elmondható, hogy többnyire maga az egészségpénztári rendszer szereplőinek munkái, akik szervesen kötődnek bázisukhoz, és ahhoz, hogy intézményi rendszerük fennmaradjon.

A szakirodalom feldolgozásakor Majoros (2004) és Tomcsányi (2000) által ajánlott munkafolyamatot követtem. A forrásgyűjtésnél nagy segítségemre volt a Budapesti Corvinus Egyetem és a Budapesti Gazdasági Főiskola Külkereskedelmi Főiskolai Kar könyvtárainak elektronikus katalógusai, melyek használatával olyan előfizetéses irodalmakhoz jutottam hozzá, mint például a The European Journal of Health Economics és a Health Economics. A tudományos keresőszolgáltatások, mint a Google Scholar és DART-Europe E-thesis portal alkalmazásával széles körben tekinthettem át a témakör irodalmát. Releváns dokumentumokhoz jutottam az ABI Global Inform, az EBSCO Business Source Premier, az EBSCO Academic Search Premier, az Econlit és a Source OECD adatbázisok segítségével. Az EISZ tudományos gyűjteményi szolgáltatásai közül a

következő gyűjteményeket használtam: Springerlink, az MTA publikációs adatbázisa, az Országos Széchenyi Könyvtár, a Magyar Elektronikus Könyvtár és a MATARKA adatbázisa.

2.1 Biztosítás, egészségbiztosítás fogalmai

A **biztosítás fogalmát** közgazdasági és jogi megközelítésben is vizsgálhatjuk. A jogi közelítésben maga a biztosítási szerződés a meghatározó, melyben a biztosító meghatározott jövőbeni biztosítási esemény bekövetkezésétől függően bizonyos összegnek a megfizetésére, a biztosított, illetve a másik szerződő fél pedig díj fizetésére vállal kötelezettséget.

A közgazdasági megközelítésben a váratlan esemény a meghatározó kérdés, melyet a biztosítás, mint kollektív gondoskodás a jövő bizonytalansága ellen, a váratlan káreseményeket hivatott pénzügyileg kompenzálni. (PSZÁF, 2008)
Az elemzések kapcsán a továbbiakban a közgazdasági megközelítést fogom alkalmazni az egészségbiztosítások vizsgálatánál. A biztosítás piacának életre hívója a bizonytalanság, és így az egészségbiztosításnak is, mely környezetünk meghatározó tulajdonsága. A bizonytalanság nem más, mint az emberek és a környezet viszonyának azon tulajdonsága, hogy e viszony alakulása nem látható előre. A bizonytalanság következménye a kockázat, mely a jövőben bekövetkezendő kedvezőtlen esemény valószínűsége. (Balázs Péter,1998) A kockázat tehát a veszély megvalósulásának valószínűsége.

Chikán (Chikán, 2003) szerint: „a kockázat: egy cselekvési változat lehetséges negatívan értékelt következményeinek teljes leírása, beleértve a következmények súlyának és bekövetkezésük valószínűségének megmutatását is.”
A kockázat mértéke függ az adott eseményre vonatkozó, rendelkezésre álló információk mennyiségétől és minőségétől. Bizonytalan helyzetben az egyén különböző magatartást tanúsíthat:

- Kockázatkerülő egyén: aki többre értékeli egy adott többletveszteség kockázatának elkerülését, mint a többletnyereség elérésnek lehetőségét.
- Kockázatvállaló egyén: aki a fenti lehetőségeket éppen fordítva értékeli.
- Kockázat-semleges egyén: aki mindkét kockázatot egyenlőnek ítéli meg.

A **biztosítások kialakulásának feltétele** az egyének kockázatkerülő magatartása. (Blomqvist, 1997) A biztosítás egy adott közösségen belül osztja meg a kockázatokat, így kezelve a bizonytalanságot. A biztosító átvállalja az adott kockázatközösséghez tartozó egyének kockázatát a biztosítási díj kifizetése fejében, mely tartalmazza a veszteség várható értékét és fedezi a biztosító adminisztrációs költségeit is.

Az egészségbiztosítók megjelenésének is így fő oka a bizonytalanság, amely az egészség kapcsán jelentkezik. A bizonytalanságot egyrészt okozhatják az egyénre ható környezeti, életmódbeli hatások, melyek **megbetegedésekhez** vezethetnek, másrészt **az egészség helyreállítására** tett erőfeszítések bizonytalan költsége. Arrow (Arrow, 1963) az egészségünkkel kapcsolatos kétféle formában létező kockázatot különböztet meg: az egyik kockázat maga a megbetegedés, a másik az, hogy maga a felépülés sem teljesen biztos. A betegségek nehezen jelezhetők előre és a diagnosztizálás, gyógyítás is magas költségekkel jár. A felgyógyulás bizonytalan, még az egyre jobb, hatékonyabb orvosi beavatkozások ellenére is –ez pedig azzal a kockázattal jár, hogy a beteg nem lesz képes újratermelni a gyógyításához szükséges összeget és/vagy munkaerő potenciálja csökken.

Az egészséggel kapcsolatos kockázatokhoz, illetve kezelésükkor kétféle lehetőség áll fenn, ugyanúgy, mint a biztosításoknál általában. Az egyén vagy vállalja a kockázatot, vagy nem. A gyakorlatban kockázat-semleges magatartás nem létezik. Az, aki **risk taker** (kockázatvállaló) egy növekvő határhasznú konvex függvénnyel jellemezhető. Ő a bizonytalanság várható hasznosságát preferálja a biztos kimenetelű lehetőség hasznosságával szemben. Az **un. risk averse** (kockázatkerülő) egyén magatartása éppen ellentétes, így görbéje a csökkenő határhasznot mutató konkáv határhaszon függvény. A biztonságos biztosítási konstrukció választása, ebben az esetben mindig nagyobb hasznosságot eredményez, mint a bizonytalan kimenetelű alternatíva várható hasznossága. Ebből a közgazdaságtani alapvetésből indul ki számos szerző, amikor magát az egészségbiztosítás intézményének létét, okait vizsgálja.(Culyer, 1999; Blomqvist, 1997) Ebben a kérdésben a magyar kutatók is hasonló álláspontot képviselnek egészség-gazdaságtani publikációikban. (Nagy – Dózsa, 1995; Boncz – Horváth, 2001; Orosz, 2008)

Az egészségügyi kockázatok egyéni dimenziója mellett párhuzamosan jelentkezik a megbetegedések társadalmi kockázata is. Közgazdaságilag **a betegségek negatív externáliaként jelennek meg**, pótlólagos terheket, költségeket róva a társadalomra. Ezzel szemben az egészséges emberek munkája során képződő több jövedelem, több adó, **pozitív**

externáliaként hat. Társadalmi szinten az externáliák mellett a jóléti államokban megjelennek a szolidaritási és méltányossági szempontok is.

A méltányosság fogalma az egészségügyben a források igazságos újraelosztását jelenti egy bizonyos társadalmi értékítélet alapján. (Williams és Coockson, 2000; Roberts et al., 1998; Pereira, 1993; Culyer, 1995) Az egészségbiztosítás kialakulásának motívuma kétféle módon jelenik meg. Egyrészt, mint a jóléti állam gondoskodó szándéka, másrészt, mint a társadalom számára hasznot hozó, kedvezőbb feltételeket teremtő intézménye. A méltányosság az egészségügyben így horizontálisan, és vertikálisan értelmezhető. (Culyer – Wagstaff, 1993) Az egyenlő hozzáférés méltányossága a horizontális, míg a vertikális síkban jelenik meg az egyenlő fizetés. (Nagy – Dózsa, 2005) Az egyenlő hozzáférés azt jelenti, hogy a források az egyéni szükségleteknek megfelelően legyenek elosztva ugyanolyan szükségletek esetén. Az egyenlő befizetések egyenlő jövedelemért elv szerint **a költségekhez a hozzájárulást a jövedelem arányában kell meghatározni**, nem pedig a betegség súlyosságának mértékében. (Rice – Smith, 2001) A horizontális méltányosság adott feltételek mellett megegyezik az allokációs hatékonysággal, viszont a vertikális méltányosság érvényesítése választás a hatékonyság és méltányosság között. (Hauck et al., 2002)

A **biztosítás alapfeladata**, hogy csökkentse az egyének által viselt kockázatokat. A kockázatviselők egy közösségbe gyűjtésével szétteríti a kockázatukat, csökkenti a biztosítottak várható vagyoni helyzetének variabilitását. A rizikócsoport növekedésével egy adott valószínűséggel bekövetkező esemény várható előfordulása egyre jobban közelít az esemény valódi bekövetkezésének gyakoriságához. (Folland et al., 2001) A biztosítható kockázatoknak vannak bizonyos feltételei, amiknek teljesülni kell ahhoz, hogy a biztosítás létrejöjjön. (Gál, 2008; Nagy – Dózsa,2005; Adorján et al., 2005; Banyár, 2001; Schneider, 2001; Asztalos, 1997). A biztosítók az un. spekulációs kockázattal nem foglalkoznak, a tiszta kockázatokra fókuszálnak.

A biztosítás létrejöttének feltételei:

- **véletlenszerűség**: a kockázat valószínűségi alapon jelentkezik, véletlen eseményről van szó, érvényesül a nagy számok törvénye; a biztosított nem képes befolyásolni a biztosításban szereplő káreset valószínűségét;
- **egyértelműség**: a kár felmérhető és egyértelműen meghatározható;

- **becsülhetőség**: előre felbecsülhető a kár és egyenlő az informáltság, azaz a biztosító és a biztosított informáltsága megegyezik a várható kockázatok nagyságáról és valószínűségéről;
- **függetlenség**: a bizonytalan események egymástól függetlenül jelentkeznek;
- **gazdaságosság**: a sok esemény bekövetkezése lehetővé teszi a kockázatok közös alapba gyűjtését, a szélsőségek kiiktatását és a kockázatok átlagolását.

Az egészségbiztosításnál azonban a fenti feltételek nem valósulhatnak meg teljes mértékben. Hiszen a megbetegedés nem teljesen független esemény, megjelenése kor és egyéb körülmények (születési rendellenesség, munkakör) függvénye. Így a káralakulás sem tekinthető abszolút a véletlen művének. Továbbá vannak olyan tudatosan vállalt kockázatok (terhesség, szülés), melyek távol állnak a véletlenszerűség feltételétől. Az egyén sok esetben maga is befolyásolhatja egészségi állapotát (szenvedélybetegségek, elhízás, mozgás- szegény életmód). Az informáltság eltérő szintje a biztosítottnál és a biztosítónál, az un. információs aszimmetria nem csak az egészségbiztosításnál van jelen, azonban itt hangsúlyozott.

Az egészség-gazdaságtani jegyzetekben (Népegészségtan, 2001, Boncz – Horváth, 2001) általában három, az állam által számításba vett fő kockázatot említenek:

- az egészséghez kapcsolódó kockázatot (átmeneti vagy tartós romlás)
- a munkahelyi baleset kockázatát
- a munkaképtelen öregkorhoz kapcsolódó kockázatot.

Ezek a kockázatok történetileg, az elmúlt csaknem másfél század folyamán más és más szerepet kaptak a különböző társadalombiztosítási rendszerekben. Mihályi (2003) szerint a társadalombiztosítás körében nem alkalmaztak semmilyen új technikai megoldást, csak a már meglévő biztosítási típusokat, amelyek közvetve vagy közvetlenül a munkaviszonyban álló foglalkoztatottak és családtagjaik szociális biztonságát garantálták.

Az **egészségbiztosítás működését** számos közgazdász modellezte. (Folland et al., 2001; Cutler és Zeckhauser, 2000; Zweifel, 1996) A Cutler és Zeckhauser (2000) féle modell nem tesz különbséget az előzőekben említett méltányossági és hasznossági közelítés között. A számos egyszerűsítés (egy betegség ismert, a biztosítottak ugyanolyan kockázatúak, a betegek képesek rangsorolni) ellenére képesek megragadni az egészségbiztosítás lényegét. „**Az egészségbiztosítás a hasznosság maximalizálása érdekében hajt végre jövedelemtranszfert**.” (Nagy-Dózsa, 2005) Az egyén tehát

alacsonyabb fogyasztás mellett, nagyobb hasznosságot ér el a biztosítás megkötésével, mintha nem kötné meg és vállalná a kockázatot. Meza (1983) szerint az egészségbiztosításnak nem csak a hatékonyság, a hatékony kockázat porlasztás a célja, hanem az állam által felvállalt biztosítói feladatokon keresztül egyfajta jövedelem újraelosztás is, az egészséges egyénektől a betegek felé. Az, hogy az előbb tárgyalt **hatékonysági** vagy a jóléti funkciót hangsúlyozó **méltányossági** szempont közül melyik kerül előtérbe, meghatározza azt a szemléletet, illetve azt az értéket, amely mentén az egészségbiztosítási rendszer felépül. A **hatékonysági szemlélet** szerint az egészségbiztosítás értéke a fizetőképesség függvénye, ahol tisztán piaci szabályok érvényesülhetnek. (Nagy – Dózsa, 2005) **A szolidaritási szempontokat** előtérbe helyező rendszerekben a hozzáférés mindenki számára lehetséges. Ez azonban azt jelenti, hogy a tiszta piaci működés nem érvényesülhet, illetve az állam feladata a hozzáférés jogának biztosítása.

2.2 Az egészségügyi piac sajátosságai, speciális jellemzői

A fejlett országokra a XX. század második felétől jellemző a jóléti kiadások erőteljes és folyamatos növekedése, mely párosul az orvosi technológia által kínálta gyógyító lehetőségek bővülésével. Ez adja meg az indulását egy új tudományág megszületésének a gazdaságtudományok és az egészségtudományok határterületén. Mogyorósy (2002) ezt a határterületet, illetve ennek történetét foglalja össze, elemezve, miként határolódik el az egészség-gazdaságtan a közgazdasági tudományokon belül, valamint, azt hogy hogyan kapcsolódik altudományához, az egészségügy közgazdaságtanához. (Nem húzható azonban éles határvonal az egészség-gazdaságtan és az egészségügyi közgazdaságtan között. A kilencvenes években egymás szinonimájaként használták a fogalmakat.)

A mindössze negyvenéves múlttal rendelkező egészség-gazdaságtan számos közgazdászt (Arrow, 1963; Lee, 1983; Culyer, 1981; Phelps, 1995) állított maga mellé, akik a közgazdaságtan elméleti és módszertani ismereteit az egészségügyre kezdték alkalmazni, de arra hívták fel a figyelmet, hogy **a közgazdasági elméletek és szabályok csak korlátozottan érvényesek az egészségügyben**. Ez adja meg az alapját ennek a fejezetnek, mely az egészségügyi piac sajátosságait elemzi.

Magyarországon és a többi közép-kelet-európai volt szocialista országban az egészség-gazdaságtan a kilencvenes évek végén kezd megjelenni, mint önálló tudományág. Számos jegyzet és tankönyv, tanulmány születik meg. A hazai szerzők közül Gulácsi (2005), Boncz (2001), Mihályi (2003), Kornai (1998a), Balázs (2001), Kincses (1999) által írt munkákra támaszkodom, mint kiinduló pontra.

Szalai (2007) szerint az egészségügyi piac problémáit elemző irodalmat többnyire **a jóléti közgazdaságtani megközelítés uralja**, mely abból indul ki, hogy a gazdaság működését a mikroökonómiai tankönyvek piacot leíró modelljei jól jellemzik. Ez a várt eredményt veti össze a társadalmi hatékonyság és méltányosság elvárásaival. A neoklasszikus és más társadalomtudományi modellek (mikroökonómia, jóléti közgazdaságtan, közpénzügyek) számára **a piac és az állam egymást kizáró mechanizmusok**: amennyire jelen van az egyik, annyira szorul ki onnan a másik. Ezt elemzi bővebben Cutler és Gruber (Cutler – Gruber, 1996), valamint Barros (Barros et al., 1995) Ha **a jog közgazdasági vizsgálatából** indulunk ki, a **kormányzat nem csak a piacot kiszorító intézmény lehet, hanem annak működését elősegítő**. Szalai (Szalai, 2007)) Coase híres mondatait idézi, mikor azt állítja, hogy: „amikor a jóléti közgazdaságtan piaci kudarcot lát, akkor legtöbb esetben nem a piac, hanem a kormányzat nem teljesítette a feladatát."

Preker és Harding (2005) a World Bank vezető közgazdászai, tanulmányukban a köz- és a magánszektor közötti feladatmegosztás egészségesebb egyensúlya megteremtésének lehetőségét vizsgálják az új intézményi közgazdaságtan és a szervezetelmélet legújabb eredményeit felhasználva. Ők **a magánszektor szerepének erősítését szorgalmazzák** az állami egészségbiztosítási rendszerek átalakításánál. Tanulmányukban amellett érvelnek, hogy az államnak ki kéne vonulnia a szolgáltatások és az egészségügyi inputok közvetlen előállításából, emellett azonban nagyobb kormányzati szerepvállalást követelnek az egészségügy finanszírozásában, irányításában, szabályozásában és ellenőrzésében. Három lépést ajánlanak ennek eléréséhez: Először ott, ahol eleve jelentős a magánszektor szerepe - jobb koordináció, szerződések és támogató szabályozás révén jobban ki kell használni a piacon rendelkezésre álló forrásokat. Második lépésként az ezen a területen szerzett tapasztalatokat ott is hasznosítani kell, az egészségügy azon területein, ahol a magánszektor szerepe még nem jelentős. Végezetül, ott ahol a kormányzati szektor szerepe túlzottan nagy és nem kellően hatékony, a közvetlen privatizációt ajánlják, illetve a magánszektortól szerződéses keretek között történő vásárlást, mint lehetséges megoldást.

Ezzel szemben **Orosz** (2008) azt szemléletváltozást hangsúlyozza, amely **figyelembe veszi az egészségügy gazdaságtól eltérő sajátosságait**, valamint az állam és a piac korlátait. Cikkében az IMF által megjelentetett tanulmányt (Hsiao – Heller, 2007) idézi, mely megpróbálja azt a mítoszt szertefoszlatni a makro-közgazdászok körében, mely szerint a privát szektor által működtetett egészségbiztosítás és egészségügyi szolgáltatás eleve hatékonyabb, mint a közszektor (public sector).

Az 1970-es évektől kezdődően napjainkig a jóléti közgazdaságtan piacközpontú megközelítése volt irányadó, mely az egészségügyi rendszer hatékony vagy nem hatékony működésének okait magából **az egészségügyre jellemző aspektusokból** vezeti le. Eszerint:

- Az egészségügy sajátos célokkal bír. (Olyan egészségügyi rendszer kialakítása a cél, amely egészségi állapot orientált, esélyegyenlőségre törekszik, a rendelkezésre álló erőforrásokkal a lehető legnagyobb javulást kívánja elérni, az egyének számára választási lehetőséget biztosít, a finanszírozhatóságot és a közpénzek felhasználásának átláthatóságát fontosnak tekinti. (Stiglitz, 2000)
- A piac törvényei torzítottan érvényesülnek, a verseny korlátozott, ezért a piaci kudarcok gyakoriak. Az egészségügyi piacok nem teljesítik a szabályos kompetitív piacok feltételeit, azaz a következőket: a piacon sok eladó van és mindegyikük profitmaximalizálásra törekszik, a piaci csere tárgyát képező termék homogén, a fogyasztók jól informáltak, a fogyasztó állja a vásárolt termék teljes költségét.
- Puhák a kilépési és hozzáférési korlátok, az egészségügyi szolgáltatók többsége nem profitorientált.
- Egyedi abban a tekintetben, hogy a finanszírozó elválik a fogyasztótól.
- A versengő biztosítási piac kudarcai sokkal élénkebben jelentkeznek, és viharosabb következményekkel járhatnak, mint egyéb területeken

Egyre erősödnek azonban azok az irányzatok, melyek az intézményi rendszer nem kellő működését hangsúlyozzák. Az Egyesült Államokban 2007-ben kirobbant pénzügyi válság globálissá válásával a piaci fundamentalista megközelítés úgy tűnik, háttérbe szorul az állam fokozott szerepét hangsúlyozó, intézményi közgazdaságtannal szemben. Véleményem szerint, napjainktól ez az irányzat lesz meghatározó az egészségügyi közgazdaságtan területén is.

Az egészségbiztosítási piacot az egészségbiztosítási szektor jellegzetességei nagyban meghatározzák. Az egészségügyi rendszerek modernizálásának kérdésekor a sokszor teljesen különböző vélemények. (Stiglitz, 2000; Kornai, 1998; Zweifel – Manning, 2000; Nagy – Dózsa, 2005; Szabó – Gilly, 2003; Mihályi, 2003; Szalai, 2007; Barr, 2001; Le Grand, 1999)

A piaci kudarcok okait a következőkben jelölik meg:

- Származtatott kereslet (supplier induced demand)
- Potyautas effektus (moral hazard)
- Monopólium vagy oligopolium
- Egyenlő hozzáférés elve
- Információs aszimetria (information assymetry)
- Kockázatszelekció (risk selection)
- Antiszelekció (adverse selection)
- A beteg kiszolgáltatottsága
- A szolgáltató által keltett igény

Az egészségügyi piacon csak **származtatott kereslet** jelenhet meg, ugyanis magát az egészséget piaci viszonyok között nem „árulják”, azaz az egészségnek „nincs piaci értéke”, „nem áru”. Helyette az egészségügyi szolgáltatás jelenik meg áruként, amelynek kereslete származtatott. Természetesen ettől függetlenül minden ember számára az egészségnek felbecsülhetetlen értéke van. A probléma azonban éppen abból adódik, hogy a piaci körülmények híján nem tudjuk meghatározni, mennyit ér az egészség a „felhasználó” számára, mennyit fizetne érte.

Az egészségügyi szolgáltatások egy része nem magánjószág, hanem közjószág, mely kínálata tisztán piaci alapon nem szervezhető meg. Az egészségügy piacán fokozottan jelenik meg a **potyautas effektus**, mivel a közjavakért nem lehet díjat szedni, és nem akadályozhatjuk meg az embereket, hogy fogyasszanak belőle. (pl. a járványellenes intézkedések)

A szolgáltatói oldal közgazdasági szempontból **oligopol piac**, mivel az egészségügyi szolgáltatások egy része helyhez kötött. Kevéssé, vagy egyáltalán nem érvényesül a verseny, hiszen egy kis falu háziorvosa helyett a beteg nem választhat magának másikat, azaz nem érvényesíthető a szabad orvosválasztás.

Az emberek nagy része vallja azt az erkölcsi elvet, hogy az alapvető egészségügyi szükségleteket minden ember számára ki kell elégíteni. Éppen ezért az egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozóan a specifikus egalitárius elvek nagymértékben elfogadottak, azaz az egyenlő hozzáférés mindenki számára biztosítandó. Másképpen fogalmazva használatából, igénybe vételéből senki sem zárható ki. A modern társadalmakban az emberek többsége indokoltnak tartja, hogy beteg embertársait valamilyen módon meggyógyítsák. Kialakul egyfajta szolidaritás a biztosítottakban a rászorulók iránt. Az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti kapcsolatban több ismert jelenség is szélsőségesebben mutatkozik meg, mint az üzleti szférában a termelő-fogyasztó viszony esetében.

Az információs aszimmetria a modern közgazdaságtan által sokoldalúan tanulmányozott jelenség arra az információtöbbletre utal, amelyet az egyik fél birtokol a másikkal szemben egy döntési helyzetben, például valamilyen tranzakció során. Ez a helyzet más piacokon is jelentkezik, azonban az egészségügy esetében különösen intenzíven mutatkozik meg. A vevő, azaz a beteg nem rendelkezik elegendő információval a szolgáltatás, azaz az összes lehetséges kezelés hatékonyságáról, költségéről. Ennek következtében nincs lehetősége arra, hogy válasszon az egyes szolgáltatások között.

A kínálati oldal, azaz az orvos vagy az egészségügyi szolgáltató intézmény sokkal többet tud a tranzakció tárgyáról, azaz a lehetséges egészségügyi eljárásokról, azok hasznáról és költségeiről. Ez az információs aszimmetria okozhatja, hogy az „**eladók" esetleg az egyensúlyi ár fölé emelhetik áraikat** anélkül, hogy sok fogyasztót veszítenének. Mivel a beteg nem rendelkezik elegendő információval, a szükséges kezelés módjának kiválasztását a szolgáltatóra, azaz az egészségügyi személyzetre, elsősorban az orvosra bízza. Így az orvos a döntés meghozatalakor, egyben a beteg érdekeinek képviselője is. Teljes azonosulás esetén képes a beteg hasznát maximalizálni. Ez a képviseleti szerep megsérül(het), mikor az orvos saját igényeit is figyelembe veszi, hiszen ez a tevékenység számára saját megélhetésének forrása is egyben. Ez a körülmény vezethet torzításhoz, abban az esetben, ha az orvos nem csak a beteg érdekeit veszi figyelembe, hanem saját hasznát is maximalizálni próbálja.

A beteg kiszolgáltatottsága részben az információs aszimmetria következtében, de nem kizárólag emiatt jelentkezik. Ugyanis, még ha a beteg kellőképpen informált - például maga is orvos - akkor sem lehet minden körülmény között bevonni a döntéshozatalba. Elég csak arra az esetre gondolni, amikor a beteg nincsen tudatánál. A beteg szuverenitása tehát

mindenképpen sérül, azonban nem mindegy, hogy ez milyen gyakori és milyen mértékű. A kiszolgáltatottság mértéke enyhülhet a szabad orvosválasztás intézménye révén is. Tehát joga van választani, de egyben felelős is a választás következményeiért.

A szolgáltató által keltett igény: Az orvosok szerepe miatt az egészségügyi szolgáltatások iránti keresletet maga a szolgáltató alakítja, azaz a kereslet és a kínálat nem független egymástól. Ez lehetővé teszi azt, hogy a szolgáltató magasabb fogyasztásra ösztönözze a beteget, ahhoz képest, amit teljes körű informáltsága esetén fogyasztana.

A **szolgáltatásokra jellemző sajátosságok** (megfoghatatlanság, tárolhatatlanság, elválaszthatatlanság, komplexitás stb.) az egészségügyre is érvényesek, ezek közül csak a téma szempontjából legfontosabbakat fejtem ki részletesebben.

Az egészségügyi szolgáltatások **komplexitása** növekszik, egyre inkább egyénre szabottakká válnak, amely nagymértékben befolyásolja a „fogyasztói" (beteg-) elégedettséget. Az egészségügy esetén fokozottan érvényesül a szolgáltatásokra jellemző **sokféleség,** hiszen a kezelés módja még ugyanazon diagnózis esetén is többféle lehet. (pl.: a szempontok számának emelkedése figyelhető meg: esztétikus vágás, eltakarható műtéti heg, gyors beavatkozás/gyógyulás stb.) Azaz az egészségügyi szolgáltatások **heterogének.** Mindemellett a **nehezen helyettesíthetőség** is jellemzi az egészségügyi eljárásokat, beavatkozásokat. Az utóbbi tényezők is fokozzák az egészségügyi szolgáltatások körüli **bizonytalanságot,** amely a kereslet és a kínálat oldaláról egyaránt jelentkeznek. Bizonytalan a várható kereslet szintje és minősége, hiszen az egyének jövőbeli egészségi állapotát, az egyes megbetegedéseket nem lehet pontosan megjósolni. A **lakosság indokolt elvárásainak szintjét** nehéz meghatározni. Bizonytalan a kínálati oldal is, ugyanis „az egészségügyi szolgáltatás bizonytalan körülményekre adott válaszok összetett sorozata" (Nemec, 2000) – azaz maga a szolgáltató sem tökéletesen informált. Végül bizonytalan az adott egészségügyi szolgáltatás kimenetelének foka, hatékonysága is, ugyanis nehéz megállapítani azt, hogy az egészségügyi szolgáltatás valóban elérte-e célját.

2.2.1 Az egészségbiztosítási piac jellegzetességei és ezek következményei

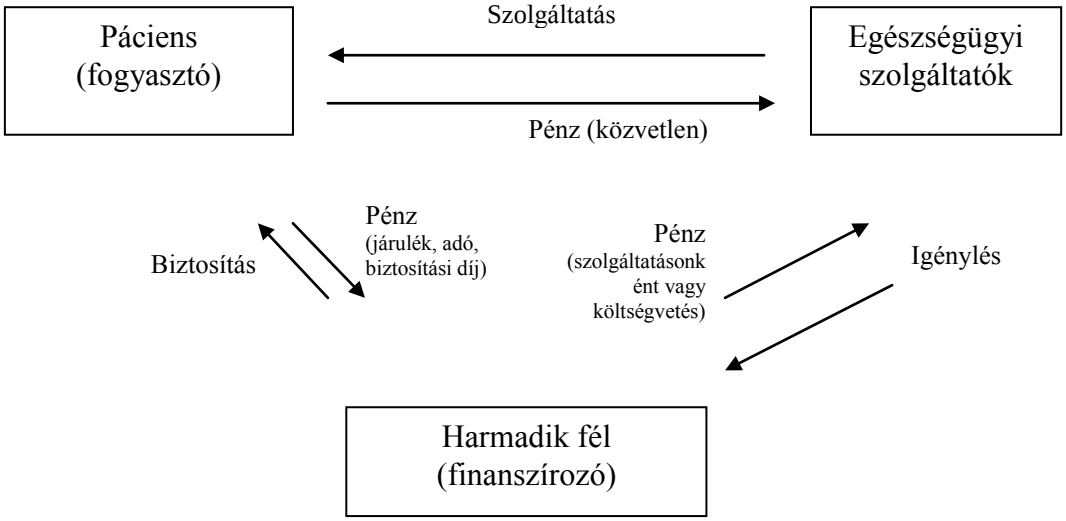
Az egészségügyi piac ismertetett sajátosságai következtében jellemző, hogy a szolgáltató és az ellátást igénybevevő közé belép még egy szereplő, a finanszírozó. (Stiglitz, 2000) A harmadik fél feladata, hogy átvállalja a páciens pénzügyi kockázatát, ezt a szerepet betöltheti magánbiztosító, társadalombiztosító, de akár az állam a költségvetésen keresztül is. A magánbiztosítót kiváltó egyéb megoldások (pl. társadalombiztosítás, állami költségvetés) a biztosítási piac speciális jellegzetességei miatt jelentek meg.(Nagy – Dózsa, 2005)

Az egészségbiztosítási piacok speciális jellemzői:

- az ügynök megbízó viszony
- a morális vagy erkölcsi kockázat
- káros szelekció:
    - a keresleti oldalon
    - a kínálati oldalon

Az **ügynök probléma** (agency problem) az egészségbiztosításban is jelen van piaci kudarcot okozva. Az 1. sz. ábra az egészségbiztosítási piac szereplőit mutatja, illetve azt, hogy hogyan áramlik a pénz és a szolgáltatás az egyes résztvevők felé.

1. sz. ábra: Az egészségügyi szolgáltatás és finanszírozás sémája



Forrás: Stiglitz (2000)

Az egészségügyben ritkán találunk arra példát, hogy egy beteg pontosan ismerné a betegségét annak kezelési módját, és árát. A betegek által megjelenő kereslet tulajdonképpen az orvos által előírt gyógymód, javaslat alapján keletkezik. Az ügynök (maga az orvos) maga ad megrendelést a saját szolgáltatására, amit a beteg (megbízó) és a biztosító (finanszírozó) költségeit terheli. A biztosító költségtakarékosan akar gazdálkodni, miközben a beteg elvárja, hogy a legjobb szintű ellátást finanszírozza. Az orvost a hippokratészi eskün túl, befolyásolhatja saját karrierterve és gazdasági megfontolásai is. A három szereplő érdeke különböző, így ellentétes irányban befolyásolhatja az ellátás mennyiségi és minőségi paramétereit. A biztosítás politika hivatott ennek az ellentétnek a kezelésére és megfelelő mederben tartására. (Nagy – Dózsa, 2005)

Erkölcsi kockázat (moral hazard): A kifejezés a biztosítótársaságok igénybevétele esetén bekövetkező jelenségre utal. Minél teljesebb mértékben fedezi a biztosítás a kárt, a biztosított annál kevésbé ösztönzött a kár megelőzésére. A személyenként realizálódó kockázatot a kockázatközösség viseli, így megnő a veszélye annak, hogy a **biztosított kevésbé lesz költségtudatos.** (Nagy – Dózsa, 2005) Ez nem egy ballépés az egyén részéről, hanem csak egy ésszerű fogyasztói magatartás. (Cutler – Zeckhauser, 2000) Ez a helyzet az egészségügyben is megtalálható fokozott formában, méghozzá mind a páciens, mind az orvos/szolgáltató oldalán.

A páciens „erkölcsi kockázata" abból ered, hogy a biztosítottság következtében közvetlenül az egészségügyi szolgáltatás nyújtásakor nem vagy csak csökkentett árat kell fizetnie. Az egyén ösztönzése a betegség megelőzésére gyenge, valamint bekövetkezésekor a beteg költségesebb szolgáltatás igénybevételére hajlamos azáltal, hogy a közvetlen árhatás nem jelentkezik. A szolgáltató „erkölcsi kockázata" pedig abból eredhet, hogy hiányzik az orvosok költségtudatossága, azaz az egészségügyi szolgáltatás kiválasztásakor nem veszik figyelembe annak költségeit; illetve az orvosok javadalmazási rendszerének sajátosságaiból adódik, amely különböző irányba torzíthatja az egészségügyi szolgáltatások nyújtását. Ez a konstrukció tehát arra ösztönzi a beteget és az orvost is, hogy a gyógyító ellátás költségeit kevésbé fontos, másodlagos szempontnak érezze.

A szolgáltató keltette igény, valamint az erkölcsi kockázatok az egészségügyi szolgáltatások túlzott igénybevételéhez, illetve nem mindig a legmegfelelőbb kezelés alkalmazásához vezethetnek. Például az egyébként magas színvonalú kanadai

egészségügyben a felesleges kiadások nagyságát az összkiadás 30-60%-ára, az USA-ban 30%-ra becsülik. (Mihályi, 2002)

A biztosító a biztosítási díjat úgy határozza meg, hogy az fedezze a kockázat miatti veszteség várható értékét és az adminisztrációs költségeket, valamint a hozamát, azaz minél nagyobb a valószínűsége a káresemény, azaz a megbetegedés bekövetkezésének, annál nagyobb díjat szab meg. Az üzleti alapon működő magánbiztosítónál ez azonban káros szelekcióhoz, ún. kontraszelekcióhoz vezethet. (Szabó – Gilly, 2003)

A **kontraszelekció azt** jelenti, hogy az átlagosnál alacsonyabb kockázati szinttel rendelkező egyének - a közösségi díjszabás alapján meghatározott - biztosítási díjat magasnak érzékelik, így nem kötnek egészségbiztosítást. A biztosító ekkor azonban még magasabbra emeli a díjat, hiszen a bennmaradtak átlagos kockázati szintje, megbetegedésének valószínűsége emelkedik. A következő lépésben az új szint alattiak is kilépnek. Ez a folyamat oda vezetne, hogy a legnagyobb kockázatú egyének válogatódnak ki. Azonban ezek a magas kockázatú csoportok, rendszerint nem engedhetik meg maguknak az ily módon kialakult magas biztosítási díjakat. (Ugyanis a legmagasabb kockázatúak az idősek és az alacsony jövedelműek.) Amennyiben valaki azért nem vállalja a biztosítási díj kifizetését, mert nincs rá pénze, a szelekció már károsnak nevezhető. Érthető, hogy a biztosítótársaságok érdeke az lenne, hogy a magas jövedelmű és alacsony kockázatú (egészséges) emberek kössenek biztosítást. Ezt nevezi Mihályi Péter (Mihályi, 2002) **lefölözésnek (cream skimming)**, azaz amikor a biztosító képes a magas kockázatú/magas költségű ügyfelek kiszűrésére, és csak a kedvezőbb kockázattal rendelkező ügyfelekkel köt szerződést. Ha a kockázatkiegyenlítési mechanizmus hiányzik a piacról, a **kockázatszelekció** jelenik meg. Ennek következtében nagy a valószínűsége annak, hogy a szegényebb, betegebb egyének biztosítás nélkül maradnak. (Szabó – Gilly, 2003)

Amennyiben a biztosítónak lehetősége van arra, hogy a biztosított kórtörténetét és egészségi állapotát megismerje, akkor lehetősége lenne a biztosítási díjak nagyságát ez alapján differenciálni a különböző kockázattal rendelkező biztosítottak között (feltételezve, hogy az adott ország törvényei az ilyen jellegű differenciálást lehetővé teszik). Azonban a biztosítóknak nincs elegendő információjuk ahhoz, hogy az ügyfeleket kockázati státuszuk alapján válogassák ki. Ezt támasztják alá az amerikai tapasztalatok is. (Relman, 2002; Helman et al., 2006) Az USA-ban a biztosítók által felmérhető ügyfélkockázati tényezők (nem, kor, családi állapot, életkor stb.) a kiadások szórásának csak 10%-át indokolják. Ha

ezekhez még hozzávesszük a biztosított egészségi állapotát, kórtörténetét, sőt a családjában tapasztalható megbetegedéseket, akkor is csak további 20-30%-kal csökkenne az így kialakított kockázati csoportokban a szórás. Azonban ez utóbbi adatok megszerzését már a legtöbb országban korlátozzák/tiltják, azaz a biztosító számára alakul ki hátrányos információs aszimmetria. A biztosítóknak azonban van még egy lehetőségük a lefölözésre. Ha olyan biztosítási konstrukciót ajánlanak, amelyben a biztosítottnak önrészt kell fizetnie az esemény bekövetkezésekor (bizonyos százalékban neki is állnia kell a költségeket), akkor a magukat átlagosnál egészségesebbnek gondoló ügyfelek még mindig hajlandóak szerződést kötni, így az ügyfelek maguk végzik el a szelekciót.

Az előbbiek következtében, több tényező hatására a magánbiztosító esetén kialakulhat egyrészt az egészségügyi szolgáltatások túlzott igénybevétele, másrészt a nem biztosítottak csoportja, amely súlyos következményekkel járhat a társadalom számára. A kiszorulók ellátásáról egy állami vagy egy közös kockázati alapnak kell gondoskodnia. Ez pedig a potyautas effektus kérdését veti fel.

A fenti okok és az egészségügyi piacon jelenlévő externáliák[2] miatt az állam beavatkozását figyelhetjük meg az egészségbiztosítás piacán. Ennek következtében a magánbiztosítók helyett vagy mellett a harmadik fél (finanszírozó) szerepében megjelenhet a társadalombiztosító vagy akár az állam is a költségvetésen keresztül.

2.2.2 Állami beavatkozás az egészségbiztosítás piacán

Az **egészségbiztosítás piacán az állami beavatkozás** célja a társadalom számára káros hatások kiszűrése, így például a biztosítottak szelektálásának megakadályozása, az egyenlő hozzáférés elvének, a szolidaritás elvének érvényesítése, mely alapján az egyének a teherviselő képességük arányában vesznek részt az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásában. Az állami beavatkozásnak többféle fokozata lehet.

Elképzelhető, hogy szabályozások révén próbálja meg korlátozni a biztosítók szelekcióra való törekvését, megakadályozva azt, hogy például egészségi állapotra hivatkozva elutasítsák az ügyfelet. Ha a biztosítókat szigorú szabályok közé szorítják, elterjedt gyakorlat, hogy a biztosítók között **egy kötelező kockázatkiegyenlítő alapot hoznak**

[2] Amelyek szintén a teljes lakosság ellátása, biztosítása mellett szólnak, pl. pozitív externália a fertőzések elleni védőoltások hatása

létre, amely az eltérő kockázatú populációk (nem, kor, lakhely) esetében kiegyenlíti az eltérő ügyfélkockázat miatt várható költségkihatásokat. (Mihályi, 2002)

Olaszországban a magánbiztosítási szektor erőteljesen integrálódott a közszférával, melynek következtében a magán egészségbiztosítók által kínált szolgáltatások inkább helyettesítik, semmint kiegészítik az Országos Egészségügyi Szolgálat nyújtotta szolgáltatásokat. Előfordul, hogy az állam szabad teret enged a magánbiztosítóknak, és csak az általuk **le nem fedett kockázatközösségekre** hoz külön szabályozást. Ez történt például az USA-ban, ahol a magánbiztosítók működésének következtében, éppen a szegény és/vagy idős lakosság maradt biztosítás nélkül, és ily módon került sokkal kiszolgáltatottabb helyzetbe az egészségügyi ellátás igénybevételekor. Ennek a problémának az orvoslására indították el a Medicaid- és a Medicare-programot (Schlesinger – Hacker, 2007; Gulácsi et al., 2007), amelyek éppen ezeknek a társadalmi rétegnek az egészségügyi költségeit fedező biztosítási alapokat jelentik. Ennek köszönhetően az USA-ban ma a népesség 85%-a rendelkezik a magánbiztosításokon vagy a kormányzati programokon keresztül egészségbiztosítással. A maradék 15%, azonban semmiféle egészségbiztosítással nem rendelkezik jelenleg.[3]

Más országokban a szolidaritás elvének érvényesítése érdekében társadalombiztosítást vezettek be, amelynél a fő különbség a magánbiztosításhoz képest a kötelező jelleg, ez a legtöbbször kötelező járulékfizetés formájában jelenik meg, amely jövedelemarányos (nem az egyéni kockázatok alapján megszabott mértékű). A kötelező járulékfizetéssel sikerül kiküszöbölni a magánbiztosítók egyik legkedvezőtlenebb hatását, a káros szelekciót. A társadalombiztosítás működhet egy, illetve több biztosítós modellben. Azonban a társadalombiztosítás bevezetésével sem szűnik meg teljesen a magánbiztosítók szerepe az egészségbiztosítás piacán, kiegészítő biztosítás formájában vagy akár alapbiztosításként is működhet a szabályozásoktól függően, és így mégis kiaknázhatóak előnyös tulajdonságaik.

A **társadalombiztosítás kedvező hatásai** között említik a káros szelekció kiküszöbölését, az egészségügyi piacon jelentkező externáliák egy részének kezelését, a szolidaritás elvének érvényesítését, a magánbiztosítókhoz képest összességében kisebb adminisztrációs költséget. A **magánbiztosítók kedvező hatásai** között sorolják fel a választás lehetőségét

[3] Ezen a helyzeten várhatóan változtat majd a 2010 márciusában Barack Obama által aláírt, 2014-től induló új egészségbiztosítási reform. Az új törvény értelmében nem különböztetnek meg senkit a már meglévő egészségügyi problémái miatt. Ez várhatóan jelentősen megváltoztatja majd az eddigi lefedettség mértékét, mely 95%-ra módosul.

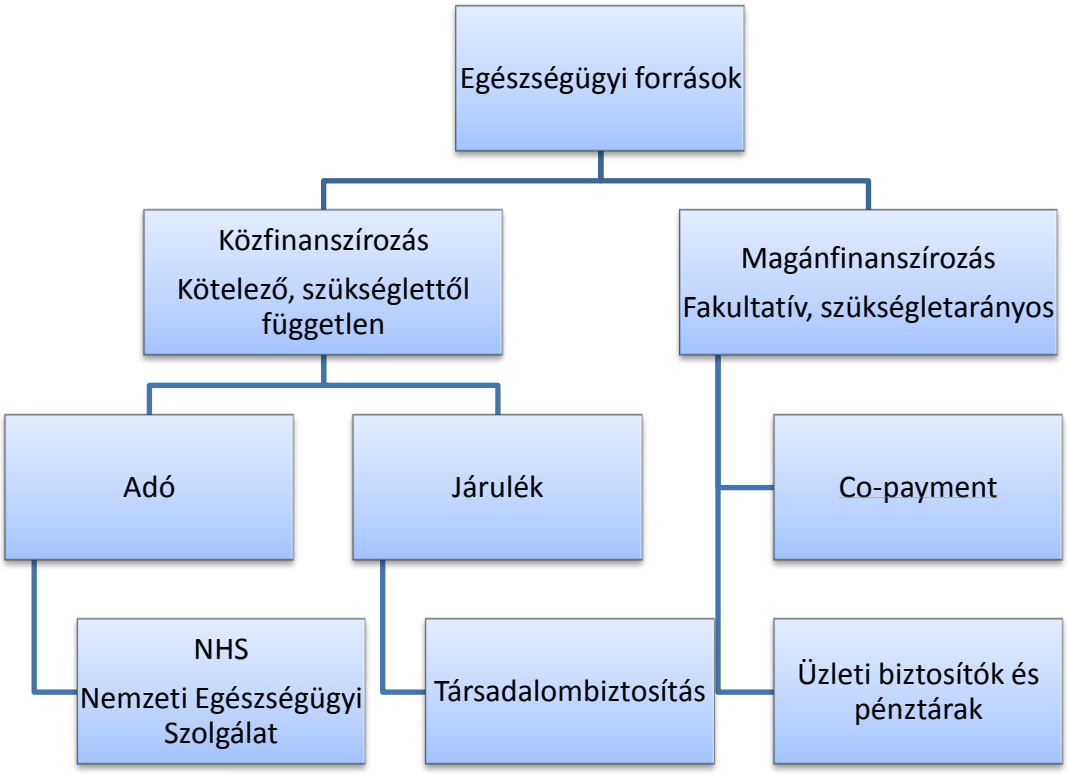
(a fogyasztó a saját preferenciái és a biztosítás ára alapján dönt, hogy milyen típusú szolgáltatást szeretne), ezáltal lehetőség van az egyéni igények kielégítésére; a magánbiztosítás továbbá felerősíti az egyéni szerep- és felelősségvállalást, lehetővé teszi a további egészségcélú megtakarításokra ösztönzést.

Az állami beavatkozásnak egy másik fejlődési útja, amikor a finanszírozó szerepét maga az állam veszi át, és a költségvetésen keresztül – az adók beszedése révén – fedezi az állampolgárok számára alanyi jogon járó egészségügyi szolgáltatások költségeit. Ebben az esetben is előfordulhat, hogy bizonyos szolgáltatások nem járnak alanyi jogon, hanem az igénybevevőknek közvetlenül fizetniük kell, és így ezeknek a kifizetéseknek a kockázatát szintén átvállalhatják a magánbiztosítók. Az állam által irányított társadalombiztosításra a német és osztrák bismarcki rendszer a jellemző. Míg az előbbi a biztosítottaknak bizonyos szabadságot biztosít, addig az osztrák rendszerben kötelező a társadalombiztosítási tagság. Utóbbinál a magánbiztosítások csak a kötelező társadalombiztosításon felüli, kiegészítő szolgáltatásokként szerepelnek.

Bár már az ókortól kezdve találkozhatunk olyan kockázatmegosztó technikákkal, amelyek valamilyen formában kötődtek a megbetegedés és az élet elvesztésének előre ki nem számítható kockázatához, azonban csak a XIX. század közepétől beszélhetünk **egészségbiztosítási rendszerekről**, melyek történetileg a népesség egyre nagyobb csoportjait érintették. Az egészségbiztosítási fedezet finanszírozási forrásait döntően két forrás alkothatja: **köz és magánfinanszírozás**.

A közösségi (public) egészségbiztosításnál és a magánbiztosításnál más, és más elv kerül elsősorban érvényesítésre. A társadalombiztosításnál a **szolidaritási elv** érvényesül, itt az egyének a teherviselő képességük arányában vesznek részt az egészségügyi rendszer finanszírozásában. Ez az elv minden uniós ország egészségügyi rendszerében sarkalatos pont és minden reform, vagy reformszerű átalakítás ennek az elvnek a figyelembe vételével valósul, illetve valósulhat meg. A magánfinanszírozásnál pedig az **ekvivalencia elv** érvényesül, a biztosító az egészségi állapotból fakadó kockázat alapján állapítja meg a díjat az egyén vagy csoport számára. (Stiglitz, 2000)

2. sz. ábra Az egészségügyi források megoszlása



Forrás: Kincses (1999) alapján saját ábra

Stiglitz (2000) a közösségi forrást megkülönbözteti a forrásteremtés módja szerint: általános adók, címkézett adók és kötelező biztosítás formájában.

Orosz Éva (Orosz, 2001, 1992) európai és amerikai egészségügyi rendszereket különböztet meg és elemzi az amerikai piaci, valamint az európai közegészségügyi modelleket. A piaci modellnél a fogyasztói szuverenitás alapelve jelenik meg, míg a közegészségügyi modellnél az esélyegyenlőséget helyezi a középpontba. A továbbiakban a stiglitz-i közösségi (public) és magánbiztosításból indulok ki és vizsgálom ezen belül a különböző kiegészítő biztosítási típusokat. A magyar egészségügyi irodalomban Kornai János (Kornai, 1998a) fogalmazta meg a piaci modell ismérveit, melynek legelső elve az egyéni szuverenitás. Ennek figyelembe vétele és előtérbe helyezése jelenik meg az Egészségügy Zöld Könyvében is, továbbá az Államreform Bizottság Egészségügyi Szakmai Munkacsoportjának anyagában is. (EUM, 2007)

Balázs Péter (Népegészségtan, 2001) az állami bürokratikus tervgazdasági Szemaskó modellt állítja szembe a piacgazdasági megoldásokkal. Nála a csak magánbiztosításra

alapozott USA modell mellett, a szociális biztosításra alapozott un. Bismarck modell, és az állami költségvetéses finanszírozású NHS modell jelenik meg. Mihályi (Mihályi, 2003) ezzel szemben hét féle rendszert különböztet meg:

- Bismarcki modell
- Eredeti Szemaskó modell
- Szocialista iparosítás modellje
- Szocialista modell az 1980-as években
- Angol NHS
- Francia vegyes rendszer
- Amerikai rendszer

A fenti modellekre jellemző, hogy tisztán tipikusan nem csak az adott modell jellemzőivel bírnak, hanem megjelennek a különböző modellek elemei is. Tehát a közegészségügyi modellen alapuló egészségügyi rendszerekben is vannak piaci elemek, a magánbiztosítás különböző mértékben, de megjelenik. Továbbá a piaci modellen alapuló egészségügyi rendszerekben is megtalálhatóak a társadalombiztosítás elemei. Tehát **tisztán, tipikus magánbiztosítás és közösségi biztosítás a világ egyetlen országában sem létezik**. A különbséget a fentiek aránya dönti el, tehát, hogy melyik modell értékrendszere, strukturális jellemzői a dominánsak. Ebben a kérdésben a szakirodalomban nem találtam eltérő álláspontot.

Mossialos (Mossialos, 2003a) az európai uniós országok egészségügyi rendszereinek vizsgálatakor kifejti, hogy a nemzetközi tendencia mindenképpen az **un. vegyes biztosítás** irányába mutat, és az állami és a magán szektor valamilyen keveréke figyelhető meg. A témában számos publikáció jelent meg hangsúlyozva a magán és közösségi biztosítás szoros összefüggéseit. Cutler és Gruber (Cutler – Gruber, 1996) szerint a magánbiztosítások iránti megnövekedett kereslet a Medicaid-nek köszönhető. A magán és a közbiztosítások összefüggéseiről Barrosnál (1995), Newhousenál (1994) és Barigozzinál (2001) találhatóak értekezések. Magyar nyelvű szakirodalomban is számos publikáció vizsgálja és elemzi a köz és magánbiztosítások közötti kölcsönhatásokat. (Kincses, 2000, 2002; Kornai, 2001; Novák, 2006; Sinkó – Gáal, 2007; Boncz et al., 2006)

Az európai országok vizsgálatánál az NHS (nemzeti egészségügyi szolgálat) modellel, és a Bismarck típusú modellel találkozunk elsősorban. A **Bismarck típusú egészségbiztosítási modell** eredete a bányászok önálló, kölcsönös segélypénztáraira vezethető vissza. Ezek voltak az első olyan pénzalapok, amelyek azt a célt szolgálták, hogy egy közösség tagjait

érintő váratlan eseményekkel (megbetegedés, baleset) kapcsolatos kockázat anyagi terheit az egész közösség viselje. Németországban az ipari forradalomban az újra megélénkülő bányászatnak köszönhető ezeknek a segélypénztáraknak az elterjedése. Az állam szabályozó szerepe már a XIX. század közepén megjelent. Így például Poroszországban a helyi közigazgatás szabályozta a pénztárak alapításával, engedélyezésével és működésével kapcsolatos kérdéseket. 1854-től bizonyos foglalkozási csoportokban akár kötelező pénztáralapítást is előírhatott. (Karsai, 2003)

A balesetbiztosítás, a betegbiztosítás és a nyugdíjbiztosítás – ez utóbbi csak később kapta ezt az elnevezést - egymással párhuzamosan fejlődött ki. Előfordult, hogy ugyanaz a pénzalap kezelte a kockázatközösség ezen eseményeit.

Az 1883-as törvényt megelőzően a német felfogás szerint, mindenkinek lehetősége volt magánbiztosítást kötni betegség vagy időskor esetére, akiknek jövedelmi helyzete ezt megengedte. Rendszerint ez a biztosítás a biztosított családja számára is fedezte a szolgáltatások költségeit. A balesetbiztosítás a törvényi szabályozást megelőzően annyiban különbözött a betegbiztosítás önszerveződésétől, hogy itt a munkáltatók alapítottak kölcsönös biztosítótársaságokat és a munkavállalók semmilyen járulékot nem fizettek. A lakosság jelentős része azonban képtelen volt megfizetni a magánbiztosítást, az akkori német politikai és gazdasági helyzet egyaránt a társadalombiztosítás bevezetése mellett szólt. A németországi biztosítási rendszer törvényes alapjai Otto von Bismarck, német kancellár nevéhez fűződnek. Az országos szinten **kötelező betegbiztosítással kapcsolatos törvényt 1883-ban vezették be**, a balesetbiztosításra vonatkozó törvényt egy évvel később. A nyugdíjbiztosítás rendszerét pedig 1889-ben alapozták meg törvénnyel. Ezzel teljesedett ki az ún. Bismarck-féle társadalombiztosítási modell (Balázs, 1998), amelyet aztán több európai országban is átvettek, például Ausztriában (1883), Magyarországon (1891. évi XIV. törvény). A Bismarck-féle betegbiztosítási modell alapját a munkáltatók és a munkavállalók által megosztva fizetett társadalombiztosítási járulék adja. Fontos eleme még a rendszernek a cenzus, ami a **kötelező biztosítás jövedelmi határát** jelenti. Aki ennél a határnál nagyobb jövedelemmel rendelkezik, az választhat, hogy részt akar-e venni a társadalombiztosítási rendszerben, azaz nem kötelező számára a társadalombiztosítási járulék fizetése, helyette ugyanezekre a szolgáltatásokra akár magánbiztosítóval is szerződést köthet. Azaz a német rendszer lehetővé teszi a magánbiztosítók számára a betegbiztosítási piacon az alapszolgáltatások nyújtását, nem csak kiegészítő szerepre ad lehetőséget számukra. (Boncz, 2002)

A másik fejlődési út, amely az európai országokra jellemző az egészségügy finanszírozását illetően a **Beveridge-féle egészségbiztosítási modell**, amely az Egyesült Királyságból terjedt el. Angliában a XIX. században erős önsegélyező pénztárak működtek. Itt a társadalmi, gazdasági helyzet nem kényszeríthette ki a németországihoz hasonló rendszer kialakulását. A gazdasági fejlődés pozitív hozadéka lehetővé tette a szociális problémák más úton történő rendezését.
Már 1601-től életben volt az I. Erzsébet által kiadott Poor Law Act (szegényügyi törvény), és ennek alapján egészen 1837-ig az öregek és a betegek támogatást kaptak az egyes településekre e célból kivetett adókból. 1837 után az új szegényügyi törvény sem változtatott a forrásteremtés módján.

Tulajdonképpen az **1946-ban bevezetett NHS törvény** – amellyel Lord Beveridge által megfogalmazott elvek szerint működő rendszer alapjait teremtették meg – sem változtatott az egészségügyi költségek finanszírozásának módján. A Beveridge-modell lényege, hogy az 1948-től működő Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS, National Health Service) szolgáltatásaihoz való **hozzáférés állampolgári jogon jár**, a felmerülő költségeket pedig adókból finanszírozzák. Ennek a modellnek a követője például Dánia, Finnország, Svédország. Azonban a magánbiztosítóknak ebben a rendszerben is juthat szerep azoknak az egészségügyi szolgáltatásoknak a finanszírozására, amelyek nem tartoznak az állami egészségügyi szolgálat állampolgári jogon járó szolgáltatásai közé, ilyenek lehetnek például a magán szakorvosi ellátások. Bár eredetileg a Beveridge-féle modell nagyobb lefedettséget biztosított, mára már mindkét modell (a szolidáris alapú társadalombiztosítási rendszer Bismarck-féle modellje is) közel 100%-os lefedettséget biztosít a lakossága számára. (Boncz, 2002)

Jelenleg az európai országok egészségügyének finanszírozására az előbbiekben ismertetett két modell (Bismarck-féle, Beveridge-féle) valamelyikének (módosított) változata működik. Mind a két modell megengedi, hogy az egészségbiztosítás piacán a magánbiztosítók is részt vegyenek. A bismarcki rendszer alapvonalai és történeti kialakulása a következő országokban jellemző: Ausztria, Németország, Belgium, Luxemburg Hollandia és az Unióba újonnan csatlakozó volt szocialista országokra.

Beveridge típusú állami egészségügyi szolgálat működik az Egyesült Királyságban, Dániában, Finnországban, Svédországban és Írországban. Görögország, Olaszország, Portugália és Spanyolország esetében a korábbi társadalombiztosítási rendszerből

mozdulnak el az egészségügyi rendszerek a Beveridge típusú finanszírozási modell irányába, ezekben az országokban **átmeneti rendszerek** működnek.

2.3 Az Európai Unió irányelvei az egészségbiztosítás területén

Az Európai Unióban a szociális biztonság, és ezen belül a társadalombiztosítási rendszerek nem tartoznak a harmonizációs kérdések közé. Így minden tagállam szabadon dönthet arról, hogy milyen adókért vagy mekkora járulékokért milyen ellátásokat nyújt állampolgárai számára. A szociális biztonság területén csak olyan **koordinációs szabályok érvényesülnek**, amelyek lehetővé teszik, hogy a határok átlépésével a polgárok ne kerüljenek hátrányosabb helyzetbe. Az Unió szociális biztonságra, illetve a biztosítási piacra vonatkozó szabályozásáról, illetve rendeleteiről számos publikáció született hazai (Lengyel, 2000, 2003a, 2003b; Molnár, 2002, Lencsés, 2007) és nemzetközi viszonylatban is. (Mossialos – McKee, 2002; Thomson – Mossialos, 2007; Mabbet, 2000; Nemeth, 2001)

Az Európai Unióban a tagállamok azon törekvése, hogy elsődleges felelősségük megmaradjon az egészségbiztosítás, az egészségügyi szolgáltatások irányítása és működtetése területén csak részben érvényesülhet, hiszen a Közösségi szerződés (un. Amszterdami Szerződés) 152. cikkelyének értelmében ezt a területet is formálja a közösségi jog és a politika. A Közösségnek 1999-ig nem volt jogszabálya a közegészségügy területére. Az üzleti egészségbiztosítók működésének szabályozására ennél előbb került sor, hiszen az 1994-es belső piaci szabályozás érinti az egészségügyi magánbiztosítást is. A szerződés 152. cikkelye a nemzeti szakpolitikákról kiegészítő szerepet ad az Európai Uniónak, illetve szabályokat hoz arra vonatkozólag, hogy az EU intézményei miként cselekedhetnek az egészségügy területén és megadja azt is, hogy milyen rendelkezéseket bocsáthatnak ki. Azonban a **harmonizációs törekvéseknek gátat szab,** így az Európai Unió korlátozott szereppel bír a közegészségügyi feladatok megalkotásában és a preferált egészségügyi területek ösztönzése terén. (Lear – Mossialos, 2008a) Bár nincs formális jogi ereje az Uniónak az egészségügy területén, számos olyan politikaterület van (belső piac, szociális ügyek, vállalkozások és gazdaságpolitika), amelyek segítségével hatást tud gyakorolni rá. Ez a közvetett hatás azonban számos problémát vet fel. Így közvetlen felhatalmazás nélkül nincs meg az egészségpolitikai törvényhozás átlátható hierarchiája – független testületek próbálják nyomon követni az

uniós szintű egészségpolitika hatékonyságát. Ezen puha jogi eszközök (például a nyitott koordináció – Open Method Coordination) előnye a hagyományos jogalkotási technikákkal szemben, hogy sokkal rugalmasabbak, kevésbé hierarchikusak, tanácskozó, konszenzuskeresőek. Az Európa Tanács miniszterei **2002-ben** megegyeztek az **egészségügyi rendszerek alapelveiben**, melyek a **szolidaritás, méltányosság és az egyetemesség.**

2006 elején az EU Tanácsa kiadott egy „Nyilatkozatot a Közös Értékekről és Elvekről", amelyek az EU egészségügyi rendszereit támasztják alá. A felsorolt négy érték a következő: **univerzális lefedettség, szolidaritás a finanszírozásban, egyenlő hozzáférés és magas színvonalú egészségügyi ellátás**. Az európai tagállamok egészségpolitikája által meghatározott irányelv közös abban, hogy szolidaritás alapú, vagyis az alap egészségügyi ellátás fizetőképességtől független és szinte minden állampolgárra kiterjed. A 2006. évet követően, ezért megfigyelhető, hogy a tagállamok, amelyekben az egészségbiztosítás nem nyújtott teljes fedezetet az állampolgárok és/vagy rezidensek számára átalakítottak rendszerüket igazodva az EU Tanácsa által kiadott irányelvekhez. (Belgium, Hollandia)

Az Európai Unió jelentős mértékben **egységesítette és liberalizálta a biztosítási piacokat** tudatosan csökkentve a nemzetállamok kormányainak mozgásterét az elmúlt években. Az Európai Bizottság által megfogalmazott irányelvek célja az egységes piac, melynek célja, hogy nagyobb választási lehetőséget nyújtson a fogyasztóknak a biztosítási termékek területén is és növelje a versenyt a biztosítótársaságok között.

Az utóbbi években az Európai Unió szabályozási kerete egyre fontosabbá vált a kiegészítő biztosítások vonatkozásában is. Mindehhez nagyban hozzájárultak az Európai bizottság által megfogalmazott direktívák, melyek az életág és a nem életág biztosítás egységes megteremtéséhez vezettek az Európai Unióban. (Szirmai – Vittay, 2005) A nem életág biztosítások tárgyában kiadott első és második direktíva (1973, 1988) még arra a feltételezésre épült, hogy a tömeges kockázatok, – mint a betegség elleni biztosítás – esetén az egyénektől nem várható, hogy kiigazodjanak az üzleti biztosítások komplex rendszerében, ezért az állami beavatkozás szükséges és indokolt lehet. E tekintetben jelentett döntő változást az 1992-ből származó **harmadik irányelv**, amely kiterjesztette az egységes belső piac szabályait a tömeges kockázatokra. Az **1994. évi 3. direktíva (EU Council Directive 92/49/EEC)** és ennek a 2007. évi módosítása már **teljes működési szabadságot** garantál az üzleti biztosítóknak az Európai Unió egészében, függetlenül attól,

hogy mely tagállamban vannak bejegyezve, ha és amennyiben az EU-szinten meghatározott minimális szolvencia szabályoknak megfelelnek. A verseny védelme érdekében a kormányoknak le kell mondaniuk a termék- és árszabályozásról, szektor-semlegesszabályozásra kell áttérni, és meg kell nyitni a piacot a külföldi vállalkozások előtt. Így a direktíva eltávolította a potenciális akadályokat **a határokon átívelő biztosítási piac és szolgáltatások szabad áramlása** elől. Fontos momentum, hogy a biztosítási díjak árszabása és a biztosítási feltételek előzetes közzététele nem tartozik már a nemzeti ellenőrzés hatáskörébe. A legtöbb tagállam ezért módosította jogszabályait, vagy újat hozott, hogy létrejöjjön ezen a területen is a **harmonizáció.** Így az egykori szabályozást a magánszférában felváltotta a **versenyjog.** Az európai döntéshozók két tervezetet dolgoztak ki. (Lear – Mossialos, 2008b) Az egyik szerint fenn kell tartani a vertikálisan integrált közszférát, szabadon a magánszférától. A másik esetben pedig a tagállamok definiálhatnak olyan **speciális egészségügyi szolgáltatásokat** (service of general economic interest), melyek kivételt képeznek a versenyjog alól. Ez több problémát is felvet az egészségügyi vállalkozásoknál (undertakings), kezdve azzal a kérdéssel, hogy mit lehet annak tekinteni. Lear és Mossialos, (2008b) több jogi esetet is bemutat, melyek rávilágítanak a **szabályozás hiányosságaira**, illetve vitatott pontjaira. Az Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet (ESKI) által közzétett eseteket tanulmányozva azt a következtetést lehet levonni, hogy bár a tagállamok „nagy szeretettel" alkalmazzák az általános gazdasági érdekű szolgáltatás fogalmát, nem mindig elegendő eszköz arra, hogy torzítsák vagy erősítsék a versenyt.

A lehetőség, amelyet a direktíva 54. cikke tartalmaz a nemzeti biztosítási felügyeleteknek lehetővé teszi, hogy a közjó (general good) érdekében előírja és/vagy korlátozza az egészségbiztosítási szerződések tartalmát, ha és amennyiben, az adott biztosítás részleges vagy teljes alternatívája (complete or partial alternative) a kötelező társadalombiztosításnak. A megengedhető eszközökhöz tartozik a nyílt bejegyzés, a közösségi minősítés, a standardizált csomagok és a kockázatkiegyenlítési rendszer. Tehát a helyettesítő biztosítás esetében lehetőség van a nemzeti törvényhozás alkalmazására, ha bizonyos feltételek indokolják, mint Németország és Hollandia esetében. (Szirmai – Vittay, 2005) Ugyanakkor bizonytalanság van annak értelmezésében is, hogy az irányelv mit ért részleges vagy teljes alternatíva alatt, illetve milyen típusú beavatkozás engedhető meg. Erre példa az írországi BUPA és a belga és szlovén jogesetek is. (Lásd, a 4. sz. mellékletben.)

Az Európai Bizottság által hozott ellentmondásos és kifogásolható döntések fényében az irányelv irrelevánssá válhat az általános gazdasági érdekekre irányuló egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatban. Thomson és Mossialos (2007, 2008) szerint, ha az uniós irányelv megakadályozza, hogy a kormányok az egészségügyi kiegészítő biztosításokhoz hozzáférést nyújtsanak, akkor ez alááshatja a szociális/társadalmi védelmet. Továbbá vitát javasolnak arról, hogy hogyan lehetne a magánbiztosításokkal kapcsolatban megtalálni azt a gondolkodásmódot, ami túlmegy az állami biztosítás részleges vagy teljes alternatíváján és tükrözi az állami és magánbiztosítás közötti kapcsolatot. Ez azért is fontos lenne, hiszen az Európai Unióban a magánbiztosítás ritkán nyújt valódi alternatívát a kötelező biztosításra.

Ugyanezek a korlátozások nem megengedettek az önkéntes kiegészítő biztosítások esetében, függetlenül attól, hogy azokat az állam vagy az üzleti szféra kínálja. Így **a pótló és kiegészítő biztosítások felett megszűnt a nemzeti kontroll, nincsenek már alárendelve a nemzeti szabályozásnak**. Némi leegyszerűsítéssel tehát azt mondhatjuk, hogy az EU közösségi szabályai konzekvens viselkedésre kényszerítik a kormányokat. Döntsék el, hogy állami feladatnak tekintik-e az egészségügy finanszírozását. Ha igen, akkor a részletszabályok meghatározása tekintetében teljes a nemzeti szuverenitás. Ha viszont úgy döntenek, hogy akárcsak **részlegesen is teret nyitnak az üzleti szféra előtt, akkor már nincs helye a verseny semmiféle állami korlátozásának.**

Mossialos és Thomson (Thomson, Mossialos, 2007, 2004, 2002) több tanulmányban elemzi a biztosítók között kialakult versenyt és annak hatását a biztosítási díjakra. A kutatók megállapítják, hogy a harmadik nem- életbiztosítási direktíva hatásaként a szabadabb, kiszélesedett piacon **a verseny megnövekedett, azonban az önkéntes egészségbiztosítások árát ez nem csökkentette**. Sőt az egyéni önkéntes egészségbiztosítások ára gyorsabban emelkedett, mint az egészségügyi kiadások általában. A jelenlegi uniós szemléletre és az eddigi jogszabályi kereteket figyelembe véve az a jellemző, hogy **az önkéntes egészségügyi biztosítást nyújtók pénzügyi életképességét segíti, nem a fogyasztókét, a biztosítást vásárlók védelmét.**

Úgy gondolom, hogy mivel a direktíva megteremtette a lehetőséget az Unión belül, hogy a tagállamokban szabad és versenyző piac alakulhasson ki az önkéntes egészségbiztosítás területén, a következő lépésnek mindenképpen, egy a **fogyasztókat előtérbe helyező szabályozásnak kellene, hogy következzen.** Ilyen lehetne például az **összehasonlítható**

biztosítási csomagok meghatározása, melyek egyúttal a **biztosítási díjak csökkenését** is eredményezhetnék.

2.4 A magán egészségügyi biztosítások típusai és megjelenési formái az európai országok egészségügyi rendszereiben

Az aktuális alap egészségügyi rendszerhez az önkéntes magánbiztosítások sokszínűen kapcsolódnak. Az egyes egészségügyi rendszerekben megjelenő alapbiztosítások természetszerűleg mindig nagyobb figyelmet kaptak, a kiegészítő biztosításokkal szemben.

Az európai országokat a történelmileg kialakult egészségügyi rendszerek szerkezetét tekintve három csoportba sorolhatóak. Így a Nemzeti Egészségügyi Szolgálatot (National Health Service) működtető államok alkotják az első csoportot, mint Görögország, Svédország, Spanyolország, Nagy Britannia, Olaszország. Itt állami irányítású, finanszírozású és nagyrészt közösségi szolgáltatókkal működő rendszereket találunk. A második csoportban Németország, Franciaország, Ausztria, Franciaország található szinte a teljes lakosságot lefedő társadalombiztosítási alapon működő egészségügyi rendszerekkel. A harmadik csoportot tulajdonképpen egy ország alkotja, Svájc, ahol 1996 óta kötelező magánbiztosítási rendszer működik. (Paccagnella et al., 2005) Rékassy (2006) ezen csoportokat, melyek hasonlóságot mutatnak egészségügyi rendszerük tekintetében a meglévő történelmileg kialakult hagyományok, tradíciók és társadalmi elvárások ellenére koncepcionális alcsoportoknak nevezi. Ezen rendszerek ismertetése meghaladja e dolgozat célkitűzéseit, azonban, a WHO és az OECD anyagainak, ország-tanulmányainak tanulmányozása, valamint a hozzá kapcsolódó szakanyagok (Borbás – Kincses, 2007; Boros, 2005; Boncz, 2007; Mossialos – Thompson, 2002, 2003; Allin et al., 2004; Németh, 2007; Thomson – Mossialos, 2006) ismerete szükséges volt a téma feldolgozásához.

Számos publikáció született a magán és társadalombiztosítás eltérő szerepéről, együttéléséről, előnyeiről és hátrányairól is az egészségügyi rendszerekben. (Atkinson, 1999; Chiappori – Gollier, 2006; Colombo – Tapay, 2004; Thomson – Mossialos, 2006; Maynard – Dixon, 2006; Kincses, 2002) A 2006–os holland egészségügyi rendszerben történt változások (public - private mix) még inkább érdekessé tették a vitát a köz és magán egészségbiztosítás együttéléséről és vegyes finanszírozásáról. Maarse és Bartholomée (2007) szerint nincs egyedüli válasz a vitára, továbbá perspektíva kérdése,

hogyan tekintünk a holland reformra és eredményeire a szolidaritás és a piaci verseny tekintetében.

Az alap egészségügyi biztosításokkal szemben az azt kiegészítőkről rendkívül kevés tanulmány áll rendelkezésre. A továbbiakban megkísérlem bemutatni azokat a tanulmányokat és kutatási eredményeket, melyek ebben a szűk, kevesebb publicitást élvező témakörben rendelkezésre állnak az EU-15 tagállamai tekintetében. Az irodalmak egy része csak egy-egy ország vizsgálatával foglalkozik, és csak érintőlegesen tekint ki az európai tagállamokban fellelhető eltérésekre. (Pedersen, 2005; Turquet, 2004; Poullier – Sandier, 2000; Saliba – Ventelou, 2006) Sajnos ezeknél az irodalmaknál, bár rendkívül sok hasznos információt tartalmaznak, előfordul, hogy régi forrást használva, az újabb reformokat figyelmen kívül hagyva mutatnak be egy-egy egészségügyi rendszert. (Például Grignon és Kambia – Chopinnél (2010), ahol Hollandia, mint a helyettesítő egészségbiztosítást alkalmazó országról esik szó, holott a 2006-os reform ezt eltörölte.) A másik típusú forrás, amely rendelkezésre állt, az ország jelentések alapján készített dokumentumok**.** (Mossialos – Thomson, 2004; Jofre – Bonet, 2000; Paccanella et al., 2005; Mossalios, 2004) Az irodalom feldolgozásnál ezért arra törekedtem, hogy a rendelkezésemre álló anyagokat mindig összevetve vizsgáljam.

Az OECD Health Data (OECD, 2011) legfrissebb adatai azt mutatják, hogy az önkéntes egészségügyi biztosítások rendkívül differenciáltan jelennek meg a különböző országokban. Néhány országban (Németország, Franciaország) a népesség kétharmada rendelkezik kiegészítő egészségügyi biztosítással, míg máshol ez az arány jóval alacsonyabb. Az önkéntes biztosításokat vizsgáló kutatások szakirodalmak, kutatási anyagok tanulmányozása után elmondható, hogy a kutatók a World Health Organization (WHO) által megjelentetett anyagot (Mossialos – Thomson, 2004) tekintik kiindulási alapnak, illetve elsődleges forrásnak. Így mind a hazai, mind a nemzetközi irodalom az LSE (London School of Economics) professzora, Elias Mossialos által használt tipizálást követi. Ez a csoportosítás az alap egészségügyi rendszerek mellett létező, nagyobb részt az állam által nem fedezett területeken jelenlevő biztosításokra vonatkozik az európai uniós országokban.

Ezek a következőek lehetnek:

- helyettesítő egészségügyi magánbiztosítás (substitutive)
- pótló (complementary)
- kiegészítő (supplementary)

A felsorolt típusok a magyar nyelvű szakirodalomban magánbiztosításként fordítódtak, illetve kerültek elemzésre. (Rékassy, 2006; Szirmai – Vittay, 2007; Gulácsi – Oesterle, 2008)

A nemzetközi irodalomban is előfordul, hogy a magánbiztosítás eleve, mint kiegészítő biztosítási lehetőségként kerül elemzésre. (Costa – Front, Rovira, 2005) Ezért fontosnak tartom kiemelni azt a tényt, hogy a kiegészítő biztosítások nemcsak, mint magánbiztosítás jelenhetnek meg, hanem adott a lehetősége annak is, hogy az állam vagy a társadalombiztosítás által finanszírozott vagy más szervezetek által támogatott formában is. Ennek figyelembevételével mondható csak el, hogy **a kiegészítő biztosítások nagyobb részben magánbiztosítás formájában jelennek meg az egyes országok egészségügyi rendszereiben.** Ez az előzőekben említésre kerülő hármas tipizálás már továbblép a Couffinhal (1999) általi kettős osztályozáson (in: Mossialos – Thomson, 2004), mely a duplikáltan (duplicate), a kötelező rendszer mellett megjelenő biztosítást és a populáció egyes csoportjainak védelmet jelentő önkéntes biztosítást különböztet meg. Az újonnan csatlakozó közép-kelet európai országok egészségügyi rendszereit az Elias Mossialos vezette kutatói csapat (Mossialos – Thomson, 2004) nem vizsgálja, csak az EU-15 tagállamait sorolja be a fent említett csoportokba. Remélhetőleg ez a helyzet a jövőben módosulni fog, és az OECD által indított újabb kutatásokban már Magyarország, és a többi új tagállam is vizsgálat tárgyát képezi majd.

Az alábbiakban bővebben elemzett hármas csoportosítás, már Hermessenél (1992) is megjelenik, annyi különbséggel, hogy a kiegészítő (supplementary) biztosítást, mint alternatív biztosítást említi. Ezt a csoportosítást használja Lewalle (2006), Grignon és Kambia – Chopin (2010), Turquet (2004) és számos más kutató
(Costa – Front, Rovira, 2005; Jofre-Bonet, 2000; Paccanella et al., 2005), valamint az AIM (Association Internationale de la Mutualité) és a CEA (Comité Europeen des Assurance) szervezetek is.

A továbbiakban az egyes magánbiztosítási típusokat mutatom be, melyek az egyes alapbiztosítási rendszerekhez kapcsolódva vannak jelen az európai országokban. A fenti

hármas - pótló, kiegészítő és helyettesítő biztosítás – kategóriáiból egy-egy országban akár több is megfigyelhető, de döntően egy a jellemző domináns a rendszerben.

2.4.1 A helyettesítő (substitutive) egészségbiztosítás az Európai Unióban

Bár az Európai Unióban az egészségügyi rendszerek általában kötelezőek, akár adók, akár a munkaadók és a munkavállalók járulékaiból finanszírozottak. Vannak azonban olyan országok, ahol a lakosság egyes részeit nem fedezi a kötelező egészségbiztosítási rendszer. Ebben az esetben az un. helyettesítő (substuitive) egészségbiztosítás az állam által nyújtott egészségbiztosítást helyettesíti azok számára, akik vagy **nem jogosultak** igénybe venni a közfinanszírozott biztosítást részben vagy egészében, vagy **mentesülnek alóla**, tehát kiléphetnek a kötelező rendszerből. **A helyettesítő egészségbiztosítás** az Európai Unióban az állampolgárok **bizonyos csoportjainak** nyújt fedezetet.

Az utóbbi évek változásait tekintve megfigyelhető, hogy a helyettesítő biztosítással rendelkező országok köre egyre szűkül, mivel az országok többsége arra törekszik, hogy alap egészségügyi rendszere minden állampolgár számára elérhető és kötelező legyen, így biztosítva a közel a teljes lefedettséget.

Jelenleg Európában az igénybevevőket három tényező alapján tudjuk csoportosítani, melyek vagy a jogosultságot eredményezik a helyettesítő biztosítás általi fedezetre, vagy a kiszorulást eredményezik az állami közfinanszírozott rendszerből. Ezek a következők:

- a jövedelem által meghatározott lehetőségek és kényszerek által meghatározott csoportok (pl. Németországban)
- alkalmazotti státusz szerinti csoportok (vállalkozók Ausztriában, Németországban és Belgiumban)
- foglalkozási ágak szerinti csoportok (néhány szakma Ausztriában)

A következő csoportok szorulnak ki a kötelező, állami egészségbiztosítási rendszerekből:

- Németországban az önálló vállalkozók.

  2007 áprilisa óta minden kötelező biztosítással valaha rendelkező személynek biztosítania kell magát, függetlenül attól, hogy milyen okból veszítette el betegbiztosítását. A törvény hatására 85.000 biztosítással nem rendelkező többnyire rossz anyagi helyzetben lévő vállalkozó és eladósodott személy tért vissza az állami rendszerbe.

- Németországban az aktív és a nyugállományú közszolgálatban dolgozók sem tagjai a kötelező rendszernek, mert egészségügyi kezelésüket közvetlenül a kormány finanszírozza. így ők inkább pótló önkéntes biztosítást választják.
- Spanyolországban önálló vállalkozóként egyes szakmákban (pl. ügyvédek) nem biztosítottak a kötelező rendszerben választják a helyettesítő biztosítást. (Rodriguez in: Mossialos – Thomson, 2004)

Hollandiában 2006-ig, akiknek a jövedelme meghaladta a 30.700 (2005) eurót évente nem volt jogosult az állami egészségbiztosítás által nyújtott fedezetre. (Klazinga, 2010) Ez a lakosság körülbelül 30%-át érintette. Azonban ezt a 2006. évi reform eltörölte. Így jelenleg semmiféle jövedelemplafon nem létezik, az új reform a helyettesítő biztosítást teljesen megszüntette Hollandiában. Belgiumban 2008 januárjáig Németországhoz hasonlóan az önálló vállalkozók kiszorultak az állami kötelező rendszerből. Számukra csak a nagyobb kockázatokra (kórházi kezelések, dialízis, rehabilitáció, implantátumok) nyújtott biztosítást a rendszer. Az un. kisebb kockázatokra (minor risks) helyettesítő egészségbiztosítás igénybevételére szorultak. Egy a 2001-ben kezdődött reform folyamatok eredményeként 2008-tól eltűnt az önálló vállalkozók számára ez a különbség. (Corens, 2007)

A következő csoportok számára adott a lehetőség a kötelező rendszer elhagyására:

- Németországban, akik jövedelme évenként meghaladja a 48 000 (2008) eurót. Ez a lakosság körülbelül 20%-át jelenti. (Busse, 2010) Ezen állampolgárok közül csak 10% választja a magánbiztosítók által nyújtott biztosítást. (Wörz – Foubister – Busse, 2006)
- Ausztriában és Hollandiában néhány szakmában (állatorvos, jegyző, papok) van lehetőség kilépni a rendszerből. Így például Hollandiában az új reform kilépési cikkelye (opt out clause) rendelkezik az egyházi tisztségviselőkről, akikre vallási vagy lelkiismereti okokból nem vonatkozik az új törvény, valamint az aktív katonai szolgálatot teljesítőkre. (Hofmarcher, 2001; Klazinga, 2010).
- Ausztriában 2000. évtől adott a lehetőség arra, hogy bizonyos foglalkozási kategóriákban (orvosok, gyógyszerészek, ügyvédek) kiléphetnek a kötelező rendszerből és egészségbiztosítási fedezetüket magánbiztosítással oldják meg. Ekkor azonban a más módon megkötött egészségbiztosításuknak majdnem azonos szolgáltatási lefedettséget kell nyújtania, mint a kötelező rendszer. (ESKI, 2010a)
- Spanyolországban a közszolgálati dolgozók kiléphetnek a társadalombiztosítás által működtetett kötelező rendszerből, csatlakozva a kormány által támogatott rendszerhez, mely az eltartottakat is fedezi. (Mossialos – Thomson, 2004; Rodriguez, 2008; ESKI, 2010c)

  A közszolgálatban dolgozók kb. 85%-a választja ezt az alternatívát. (Az állam által finanszírozott közalkalmazottak kölcsönös alapjai azonban itt más ellátást is nyújtanak).

A 2006-os reformig Hollandia a helyettesítő biztosítások tekintetében első volt Európában, mivel lakosságának közel 30%-át érintette. 2008-ig Belgiumban is a lakosságnak relatíve jelentős része (9,5%) rendelkezett helyettesítő biztosítási fedezettel. Jelenleg a fentiek figyelembevételével egyedül **Németország (10%)** tekintetében beszélhetünk a lakosság jelentősebb arányánál fedezetül szolgáló helyettesítő egészségbiztosításról. Mivel a fentiekben említett országok (Ausztria, Belgium, Hollandia, Spanyolország) tekintetében a lakosság már csak igen kis hányada érintett.

A holland és belga reformok, tehát nemcsak hazai területen jelentettek gyökeres változást, hatással voltak a különböző típusú önkéntes magánbiztosítási arányokra is. Így elmondható, hogy a helyettesítő típusú önkéntes magánbiztosítások aránya és szerepe lecsökkent az Európai Unióban 2010-re. Tulajdonképpen Németország maradt az egyedüli

markáns képviselője. Azonban azok közül, akiknek lehetőségük nyílik/nyílna kilépni az állami kötelező egészségbiztosítás rendszeréből csak mindössze egynegyedük teszi meg. A többség marad a kötelező rendszerben, mivel számukra a helyettesítő magánbiztosítás ár-érték aránya nem kedvező. (Colombo – Tapay, 2004; Thomson – Busse – Mossialos, 2002)

A magánbiztosítás választása a családosok, rossz egészségügyi állapottal rendelkezők és az öregek számára jóval drágább, mint az állami rendszerben, Az előnyök, mint például szolgáltató választás marginálisak. Ők, a többség maradnak az állami rendszerben, az egyedül álló, fiatal, vagy két keresettel rendelkező pár nagyobb valószínűséggel választja a magánbiztosítás intézményét, illetve azok, akik státuszoknál fogva kiszorulnak a rendszerből. **Tehát a helyettesítő magánbiztosítás az Uniós országokra egyre kevésbé jellemző. Az egyedüli markáns példa Németország, ahol társadalombiztosítás alapú az alap egészségügyi rendszer.**

2.4.2 Kiegészítő és pótló egészségbiztosítások az Európai Unióban

A kiegészítő (supplementary) és a pótló (complementary) önkéntes biztosítás szinte minden régi tagállamban létezik valamilyen szinten. Azt, hogy mit is érthetünk a fentiek alatt, országonként eltérő lehet. A tagállamokban a Mossialos (Mossialos – Thomson, 2004) által tipizált pótló és kiegészítő biztosítások között gyakoriak az átfedések. Az ESKI nemzetközi szakanyagokat ismertető kiadványaiban a pótló és a kiegészítő jelző néha felcserélődik vagy egybemosódik, és egyszerűen kiegészítő biztosításként fordítódik. (ESKI, 2007; Szirmay – Vittay, 2007; Rékassy, 2006) Fontosnak tartom azt is megemlíteni, hogy mind a kiegészítő, mind a pótló biztosítások egy része az alkalmazotti réteg számára „**adottságként**" jelentkeznek. Ezalatt azt a lehetőséget értem, amikor a munkáltató által történik meg a kiegészítő biztosítások vásárlása.

A továbbiakban **pótló (complementary)** biztosítás alatt azokat a fedezeteket értem, amelyeket az alap, kötelező egészségügyi csomag nem tartalmaz, vagy csak részleges fedezetet nyújt. Ezen biztosítások változó formában és szinten vannak jelen az európai tagállamok tekintetében. Néhány biztosító csak a kórházi ellátást biztosítja, de máshol a fedezet tartalmazhatja a háziorvosi, szakorvosi ellátást, ápolást, gyógyszerek, vizsgálatok, gyógyászati segédeszközök, közlekedés, szemüvegek, fogászati ellátás, anyasági gondozás és az alternatív gyógyászat költségeit is.

A pótló biztosítás fedezetet nyújt a co-paymentre is Belgiumban és Dániában, többnyire a fogorvosi és gyógyszer költségeket téríti. Dániában a skandináv országoktól eltérően a lakosság közel 35%-a rendelkezik valamilyen szintű önkéntes egészségbiztosítással. A piacot uraló non.profit alapon gazdálkodó „denmark" kölcsönös biztosítóhoz hatvan éves kor felett nem lehet csatlakozni, továbbá, ha a biztosított krónikus betegségben szenved. A biztosítások több mint fele a fogorvosi és gyógyszer co-paymentre nyújt biztosítást. Az egyéni befizetés van többségben a munkáltatói befizetésekkel szemben. (Pedersen, 2005) Franciaországban a járóbeteg ellátást, Írországban a szakellátást téríti.
Európában egyedülállóan Franciaországban magas a co-payment fedezésére szolgáló egészségbiztosítás.

A kiegészítő (supplementary) egészségbiztosítások elsősorban olyan rizikókra nyújtanak fedezetet, melyeket az állami vagy társadalombiztosítási csomag nem tartalmaz. Így növelve a betegek választási lehetőségét és a különböző egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést. Hagyományosan a jobb körülményeket garantáló egészségügyi szolgáltatásokat (pl. kórházi magánszoba, külön fürdőszobával), és a szolgáltatásokhoz való gyorsabb hozzáférést biztosít azokon a területeken, ahol hosszabb várólisták vannak (pl. műtétek). Ide tartozik a betegség esetén a betegnek fizetendő pénzbeli juttatás is. Ez a típusú biztosítás főleg az állami egészségügyi szervezetet működtető országokra jellemző (Görögország, Egyesült Királyság, Olaszország, Spanyolország, Portugália). Ezekben az országokban, ahol tulajdonképpen szinte mindenki biztosított, a nemzeti egészségügyi szolgálat mellett a kiegészítő egészségbiztosítást, mint duplikált fedezetet (double coverage) említik. (Costa-Font – Mireia, 2006)
Mossialos – Thomson (2004), valamint Grignon és Kambia – Chopinnél (2010) ez a tény, mint túlbiztosítás (over-insurance) kerül említésre. A CEA legfrisebb (2011) anyagában ez a duplikált fedezet, mint önálló típus kerül említésre.A politikai közgazdaságtan néhány képviselője (Besley – Gouveia, 1994) ezért az egészségügyi alapbiztosítás limitálását ajánlja. Írországban bár egészségügyi rendszere adó alapon finanszírozott, ha az állami egészségbiztosítás által megszabott szigorú kritériumokat a rezidens nem tudja biztosítani és kiszorul a magánbiztosítást kell választania (Wörz – Foubister – Busse, 2006) Csak a lakosság egy harmadának jár ingyenes állami ellátás, így a lakosság körülbelül fele rendelkezik önkéntes egészségügyi biztosítással. (McDaid et al., 2009) Ausztriában a lakosság harmada rendelkezik magánbiztosítással, melynek döntő hányadát a kórházi tartózkodásra fizetett fedezetek jelentik.

Az önkéntes kiegészítő és pótló egészségbiztosításokat vizsgáló kutatások nagy része elsősorban a **keresleti oldalt meghatározó determinánsokat** próbálja azonosítani. A francia egészségügyi rendszerben szerepük egyedi és jóval hangsúlyosabb, mint más európai országban, így az általam elért publikációk és kutatások túlnyomó többsége ennek a struktúrának a vizsgálati eredményeit mutatja be. A francia szakirodalom relatív bősége segített abban, hogy a disszertáció kutatási fejezetében vizsgált magyarországi egészségpénztárak helyzetét, problémáit áttekintsem, hiszen ezek megalakulásukkor 1993-ban a franciaországi mutuálék szolgáltak példaként.

Az önkéntes egészségügyi kiegészítő és pótló biztosítások iránti keresletet vizsgálva a legfontosabb meghatározó tényezőként a **szociális, gazdasági és demográfiai jellemzőket** határozzák meg. (Jofre – Bonet, 2000; Paccanella et al., 2005; Mossalios, 2004; Saliba – Ventelou, 2007) Mind Joffre – Bonet, mind Paccanella arra a következtetésre jutnak elemzéseikben, hogy annak a lehetősége, hogy a családfő vásárol e magánbiztosítást, nő annak **magasabb iskolai végzettségével, és az evvel elérhető jobb anyagi lehetőségeivel.**

Pedersen (2005) vizsgálata a magasabb kvalifikáltságot igazolja, de a jövedelem faktort nem. Kutatása a biztosításvásárlóknál jelentkező erkölcsi kockázat jelentkezését diagnosztizálja, főleg a fizikoterápia és a fogászat tekintetében. A háziorvos látogatások esetében, ami egyébként is ingyen jár nem. A biztosítást vásárlók közül a középkorúak magasabb arányban reprezentáltak.

Saliba és Ventelou ökonometriai kutatása a **francia lakosság** önkéntes pótló egészségügyi biztosítás választásából kiindulva próbálja feltérképezni azokat a tényezőket, amelyek a vásárláshoz vezetnek. Vizsgálatuk Jofre és Bonet (2000) kutatási eredményeit erősíti meg. Miszerint **erős és szignifikáns kapcsolat figyelhető meg a jövedelmi szint és a pótló biztosítást vásárlók között**. Azonban nem találtak kapcsolatot arra, hogy az egyén egészségügyi kockázata hatna-e a biztosítás vásárlására. Magasabb kockázattal, súlyos betegségben szenvedők számára a pótló biztosítások nem relevánsak. Ők a társadalombiztosítási rendszerre támaszkodnak inkább. Tehát megfigyelhető az, hogy míg a magasabb kockázattal rendelkezők a közbiztosítást választják, addig az alacsonyabb kockázattal rendelkezőek a magán biztosítást. Így a kutatás eredménye konzisztens azokkal az elméletekkel (Stiglitz, 2000; Kornai, 1998; Zweifel – Manning, 2000; Nagy – Dózsa, 2005; Szabó – Gilly, 2003; Mihályi, 2003; Szalai, 2007; Barr, 2001; Le Grand, 1999), melyek az egészségbiztosítási piac jellegzetességeit vizsgálva jutnak arra a következtetésre, hogy az egészségügyben a piac hatékonysága korlátozott. A francia

önkéntes pótló biztosítást választók döntése nem releváns és nem is meghatározó kapcsolatot mutat egészségügyi kockázatukkal. A súlyosabb betegségben szenvedők inkább az állami rendszert választják, a kisebb kockázattal rendelkezők pedig a magánbiztosítást.

Így arra figyelmeztetnek a kutatók, **hogyha az állami rendszer visszahúzódik, és nem nyújt egyes komoly betegségekre fedezetet, vákuum keletkezik, és számos magas kockázattal rendelkező, súlyos beteg maradhat biztosítás nélkül.** Saliba és Ventelou kutatási eredménye azzal is magyarázható azonban, hogy az egyes pótló magánbiztosítások **„átláthatatlanok",** az egyénileg biztosítást kötő személy számára nem összehasonlíthatók. Így miért vegye meg, ha nem tudja mit is vesz? A kutatók kifejezetten az **önkéntes alapú biztosításokat (non-group insurances)** vizsgálták, így azokat a pótló biztosításokat nem, melyeket a munkáltatók kötöttek az alkalmazottaik számára. Az önálló elhatározásból kötött egészségbiztosítások arányában jelentős növekedés tapasztalható (30% volt 2008-ban), amióta a munkaerőpiaci helyzet változása következtében a kisebb cégek nem hajlandók már kollektív pótló biztosítást kötni az alkalmazottaik számára. Így marad számukra az önállóan kötött egyéni kiegészítő vagy pótló biztosítás. (Saliba – Ventelou, 2007)

A franciaországi kiegészítő és pótló biztosítókat általában átfogóan mutuáléknak (kölcsönösségi alapon működő pénztáraknak) hívják, de a mutuálék mellett ott vannak a gondoskodást nyújtó egyesületek, és magánbiztosítók is. A kölcsönösségi alapon működő mutuálék non-profit szervezetek, melyek a tagok szolidaritására épültek, anyagi alapjukat a tagok befizetései képezik. Működésüket a Kölcsönösségi viszony (Mutualité) jogszabályai határozzák meg. A gondoskodást nyújtó egyesületek irányítását a tagok és a munkáltatók végzik.

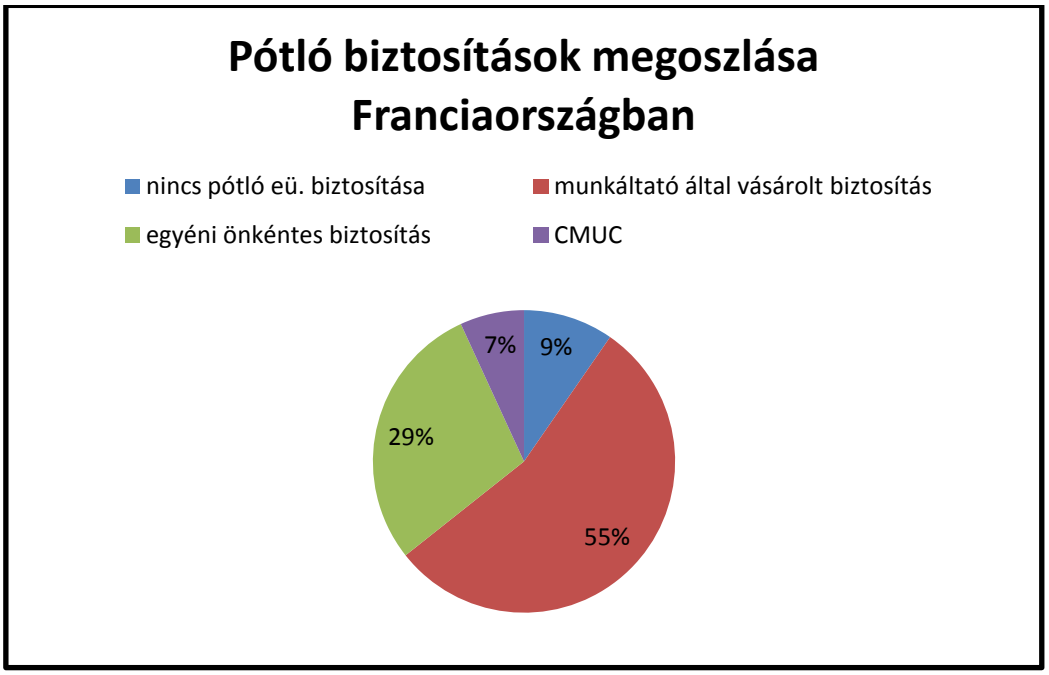
A mutuálék aránya az önkéntes biztosítási piacon 60%, a további 40%-ot a fent említettek teszik ki. (ESKI, 2005) Franciaországban az önkéntes magánbiztosítás főleg a co-payment-et téríti, és az állami fedezetben kevésbé részesülő területeket fogja át. Így a fogászati és szemészeti ellátást, valamint a gyógyászati segédeszközöket, de gyógyfürdőkezelések, szépészeti beavatkozások is a magánbiztosítás hatáskörébe tartoznak. (Borbás – Kincses, 2007)

Franciaországban 1999 óta a kötelező társadalombiztosítási rendszer (sécurité sociale) a lakosság teljes körének nyújt biztosítást, azonban ez, az egészségügyi költségek 78%-át fedezi, a többi 22%-ot a lakosság magánkiadásaiból fedezi. Ebből 13% pótló biztosítás és

9% az, amit a lakosság közvetlenül fizet. (out-of-pocket kifizetés) Az un. CMU (Couverture Maladie Universelle), az Univerzális Egészségügyi Fedezet állampolgári jogon nyújt lehetőséget az egészségügyi ellátás igénybevételéhez. Azok számára, akiknek jövedelme nem ér el egy bizonyos szintet (533 euro havonta), az ellátás járulékmentes. (Saliba – Ventelou, 2007)

A CMU törvény alapján a kötelező biztosítás mellett felmerülő költségek térítésére szolgáló biztosítás az alacsony jövedelműek számára ingyenes 2000-től. Tehát, **maga a társadalombiztosítási rendszer finanszírozza az alacsony jövedelműek számára a kiegészítő biztosítást**. (Grignon, Kambia – Chopin, 2010)

3. sz. ábra: A francia lakosság megoszlása a pótló és kiegészítő biztosítást vásárlók százalékában



Forrás: OECD (2010) adatai alapján egyéni szerkesztés

2005-től bevezették a Cheque Santé-t, azok számára, akik jövedelme éppen csak meghaladja a fentiekben említett limitet. A CMU-C (CMU-C: Couverture Maladie Universelle Complémentaire) által megszabott szint határán (100% –115%-os jövedelemszint) élők számára részleges hozzájárulást nyújt. Ennek ellenére nem mindenki rendelkezik pótló (complementaire) biztosítással. A **lakosság 9%-ának nincs kiegészítő biztosítása.** (Perraudin – Jusot – Wittwer, 2010)

Saliba és Ventelou ökonometriai kutatásához hasonló kutatási eredményeket közölt Perraudin is a franciaországi önkéntes magánbiztosításokat illetően. A szociális és demográfiai változók, mint független változók vizsgálatakor, egyedül a jövedelmet találták elsődleges és meghatározó magyarázó tényezőként. (Perraudin – Jusot – Wittwer, 2010)

Grignon és Chambia – Chopin (2009) a pótló egészségügyi biztosítások iránti kereslet és a jövedelem között szintén szoros összefüggést talált az egyénileg biztosítást kötők között. Alapmotivációként a pénzügyi kockázat ellen való védekezést állapítják meg, mely elsősorban a co-paymenttel kapcsolatban merül fel a társadalombiztosítási rendszerben. A kutatásuk azonban tovább megy, és arra a kérdésre is keresi a választ, hogy a 2000-ben bevezetett CMUC és az azt követő 2005-ös kiegészítés (ACS – Aide á l'aquisition d'une complementaire santé) ellenére sem változott jelentősen azok száma, akik pótló biztosítást kötöttek volna a szegényebb állampolgárok között. Egyfajta árérzéketlenség jellemzik a szegénységhez közeli csoportokat. A francia rendszerben a co-paymenthez kapcsolódó szolgáltatása jövedelmi piramis alján lévőknek úgy tűnik, hogy kevésbé hiányzik, mint a piramis csúcsán lévőknek. A szegénységi limit közeli jövedelműek a részleges támogatás ellenére sem vásárolnak pótló biztosítást, így a lakosság kb. 10% -a marad pótló biztosítás nélkül. Látható, hogy a CMU-C bevezetése egyenlőtlenséget generált a rendszerben. Kutatásuk kapcsán felmerül a kérdés, hogy vajon hol kellene meghúzni ezt a bizonyos szegénységi limitet ahhoz, hogy ez az egyenlőtlenség megszűnjön. Vagy mekkora legyen az állami támogatás a pótló egészségügyi biztosítások esetében.

A kérdések az állami támogatás hatékonyságának vizsgálatához vezetnek. Grignon és Chambia – Chopin (2009) Tobit módszeren[4] alapuló kutatása eltér a már ismertetett Saliba és Ventelou (2007) és Perraudin – Jusot – Wittwer (2010) bináris változón alapuló kutatásaitól. Ez a módszer lehetővé tette, hogy rugalmasabban modellezzék a jövedelmi hatás és jelentését. Modelljük alapján 700 eurós egyenértékesített jövedelmű háztartás annak ellenére sem fog pótló biztosítást vásárolni, ha ennek ára erőteljesen állami támogatásban részesül. Ez azt is jelenti, hogy a 2005-ben bevezetett támogatási rendszer nem lehet hatékony. Az eredményből az is következhet, hogy maga **a támogatás nem lehet hatékony eszköz arra, hogy a lefedettség mértékét növeljék.**[5] A **munkáltató által**

[4] A Tobit modell alkalmazásánál annak a valószínűségét becsülik meg, hogy bizonyos döntés esetében az alternatívák közötti választás, hogyan történik.

[5] Az 5. és 6. sz. mellékletben a pótló biztosítás vásárlására ható jövedelmi hatás és a támogatás hatásának ábrái találhatóak

kötött biztosításoknál (group insurance) nem vizsgálhatóak az egyéni választás meghatározó tényezői, azonban ezeknél a biztosításoknál nagyobb a valószínűsége annak, hogy a minőség jobban igazodik az árhoz.(Grignon, Kambia – Chopin, 2010)

Franciaországban a pótló egészségügyi biztosítások nagy részét a munkavállalók a munkáltatójuktól kapják fizetésük részeként opcionálisan vagy kötelező jelleggel. A 2005-ös Cheque Santé bevezetésén túl a francia egészségügyi reform a munkáltatók számára nyújtott adótámogatásokon keresztül próbálta azok számát csökkenteni, akik a pótló biztosítás lehetőségét nem vették igénybe. Ennek hatására 1996 és 2006 között a pótló biztosítással nem rendelkezők száma 16%-ról 7%-ra csökkent. (Kerleau – Fretel – Hirtzlin, 2009)

A 2004-es reform, mely az egészségbiztosításon kívül a nyugdíjbiztosítást is érintette a munkáltatók számára kötelezővé tette a biztosítások kollektív jellegét. Így a vállalat minden alkalmazottja számára köteles pótló biztosítást kötni, - ha köt - amit a dolgozó köteles elfogadni. A munkáltatók által kötött un. kollektív biztosítások a vállalatok részéről azonban önkéntesek. (Ezt megelőzően a fedezetek nagymértékben differenciáltak voltak a hozzájárulás százalékában (0% - 90%), és az alkalmazotti kategóriákat illetően.) Így tulajdonképpen a pótló biztosítások a kötelező társadalombiztosítási rendszer részét képezik.

Kerleau, Fretel és Hirtzlin (2009) szerint a pótló biztosítások szerepe a társadalmi és gazdasági trendek következtében nőni fog. A vállalatok szerepének erősödését vizionálják a jövőt tekintve, illetve olyan kombinációt, ahol a munkához kötött egészségbiztosítás kap szerepet a társadalombiztosításban. Azonban ez a vállalati bérstratégiához szabott elképzelés nagyon távol áll a szolidaritáson alapuló társadalombiztosítástól.

Turquet (2004) már a 2004-es reform bevezetését megelőzően is arra figyelmeztet, hogy az az erőfeszítés, amely azt hivatott, hogy a pótló biztosítás rendszerét, a magánbiztosítókat is bevonja a kötelező társadalombiztosítási rendszer mellett az egészségügy menedzselésébe gyengítheti a szolidaritás intézményét. Kutatásában ugyanarra a következtetésre jut, mint a fentiekben említett kutatók: **a magánbiztosítás nagyobb térnyerésével, a támogatások és az adókönnyítések ellenére a pótló biztosítások vásárlása jövedelemfüggő.**

A jövedelmen alapuló magánbiztosítás pedig a nemzeti szolidaritás gyengülését okozza. A kiegészítő (supplementary) egészségbiztosítások keresletét meghatározó kutatások is a jövedelem meghatározó szerepét emelik ki. Továbbá azt, hogy a

közegészségügyben jelentkező problémák a magánbiztosítások iránt megnövelhetik a keresletet. (Costa-Font – Jofre-Bonet, 2006)

A kutatás, mely a **spanyol egészségügyi biztosítást** vizsgálja azt az eredményt hozta, mely szerint a közegészségügy minőségének romlása a magán egészségügyi szektor felé tolja a keresletet. Így az ellenkező esetet feltételezve elmondható, hogy a köz(public) rendszer minőségének javulásával a magánbiztosítások iránti kereslet csökken. A kutatás 21000 ember nemzeti egészségügyi rendszerrel való elégedettségét és a kiegészítő magánbiztosítás vásárlásának összefüggéseit vizsgálta. A felmérés eredménye a fenti kutatásokhoz hasonlóan pozitív korrelációt mutatott ki a kereslet és a jövedelem összefüggésében, mégpedig a **luxuscikkekre jellemző rugalmassággal**. A nemzeti egészségügyi rendszerrel való elégedettség negatívan korrelált a magánbiztosítás meglétével, és a jövedelemmel. Ha az állampolgár elégedetlen a szervezet által nyújtott minőséggel magánbiztosítást vásárol a jobb minőségért, ez a cselekedet azonban visszahat elégedettségére is. Ez a dinamikus kapcsolat azonban az egészségügyi szervezet reformjának a szükségességét is felveti, hiszen a rendszerrel szembeni elégedetlenség és magánbiztosítás választása csak felerősítheti az elégedetlenséget. (Costa - Font – Jofre-Bonet, 2006)

Bonet (2000) elemzésében kimutatja, hogy a köz(public) biztosítás és a közszolgáltatás (provision) egymással összefüggnek, és a minőség köti össze őket. A nemzeti egészségügyi szolgálatot működtető országokra jellemzőek az **igen hosszú várakozási idők**, ez a minőségi mutató lehet a kapcsolat, illetve az összefüggés az állami és a magánbiztosítás választása között.

Jofre - Bonet (2000) és Paccagnella (2005) a SHARE országok[6]elemzésekor vizsgálja az egészségügyi rendszer típusa és az önkéntes egészségbiztosítások közötti lehetséges összefüggéseket. Az ország-specifikus vizsgálatoknál mindössze annyit sikerült megállapítaniuk, hogy az önkéntes egészségbiztosítás vásárlását befolyásoló tényezők különbözőek a vizsgált SHARE országok tekintetében, és ezek a különbözőségek az adott egészségügyi rendszerekben lévő sajátosságok tükröződései.[7]

---

[6]A vizsgált SHARE országok a következők voltak: Svédország, Dánia, Németország, Hollandia, Belgium, Franciaország, Svájc, Ausztria, Olaszország, Spanyolország, Görögország. A vizsgálatnál felhasznált adatok az European Comission QLK6-CT-2001-00360 számú projekthez kapcsolódtak.

[7]A felmérések családszinten vizsgálták a biztosítottakat. A vizsgálatba kerülés feltétele az volt, hogy a családfő legalább 1 önkéntes egészségügyi biztosítással rendelkezzen.

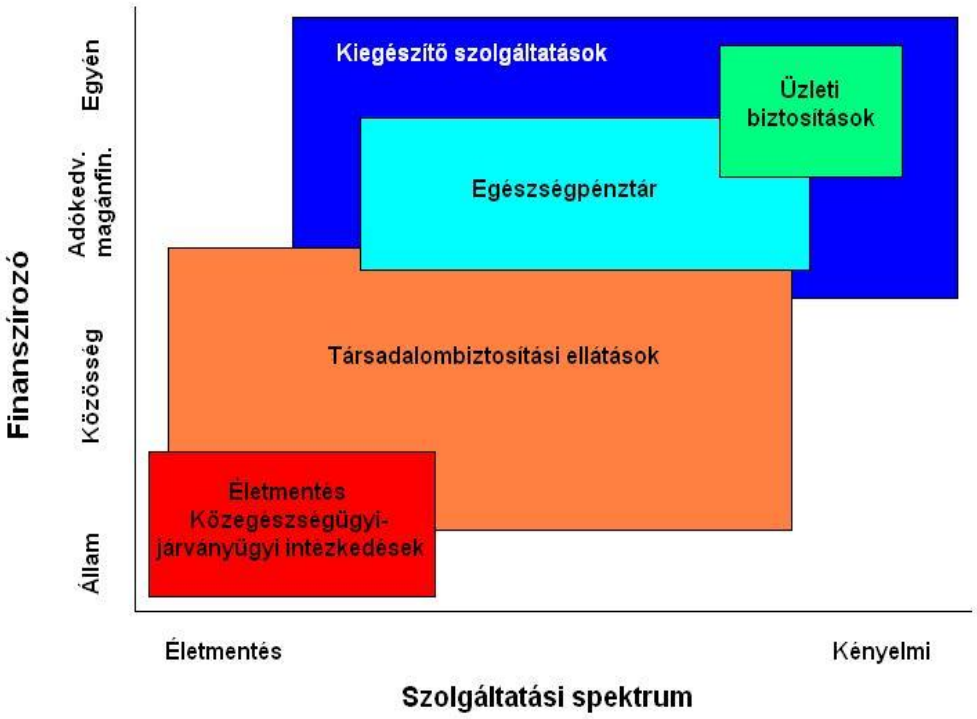
2.5 Kiegészítő biztosítások a magyar egészségügyi rendszerben

Magyarországon magán egészségbiztosításra két eltérő intézményrendszeren keresztül nyílik lehetőség. Az egyik az 1995. évi XCVI. biztosítási törvény alapján nyújtott pénzbeli szolgáltatásokat jelentő egészségbiztosítások, amelyek az üzleti biztosítók termék skálájának nem túl nagy szerepet kapó szereplői. A másik lehetőség pedig az 1993.évi XCVI. pénztári törvény alapján önszerveződő, non-profit egészségpénztárak által kínált tagságon keresztül elérhető kiegészítő egészségcélú öngondoskodás. Ebben az esetben természetbeni juttatásokról, egészségcélú szolgáltatásokról van szó. Mindkét lehetőség kiegészítő szereppel bír a kötelező társadalombiztosítás mellett, melyet a hétköznapi használatban az Országos Egészségbiztosítási Pénztár[8] funkcióit és feladatköreit fedi le, annak ellenére, hogy a felosztó-kirovó elv alapján a nyugdíjbiztosítást is magában foglalja. A továbbiakban a társadalombiztosítás említésekor a társadalombiztosítás egészségbiztosítási alrendszerét értem.

Az Európai Unió országaihoz hasonlóan a magyar egészségügy közfinanszírozott, ez a teljes egészségügyi kiadások 71%-át jelentette 2009-ben. Szolidáris elven szerveződik, tehát a társadalombiztosítási hozzájárulás egységes járulékkulcs alapján, jövedelemarányosan és mindennemű kockázati tényező figyelembe vétele nélkül történik. Az OEP által nem támogatott termékek és szolgáltatások a lakossági magánfinanszírozás formájában kerül kifizetésre. Egyrészt a háztartások közvetlenül (out of pocket) finanszírozzák. Ez a teljes kiadások 24%-át jelenti, mely az európai trendhez képest magasnak mondható. Másrészt szervezett magánkiadás formájában kerül kifizetésre, a teljes egészségügyi kiadások mindegy 4%-át jelenti Magyarországon.
A 4. sz. ábra szemlélteti a köz- és a magánfinanszírozás megjelenését Magyarországon a finanszírozó, illetve a kényelmi spektrum szemszögéből. Úgy gondolom, fontos megemlíteni, hogy a társadalombiztosítás mellett nemcsak ez a két finanszírozási pillér van jelen, hanem egyéb, nem biztosítás alapú finanszírozások is megjelennek.

[8] A 9. sz. melléklet a társadalombiztosításban történt változásokat foglalja össze Magyarországon.

4. sz. ábra: A magán és közfinanszírozás Magyarországon



Forrás: Rékassy (2006) alapján

Az egészségügy finanszírozásában a TB, az egészségpénztárak és az üzleti biztosítók betegségbiztosításain kívül a kormányzat és az önkormányzatok által nyújtott szociális segélyek, a non-profit civil szervezetek, a karitatív magánintézmények által nyújtott adományok, a munkáltatók által fizetett betegszabadság, továbbá a háztartások által fizetett hálapénz is részt képvisel.

2.5.1 Az üzleti biztosítók Magyarországon

Jelenleg a Magyarországon működő 32 üzleti biztosítótársaság közül 8 foglalkozik valamilyen szintű egészségbiztosítással. Jelenleg az ügyféllel kötött szerződések tárgya általában pénzbeli szolgáltatásra korlátozódik, amelyet a biztosított a biztosítási esemény (egészségi állapotban változás) bekövetkezésekor kap meg. Az üzleti biztosítók

betegbiztosítással kapcsolatos szerződéseiből beszedett díjak éves nagyságrendje a pénzügyi válság következtében csökkent, ugyan úgy, mint a biztosítási szektor más ágainál is. 2010-ben a biztosítók egészségbiztosításból beszedett díja 7,6 milliárd forint volt, ez a díjbevétel 0,9%-át jelenti.

Az üzleti biztosítók egészségbiztosítási szolgáltatásairól tulajdonképpen szakirodalmi elemzés nem található. A PSZÁF által megjelentetett kockázati jelentésben is csak 2009-től található külön feltüntetve a betegség- és balesetbiztosítás a díjbevételek alakulása táblázatban. A bevétel marginális volta miatt, viszont a jelentésekben ehhez fűződő kommentár nem található. A MABISZ honlapján a személybiztosítási ágazat bevételeinél sem jelenik meg. Magyarországon még nem jelent meg az üzleti biztosítók szolgáltatásában tulajdonképpen a magán egészségbiztosítás tényleges szerepe, azaz amikor a biztosítási szerződés tárgya az egészségügyi ellátás finanszírozására is vonatkozik. Mivel a 2006-os több biztosítós reform nem valósult meg, a biztosítók az egészségbiztosítás irányában nem mutatnak érdeklődést jelenleg.

A másik csoportba tartozó egészségpénztárak szerepe sem nagyobb jelenleg a magyar egészségbiztosítás piacán, azonban az utóbbi években mutatott prosperitás szerepének és súlyának növekedésével kecsegtet. A rendelkezésre álló irodalom bővebb, így jobban vizsgálható.

2.5.2 Az egészségpénztári szektor Magyarországon

Az 1993 évi XCVI. törvény az önkéntes kölcsönös biztosító pénztárakat a következőképpen definiálja: „Természetes személyek által a függetlenség, kölcsönösség, a szolidaritás és az önkéntesség elve alapján létrehozott társadalombiztosítási ellátásokat kiegészítő, pótló, illetve ezeket helyettesítő szolgáltatásokat, továbbá az egészség védelmét elősegítő ellátásokat szervező és finanszírozó társulás. A pénztár szolgáltatásait rendszeres tagdíjbefizetésekből egyéni számlavezetés alapján szervezi és finanszírozza, illetve nyújtja.” Az önkéntes és kölcsönös biztosítókról szóló törvényre a továbbiakban, mint pénztári törvényre vagy 1993-as törvényre hivatkozom.

1993-ban a rendszerváltás után, a törvény megalkotásakor a cél a lakossági előtakarékoskodás előmozdítása, ösztönzése volt a cél. Így a pénztárak intézményes formát adnak az öngondoskodásnak, ahol a pénztári tag vagy annak közeli hozzátartozói a

befizetett összeget egészségük védelmére, illetve a társadalombiztosítást kiegészítő ellátásokra fordíthatják. Mintául a francia mutuálék szolgáltak, melyek az önkormányzatiságra épülve több szolgáltatási területen a társadalombiztosítás szerves részeivé váltak. A későbbiekben azonban láthatjuk, hogy a lemásolt minta megmaradt célként, s a társadalombiztosítás működési alapelveitől lényegesen eltérő pénztári forma alakult ki az elmúlt 16 év során.

Az egészségpénztárak meghonosítása Magyarországon részét képezi a rendszerváltást követően a társadalombiztosítás reformjának, az 1993-as törvény megszületésekor fontos szerepet szántak nekik. Erre utal a későbbiekben még szereplő elismert pénztár fogalma is. A törvény megszületése óta a kormányok eltérő súllyal és mértékben számítanak a pénztárak forrásaira, s szerepüket az adókedvezmények léte nagymértékben meghatározza. Jelentőségük a társadalombiztosítás mellett marginális, de nem lebecsülendő, hiszen 2009 végén meghaladta az 54 milliárd forintot az önkéntes egészségpénztárak vagyona.

A pénztári konstrukció, az állami szociális gondoskodás három pillérjét alapul véve három, eltérő célú önkéntes kölcsönös biztosító pénztárt különböztet meg:

- Nyugdíjpénztár: kizárólag nyugdíjszolgáltatást nyújt,
- Önsegélyező pénztár: kizárólag önsegélyező feladatokat láthat el.
- Egészségpénztár: egyebek mellett támogathatja gyógyszer és gyógyászati segédeszközök árát, a pénztártag betegség miatti keresőképtelensége esetén a kieső jövedelmének teljes vagy részbeni pótlását, valamint a pénztártag halála esetén a hátramaradottak támogatását.

Mindhárom konstrukció legfontosabb jellemzője az öngondoskodás, tehát a pénztárból igénybe vehető szolgáltatások befizetésekhez kötöttek. Egészségpénztár alapítását a pénztártörvény igen szabadon szabályozza: Az alapításhoz legalább 15 alapító tag megjelenése szükséges az alakuló közgyűlésen. A közgyűlés dönt az alapszabályról, az induló gazdálkodási terv elfogadásáról, a tisztségviselők megválasztásáról és a díjazás mértékéről. A pénztár kizárólag csak a tagok befizetéseiből gazdálkodik és szolgáltatást is a tagok számára vezetett egyéni számlák erejéig nyújthat. A törvény a pénztárak működésére vonatkozóan a következő alapelvek érvényesek: a kölcsönösség, a függetlenség, az önkéntesség, a szolidaritás, az önkormányzati működés, a zárt gazdálkodás, a non-profit működés és a társulási elve. (Lásd. 7. sz. melléklet)

Az egészségpénztár jogi személyiség, melyet a székhely szerinti illetékes megyei bíróság vesz nyilvántartásba. A pénztárak állami felügyeletét a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete 2007-ig egyedül végezte, majd az egészségbiztosítás hatósági felügyeletéről szóló 2006. évi LXVI. törvény értelmében az Egészségbiztosítási Felügyelettel közösen láttak el 2010.év szeptemberéig. A PSZÁF döntően a pénztárak gazdálkodásának jogszerűségét ellenőrzi. Az Egészségbiztosítási Felügyelet pedig a pénztárak létrehozásával kapcsolatos egészségpolitikai célok megvalósulását vizsgálta, valamint a tagok részére biztosított szolgáltatások minőségét, a pénztárak minőségbiztosítási tevékenységét értékeli és segíti a fogyasztókat a nyilvánosan elérhető információkkal. Az egészségpénztárak alapítására, működésére, gazdálkodására, valamint az alapképzésre vonatkozó jogszabályokat az 8. sz. melléklet tartalmazza.

A magyar önkéntes **egészségpénztári szektorral foglalkozó irodalmak**, szakcikkek száma elenyésző, ha 15 éves fennállásukat tekintjük. Többnyire, mint az önkéntes nyugdíjpénztárak mellett jelenlevő befektetési/befizetési lehetőségként kerülnek megemlítésre, mint a jövőről való öngondoskodás ki nem aknázott területeként. (Stabilitás, 2008; Kóti, 2003; Matits, 2005). Tehát egyrészről maga a kialakult intézményrendszer szereplői teremtik meg szakmai hátterüket és bázisukat, mely egyértelműen létezésük, fennmaradásuk mellett szól. Kétségkívül ez az egyetlen olyan egészségügyi célú intézményesített öngondoskodási forma, mely magában foglalja a prevenciót is.

A 2006-os reform terveiben (EUM, 2007; Dózsa, 2006; Pinke, 2007) az önkéntes egészségpénztárak, mint marginális szereplők jelennek meg. Fő feladatuknak a jövőben is a teljes és részleges térítési díjak, co-paymentek átvállalását jelölték meg. A reformerek a leendő egészségügyi rendszerben csak elhelyezték őket, szerepükkel, helyzetükkel nem foglakoztak bővebben, a Zöldkönyv (EURÓPA, 2007) meg sem említi az önkéntes egészségpénztárakat. A 2006-os IX. egri pénztárkonferencián az egészségpénztárakról Mihályi Péter, mint a kollektív adókerülés intézményeiről beszél, ahol a „szolidaritásból előtakarékosság” született.

A pénztártörvény önkéntes, kölcsönös biztosító pénztárakról rendelkezik, s ezzel tulajdonképpen megadja a jövőbeli lehetőségét annak, hogy a pénztárak, mint igazi szolidáris kiegészítő biztosítóként funkcionáljanak (elismert pénztár), a gyakorlatban azonban, ami megvalósult jelenleg a takarékszövetkezetekhez áll legközelebb. Maga a Pénztárszövetség elnöke által készített összegzésben (MÖESZ, 2007) is ezt találhatjuk.

A törvény már 1993 óta lehetőséget ad arra, hogy elismert pénztárak is alakuljanak. A pénztári törvény szerint az elismert pénztár „külön törvény által feljogosítva az adott társadalombiztosítási, szociális ágazatban társadalombiztosítási ellátást szervez és helyettesít, illetve azokat kiegészítő szolgáltatásokat nyújt”. Bár a pénztártörvény önkéntes kölcsönös biztosító pénztárakról rendelkezik, nem beszélhetünk igazi biztosítókról. Ugyanúgy, mint ahogy a társadalombiztosítás sem biztosítás, csupán egy félresikerült, de megszokottá vált kifejezés. Németh György (2003c) szerint: „az egészségpénztár tagsága mikrotársadalmának társadalombiztosítása törvényi kötelezés nélkül, e mikrotársadalom belső szolidaritása alapján.”

Az alapításhoz nem szükséges alapító tőke és szolvencia, így a pénztári törvényben, ahol mind a biztosító, mind a pénztár szó szerepel egyértelmű, hogy nem „igazi” biztosítóról van szó, hanem biztosítóegyesületről, melyre nem terjed ki a biztosítási törvény hatálya. Biztosítás esetén az egyéni számla értelmetlen, hiszen a biztosítási díj megállapítására a kárvalószínűség alapján kerül sor. Vagyis a biztosítási díj az egyéni kockázat mértékének függvénye. Az individuális ekvivalencia (egyéni egyenértékűség) a biztosítási tevékenység elengedhetetlen jellemzője, ez hiányzik az egészségpénztáraknál.

Németh (2004a) az egészségpénztárak történetét bemutató elemzésében számos helyen vitatja a pénztártörvény helyességét és szóhasználatát. Tanulmányában arra keresi a választ, hogyha az egészségpénztár nem biztosító, akkor tulajdonképpen micsoda és mire alkalmas. Tanulmányában a múlt évtized kormányzati melléfogásaként jellemzi az önkéntes egészségügyi megtakarítási számlákat. Tény, hogy a szektor léte nagymértékben meghatározódik az adókedvezmények által, véleményem szerint azonban társadalmi szempontból rendkívül fontos a munkavállalók öngondoskodási kultúrájának erősítése, az öngondoskodás intézményeinek létrehozása a lakosságra nehezedő egyre növekvő egészségügyi terhek könnyítésére.

Matits Ágnes (2005) a pénztárak növekedését vizsgálva jut arra következtetésre, – másokkal egyetemben – hogy az önkéntes egészségpénztáraknál tapasztalható növekedés mozgatórugóját a cafeteria rendszer elterjedésében kereshetjük. Más megfogalmazásban az egészségpénztári tagokat megillető adókedvezményekben. Ezzel a megállapítással egyetértek, azzal a kiegészítéssel, hogy az adókedvezményeket és az egészségpénztári befizetési lehetőségekkel egyre többen ismerkedtek meg, így növekedhettek a pénztárak mind taglétszám, mind vagyon tekintetében dinamikusan.

Németh György már 2004-ben ír a pénztártagokat megillető adókedvezmények „ideológiai ingatagságáról”. (Az adótámogatást nem a szegények, hanem a munkával rendelkező, elsősorban munkajövedelemmel rendelkező közép és felsőrétegek kapják.) Ez az „ingatagság” egy doktriner álláspontot elfoglaló kormány esetén akár az egészségpénztárak létét is veszélyeztetheti, bár jelenleg a gazdasági válság kényszeríti ki a pénztári rendszer adókedvezményének csökkentését, s ezzel várhatóan 30%-os visszaesés prognosztizálható a 2010-es évre. (De a munkáltatói oldalnak még így is kedvezőbbek maradnak a munkavállaló számára teljesített egészségpénztári befizetések, mintha béremelésként nyújtanák.)

A GKI-EKI (Adler et al., 2007) által készített felmérés a pénztárak fő és más által nem helyettesíthető feladatának a prevenciót emeli ki, mivel a többletadó kedvezmények ellenére is véleményük szerint az egészségügyi célú előtakarékosság szervezésében szerepük marginális maradt. A pénztári vezetők ezzel szemben a dinamikusan növekedő tagságot és pénztári befizetéseket hozzák fel. (MÖESZ, 2007) Legfontosabb célként az egészségmegőrzés mellett, a betegség kezeléséből keletkező terhek enyhítését tűzik zászlajukra.

Az egészségpénztár lényegéről Lukács Marianna, (MÖESZ, 2007) mint speciális egészségügyi bankszámláról ír, melyről kizárólag egészségügyi szolgáltatásokra lehet költeni magunk vagy családtagjaink egészsége érdekében, a fel nem használt pénz pedig a nyugdíjpénztárakhoz hasonlóan hozamot hoz, mely negyedévente kerül a tag számlájára. Tehát, mindössze egyéni megtakarításokkal van dolgunk, melyeket kifejezetten csak egészségügyi céllal költhetünk el. Az a típusú pénztár, amit kezdetben, a létrehozáskor elképzeltek nem valósult meg. Hiszen a gyakorlatban az önkéntesség és a szolidaritás fordított viszonyban van. A szolidaritás elve a pénztáraknál abban nyilvánul meg, hogy a tagok tagdíja független egyéni kockázatuk mértékétől. Továbbá az, hogy a belépni szándékozó nem utasítható el. A társadalombiztosítást egy kötelező kényszer tartja össze, melyben jogszabály által előírt kötelező járulékfizetést jelent. Az ekvivalencia elvét nem alkalmazó egészségpénztáraknál a szolidaritás elve azonban, mint működési elv szerepel. Tehát tulajdonképpen a szolidaritásból egyéni megtakarítás lesz.

Az egészségpénztárak teljesítményét, szemben a nyugdíjpénztárakkal szemben, nem a hozamadataik mutatják, állítja Lehoczky László (Stabilitás, 2009). Az önkéntes nyugdíjpénztáraktól eltérően itt a tagok rövidtávon felhasználják, elköltik befizetéseiket, így az egészségpénztárak vagyonukat elsősorban rövidtávú pénz – és tőkepiaci eszközökbe fektetik. Vagyonuk tavaly 2008-ban érte el az éves befizetések összegét, szemben a

nyugdíjpénztárakéval, ahol ez hétszeres. A hozamok összehasonlításakor elsősorban a működési költségek levonásai relevánsak a tagok számára, nem pedig a néhány százalékos hozamkülönbség. Magyarán a működési levonások után mekkora összeg marad a tagok számláján. Jelenleg a nyugdíjpénztárak évente kötelezően nyilvánosságra hozzák adataikat. Úgy gondolom, hogy az egészségpénztáraknál is ez célszerű lenne, hiszen ösztönzőleg hathatna az alapkezelők teljesítményére.

3 ANYAG ÉS MÓDSZER

Kutatásaim során arra kerestem a választ, hogy a kiegészítő egészségbiztosítások milyen hatással bírnak az európai országok egészségügyi rendszerére, segíthetik-e működésüket, és ha igen milyen módon. Milyen szerepet tölt(het) be a kiegészítő egészségbiztosítás a különböző európai egészségügyi rendszermodellekben.

Az anyag hipotéziseinek igazolására kétirányú kutatást végeztem. Az **első kutatás** keretében egy **adatbázis alapú elemzést** végeztem. Elemzésemben az Európai Unió 18 országának (Ausztria, Belgium, Csehország, Dánia, Finnország, Franciaország, Németország, Görögország, Magyarország, Írország, Olaszország, Hollandia, Lengyelország, Portugália, Szlovákia, Spanyolország, Svédország, Nagy-Britannia) egészségügyi rendszereit vizsgáltam az OECD Health Data kiadványának adatai alapján.

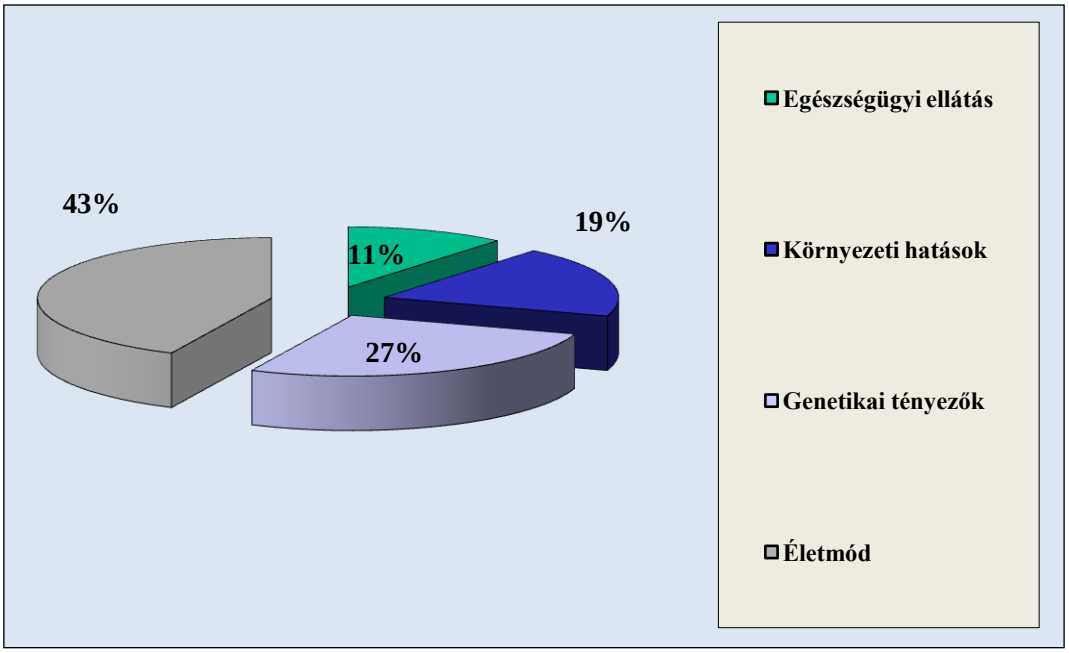
Az OECD Health Data adatbázis alkalmazását az indokolja, hogy kifejezetten az Uniós országok adatait nyilvántartó Eurostat rendszerben ilyen típusú adatbázis nem található. Az un. EU 15 tagállama közül 14-t vizsgálok, illetve a volt szocialista blokk országai közül négy országot (Csehország, Lengyelország, Magyarország, Szlovákia). A többi Európai Uniós országra nem állt rendelkezésre az összes adat, így kikerültek a vizsgálatból. A 2011-ben elérhető legfrissebb forrás a 2008-as adatokat jelentette.

Mivel a kutatást már jó néhány évvel ezelőtt megkezdtem, rendelkezem a megelőző évek statisztikai vizsgálataival is. A szakirodalom által feltárt legfrissebb eredményeket (Jofre – Bonet, 2000; Paccanella et al., 2005; Mossialos – Thomson, 2004; Saliba – Ventelou, 2007), valamint a WHO és az egészségügyi közgazdaságtan alaptételeinek vettem figyelembe.

Az egyén egészségi állapotát genetikai állománya és a külső tényezők együttesen határozzák meg.[9]

[9] A WHO kutatása szerint a társadalom egészségi állapotát legkevésbé az egészségügyi rendszer, és leginkább az életmód határozza meg.

5. sz. ábra: Az egészséget befolyásoló tényezők



Forrás: Karsai, 2003

Jelen kutatásomban nem vizsgáltam a belső tényezők országonkénti eltéréseit és összefüggéseit, kizárólag csak a külső tényezőkre fókuszáltam, amelyek az életmóddal, az egészségügyi ellátás hozzáférésének egyenletességével és fejlettségével jellemezhetőek. Az általam választott külső tényezőket jellemző determinánsok kiválasztásánál igyekeztem, hogy a megfelelő, illetve a nemzetközi kutatók által leggyakrabban használt, illetve hivatkozott változókat figyelembe venni. Így az életmódot, és a külső környezeti hatásokat jellemző változókként a következőkkel dolgoztam:

- az emberek étkezési szokásait az átlagos kalória és zsírbevitellel (gramm/fő/nap)
- a 15 éven felüliek literben mért éves alkoholfogyasztásával
- a dohányzást a napi rendszerességgel dohányzók népességen belüli arányával
- a légszennyezettséget pedig a gazdaság évenkénti, kilogrammokban mért, egy főre jutó nitrogén-oxid és szénmonoxid kibocsátásával mértem.

Az egészségügyi-szociális állapot feltárására pedig a következőket vettem figyelembe:

- születéskor várható élettartam,
- a GDP arányos egészségügyi kiadásokat[10],
- a felsőfokú végzettségű egészségügyi dolgozók arányát[11]
- eltartottsági rátát[12]
- a munkanélküliségi rátát
- a felsőfokú végzettségűek arányát a teljes népesség százalékában.

Az OECD adatok statisztikai vizsgálatánál nem állt módomban az alkohol- és a zsírfogyasztás minőségbeli különbségeit figyelembe venni, mivel ilyen adatok nem álltak rendelkezésre. Ez az eredmények értékelésénél mindenképpen figyelembe veendő. Az első kutatás során a statisztika módszertanából ismert többváltozós elemzési módszereket alkalmaztam. Ezen túl a gazdasági összehasonlító statisztika módszerét a kiegészítő biztosítások országonkénti különbözőségeinek feltárására.

3.1 Alkalmazott statisztikai módszerek

A kutatásaim során többváltozós elemzési modelleket alkalmaztam. A főkomponens-, klaszteranalízist, valamint különféle asszociációs mérőszámokat, továbbá többváltozós regressziót és a logit[13] modellt. Vizsgálataim során sok különböző adattal dolgoztam, sok különböző valószínűségi változót figyeltem meg, ezért volt szükség a többváltozós elemzési módszerekre. A **főkomponens-elemzés** a mért változókat csoportosítja. A cél a változók számának csökkentése úgy, hogy ezzel a mintában felhalmozott információ a lehető legkisebb mértékben csökkenjen. A **klaszteranalízis** ezzel ellentétben a megfigyelt elemeket (a vizsgálataimban országokat) csoportosítja. Az **asszociációs mérőszámok** statisztikai sorok összefüggő rendszerén alapulnak, több változó együttes eloszlásainak szorosságáról adnak információkat. A **többváltozós regresszió** ok és okozati kapcsolatokat

[10] Teljes egészségügyi kiadások a GDP %-ában

[11] A 100 000 fős népesség arányában.

[12] Az eltartottsági ráta a 15 évnél fiatalabb és 65 évnél idősebb népesség száma osztva a 15-64 évesek számával. Így ez az érték megmutatja, hogy egy munkaképes korú emberre mennyi fiatal és idős ember jut átlagosan.

[13] A logit modell lényegének leírását, illetve az alkalmazására tett kísérletet lásd a sz. mellékletben.

tár fel. A **logit modell** alapgondolata a valószínűség logit értékének használata függő változóként.

Az alább ismertetett módszerek lényegének ismertetésénél elsősorban Szelényi (2002), Fazekas (2000) és Köves – Párniczky (1981), Hunyadi – Vita (2005), Füstös et al. (1986), valamint Reimann – Tóth (2008) által publikált matematikai statisztika irodalomra támaszkodtam. Az adatok feldolgozásánál nagy segítséget jelentett Székely – Barna (2008) kifejezetten társadalomkutatók számára készített szakkönyve. A 4.1 fejezet elemzéséhez az SPSS 17.0 rendszerét használtam. Az adatok térképen való ábrázolásához az ArcView 3.2 nevű szoftvert.

Főkomponens analízis

A főkomponens-elemzés egy olyan statisztikai eljárás, amely egy változó-szettet alakít át lineáris transzformáció segítségével egy, az eredetinél kisebb számú, új változó-csoporttá. A transzformáció után létrejött új változók a főkomponensek, amelyek korrelálatlanok egymással és a kiinduló változók által megtestesített információ-tömeg lehető legnagyobb részét megőrzik. A lineáris transzformáció azt jelenti, hogy az eredeti változókat nem egyszerűen összeadja az eljárás. A főkomponens-készítés során az új változó az eredeti, mért (megfigyelt, válaszként kapott) változókhoz különböző súlyokat rendel, és ezekkel szorozva adja össze azokat. A súlyok pedig éppen akkorák, hogy biztosítva legyen, hogy a főkomponens a lehető legtöbb információt (varianciát) megőrizze az eredeti változók teljes heterogenitásából. A főkomponens analízis alkalmazása előtt a Kaiser-Meyer-Olkin[14] és

[14]Nem minden változó-csoport mögött húzódik meg látens szerkezet. Vannak olyan változó-szettek, amelyek alkalmasak faktoranalízisre, és vannak olyanok, amelyek nem. Ezt a fajta alkalmasságot a Kaiser – Meyer – Olkin mutató segítségével tesztelhetjük.

$$KMO = \frac{\sum_i \sum_j r_{ij}^2}{\sum_i \sum_j r_{ij}^2 + \sum_i \sum_j a_{ij}^2} \quad i \neq j$$

Ahol r_{ij} az i-dik és a j-edik mért változó közötti Pearson-féle korrelációs együttható, az a_{ij} pedig az i- dik és a j-edik mért változó közötti parciális korrelációs együttható.

Általánosan igaz, hogy a látens struktúra keresésére alkalmas változó-szettekben a parciális korrelációk nem lehetnek túlságosan magasak, hiszen ez azt jelentené, hogy változópárok vannak egymással erős kapcsolatban, klikkesednek. Ekkor nem látens struktúra van a változók mögött, hanem páronkénti összekapcsolódások.

Bartlett[15] tesztet mindig lefutattam. Ebből megállapítható, hogy a főkomponens elemzés az alapadataimon elvégezhető-e vagy sem, illetve releváns eredmények nyerhetőek-e. (Székely - Barna, 2008)

Többváltozós megfigyelési rendszerben általában egészen különböző mértékegységű változók (százalék, pénzérték, területméret stb.) együtt fordulnak elő, így a változók középértéke, szórása, valamint a megfigyelési egységek térbeli helyzete közvetlenül nem hasonlítható össze. Több összetartozó, egymással lineárisan korreláló, mért mutatót, kevesebbel helyettesítettem. Vizsgálatomban ez az egyes országokra jellemző egészségi terheltségi adatok, valamint az egészségügyi – szociális helyzetet jellemző adatok sokfélesége igazolja e módszer alkalmazását. Mivel, ha ugyanannak a változónak az értékeit egy másik mértékegységben fejezzük ki (pl. kg helyett grammokban), a változó várható értéke, annak szórása és varianciája szintén megváltoznak. A mértékegységektől független megoldások az adatok standardizálásával érhetők el. Úgy is fogalmazhatnánk, hogy a standardizálás a tetszőleges értékkészletű értelmezési tartományokat egységesen a 0 – 1 intervallumba képezi le, az adatok közötti sorrendeket megtartva, így a standardizált adatok közvetlenül összehasonlíthatókká válnak. (Lásd 10. sz. mellékletben)

A főkomponens analízis, a főkomponensek kiszámítása egy bázis-transzformáció, ahol az új bázis elemei a főtengelyek. A korrelációs mátrix sajátvektorai mutatják meg, hogy a főkomponensek értékét milyen mértékben és irányban befolyásolják kiinduló, megfigyelt változók. A korrelációs mátrix a változók páronkénti korrelációs együtthatóiból[16] alkotott számtáblázat.

A sajátvektorok végeredményben az új, teljes bázis elemei. A megtartott főkomponenseket a variancia tömörítéseként foghatjuk fel. A sajátértékek és a megfelelő sajátértékhez tartozó sajátvektorok meghatározhatók. Erre olyan módon kerülhet sor, hogy a sajátértékeknek ki kell elégíteniük a következő mátrix-egyenletet, mely átírható homogén lineáris egyenletrendszerré is. Ahol s_{ij}, az i-edik és j-edik változó közötti Pearson-

[15]A Bartlett teszt a KMO mutatóval teszteli, hogy a parciális korrelációk megfelelő értéken belül maradnak-e. Azaz ez a teszt nyitja meg az ajtót a faktoranalízis előtt. Általánosan elfogadott az a szabály, hogy minden olyan változó-szett alkalmas látens struktúra keresésére, ahol a KMO legalább 0,5.

$$Corr(x,y) = \frac{\sum_{i=1}^{N}(x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum_i (x_i - \bar{x})^2 \sum_i (y_i - \bar{y})^2}}$$

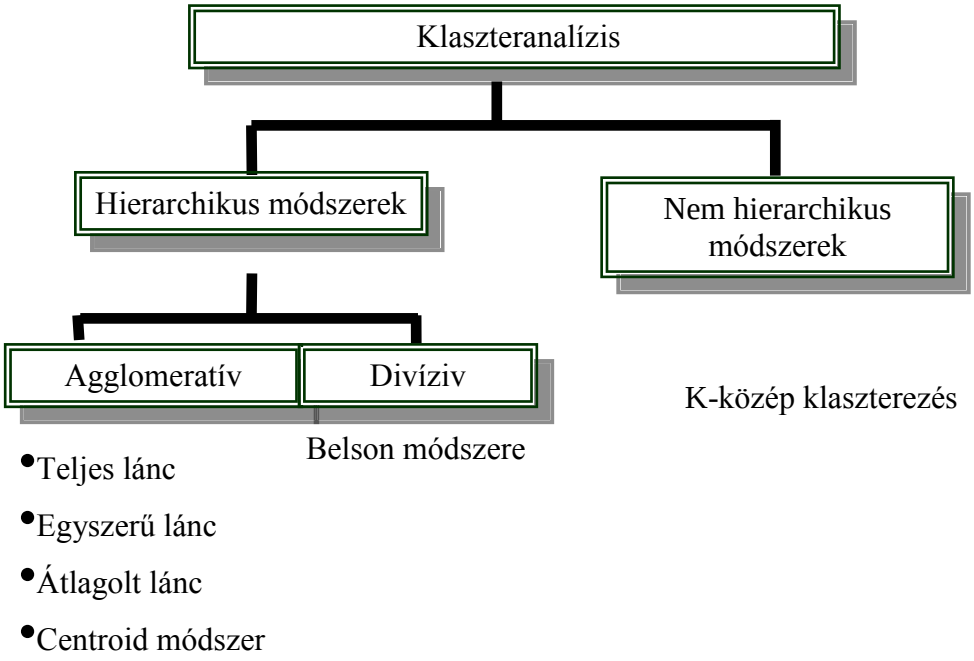
9

korrelációs együttható. Majd a megfelelő sajátérték ismeretében a $S_\lambda * a_i = 0$ egyenletekből adódnak a sajátvektorok. Végül az $X * a_i = C_i$ vektorok lesznek a főkomponensek értékei (X az alapadat-mátrix). Mivel a sajátvektorok variancia szerint vannak csökkenő sorrenden, meg lehet határozni, hogy a magyarázóerő hány százalékát tartsuk meg transzformáció után. A kis szórású irányok (amelyekhez kis sajátérték tartozik) kevésbé informatívak, ezért azt elhagyom. Ezzel kapcsolatosan fontos megjegyezni, hogy a vizsgálatok során a *Little Jiffy* elvet alkalmazom. Ez az elv azt diktálja, hogy tartsuk meg az egynél nagyobb (az áltagosnál nagyobb) sajátértékű főkomponenseket, míg a többit vessük el. (Barna – Székely, 2008)

Klaszteranalízis

A heterogén sokaságot alkotó objektumok homogén csoportokra bontása a klaszteranalízis alapvető mozzanata. A létrehozott csoportok további következtetésekre akkor alkalmasak, ha csoporton belüli viszonylatban az objektumok homogének, tehát globális heterogenitásuk oka a csoportközi viszonylatokban keresendő. A csoportokat a sokaságról rendelkezésre álló információ tömörítésére, továbbá az egyedeit jellemző tulajdonságok statisztikai kapcsolatának a vizsgálatára, előrejelzésre használjuk. Értelemszerű, hogy relatíve kevés (a sokaság elemszámához képest kevés) csoport kialakítása releváns. A fenti elvárásoknak eleget tevő alcsoportokat **klaszterekeknek** nevezzük. Technikailag a csoportokat úgy alakulnak ki, hogy az egymástól legkisebb távolságra levő megfigyelési egységek, illetve az egymással legnagyobb hasonlóságot mutatók definiáljanak egy önálló klasztert. Célszerű standardizálni a változókat, különben az eltérő mértékegységek miatt a nagyobb szórású változók nagyobb súlyt kapnak a távolság, illetve a hasonlóság mérése során. Többféle klaszterképzési eljárás, technika ismert. Ezeket gyűjtöttem össze az 6. sz. ábrán.

6. sz. ábra: Klaszterképzési eljárások



Forrás: Székely –Barna (2008) alapján

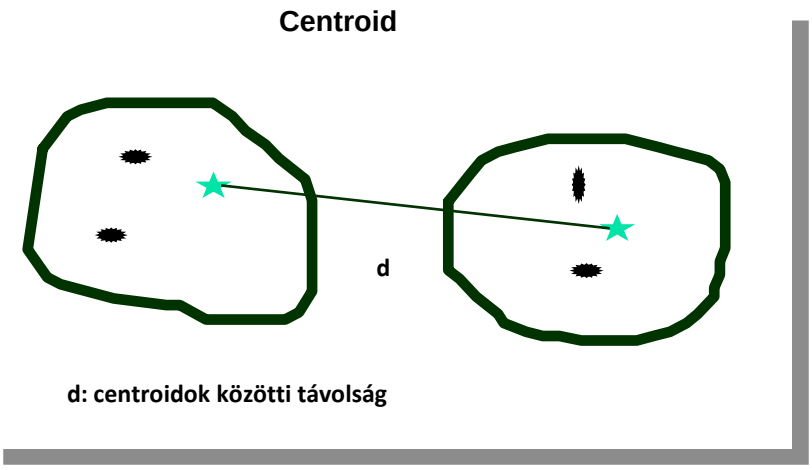
Az agglomeratív módszerek lényege, hogy kiindulásnál minden elem egy külön klasztert képez, a két legközelebbi klaszter összevonása (n-1 alkalommal) 1 db n elemű óriásklaszter lenne. A divizív eljárás éppen ennek ellentéte, azaz a kiindulás n elemű óriásklaszterből történik, melyekből a kiválasztott szempontok szerinti kettéosztások után egy n darab egyelemű klaszter keletkezne. A k-közép klaszterezés nem hierarchikus módszer. Azaz ahelyett, hogy az adatok elemszámával megegyező egyelemű klaszter összeépítésével jutnánk el az optimális klaszter-struktúrához, elsőként rögzítjük, mennyi klasztert szeretnénk kialakítani, minden klaszterhez 1-1 középpontot rendelünk az adatok alapján, majd iterációs eljárással távolságokat figyelembe véve alakítjuk ki a csoportokat a középpontok áthelyezéseivel.[17]

A nem hierarchikus módszereket a nagy elemszámú adatokra szokták alkalmazni. A jelen dolgozatban a hierarchikus, agglomeratív módszerek közül a centroid módszert használom,

[17] Pontosabban általánosságban tekintsük az $A=\{a_1, a_2, \ldots, a_{na}\}$ és a $B=\{b_1, b_2, \ldots\ldots b_{nb}\}$ klasztereket. Ekkor a két klaszter távolsága az a legkisebb $d_k(A,B)$ érték, amely mellett létezik olyan i,j indexpár és $x_1, \ldots, x_q, \ldots x_k$ pont, amelyre $d(a_i, x_q) \leq d_k$ és $d(b_j, x_q) \leq d_k$ teljesül, miközben $a_i \neq x_q$ és $b_j \neq x_q$.

mert az általam elérni kívánt célokhoz ez a metódus esik a legközelebb. Ez az eljárás az átlagszámítás elvét használva, két klaszter távolságán a centroidjaik közötti távolságot érti. A g klaszter centroidját az egyes változók klaszteren belüli átlagainak a sorozata alkotja, ahol n_g a g klaszterben lévő megfigyelési egységek száma. Azaz, ahogy általában, két klaszter távolságát mindig, két pont távolságára vezeti vissza.

7. sz. ábra: Centroid módszer esetén a klaszterek távolsága



Forrás: Székely –Barna (2008) alapján

Folytonos változók esetén alkalmazható, paraméteres távolság a Minkowski távolság.

8. sz. ábra: Minkowszki távolság[18]

$$d_{Minkowski}(i,c) = \left(\sum_{j=1}^{p} \left| x_{ij} - x_{cj} \right|^{r} \right)^{1/r} .$$

[18] Az r paraméter értékének a változtatásával d_M többé, vagy kevésbé érzéken az extrém koordinátákra. A Minkowski mérték $r = 2$ esetén a d_E *euklideszi* távolsággal ekvivalens.

Pearson és Cramer féle asszociációk

Az asszociációs mérőszámok a statisztikai sorok összefüggő rendszerén alapulnak, azaz egyszerre legalább két ismérv szerint jellemzik a sokaságot. A kombinációs táblázatok speciális fajtái a **kontingencia táblázatok**, melyek kereszt-összefüggéseket magában foglaló, teljes eseményrendszert tartalmazó valószínűségi táblázatok. (Köves – Párniczky, 1981) Ilyenkor a két változónkat együttesen figyeljük meg.

1. sz. táblázat: Kontingencia tábla

	x_1	x_2	Σ
y_1	p_{11}	p_{12}	$p_{1.}$
y_2	p_{21}	p_{22}	$p_{2.}$
Σ	$p_{.1}$	$p_{.2}$	1

A két változó függetlenségét a

$$\Phi^2 = \sum_{i=1}^{I}\sum_{j=1}^{J}\frac{(p_{ij} - p_{i.} \cdot p_{j.})^2}{p_{i.} \cdot p_{j.}}$$

méri.

Függetlenség esetén 0 az értéke. Φ^2mennyiség különböző normálásával adódnak a nevezetes statisztikák:

9. sz. ábra: Pearson féle és a Cramer féle mutató[19]

$$P = \sqrt{\frac{\Phi^2}{\Phi^2 + 1}} \qquad T = \sqrt{\frac{\Phi^2}{\sqrt{(I-1)\cdot(J-1)}}}$$

[19]**Cramer, Pearson-féle mutatók értékei (C):**

C=0	függetlenség
C=1	függvényszerű
$0 \le C \le 1$	sztochasztikus kapcsolat

Többváltozós lineáris regressziós modell

A többváltozós lineáris regressziós modellt a 4.1.4 fejezetben alkalmazom, ahol a vizsgált változók között próbálok okszerű kapcsolatot keresni. A regressziós vizsgálat során a magyarázandó vagy függő változót (célváltozó: y) és a magyarázó vagy független (regresszor: x) változók segítségével magyarázzuk. Mivel a függő változót - vizsgálatomban az egészségügyi kiadások finanszírozási forrásait - több magyarázó változó segítségével modellezzem, a többváltozós regressziót alkalmazom. A regresszió úgy mutatja meg két változó kapcsolatát, hogy egyben az egyik változó (függő változó) a másik változótól (független változó) való függésének mértékét is kifejezi.[20]A többváltozós lineáris regresszió esetén a béták meghatározása a cél. Ez a legkisebb négyzetek módszerének az általánosításával lehetséges.

3.2 Az alkalmazott kvalitatív módszer

Lincoln- Guba (1985) szerint a kvalitatív kutatások nagy előnye – a kvantitatív kutatásokkal szemben, - hogy olyan jelenségek vizsgálatára is alkalmazhatóak, ahol az egyediség és a valósághűség megőrzése fontos és lehetővé teszi a jelenben létező társadalmi jelenségek kontextusba ágyazott leírását és megértését.

Az interjús kérdezés módszerét ajánlja Majoros (2004), ha a kutató a válaszadó kreativitását, meglátását, ötleteit kívánja felhasználni, illetve ha több megoldás közül kell választani és ez a kiegészítő biztosítások szerepkörének, a jövőbeli helyének meghatározásához pontosan megfelel ennek a kritériumnak. Így a kvalitatív interjú célja tulajdonképpen a kutatás alapkérdésének megválaszolásában is meghatározó segítséget nyújthat. A kutatás célja így egyrészt az volt, hogy elegendő mélyinterjút készítsek, melyek elsősorban nem a hipotézisek felállításában, hanem a problémák azonosításában és feltárásában bizonyultak egyrészt hasznosnak.

---

20 $y = \beta_0 + \beta_1 x_1 + ... + \beta_{p-1} x_{p-1} + \varepsilon$

Kutatói szerep az interjús adatgyűjtés során

A kérdezés során igyekeztem az adatfelvétel módszertan (Heltai – Tarjányi, 1999) és más kutatók (Babbie, 1996; Majoros, 2004; Seidman, 2002) által megfogalmazott kritériumoknak eleget tenni és elkerülni a mélyinterjú során elkövethető magatartásbeli és szakmai hibákat .A megkérdezés során törekedtem arra, hogy a jelenlétemmel, érdeklődésemmel ösztönözzem a beszélgetőpartnert a minél mélyebb értékelésre és egyedi látásmódjának kifejezésére. Tartózkodtam attól, hogy véleményemmel, vagy értékelésemmel esetleg helytelen irányba tereljem a beszélgetést, azonban az egyes válaszok végén megpróbáltam összefoglalni a számomra releváns információkat. A megbízhatóság és érvényesség érdekében az interjúkat magam készítettem és minden esetben ismertettem a vizsgálat céljait, az adatkezelés módszerét és elveit. A kérdezettekkel megállapodtam abban, hogy igény esetén az anyag első változatát megkapják, s a véleményüket a végső változat kialakításánál figyelembe veszem.

Mintaválasztás

Az interjúalanyok kiválasztásánál a kutatás minősége érdekében a mintavételi keretbe kizárólag felelős vezetők, a szakma elismert képviselői kerültek be az egészségbiztosítás különböző területeiről. (Az OEP jelenlegi és volt vezetői, üzleti biztosítók személybiztosítási üzletágának vezető szakemberei, tanácsadói, egészségpénztári vezetők, az egészségügyi biztosítást oktatók, biztosítási brókerek)

A felmérésben résztvevők mindegyike tapasztalt, az egészségbiztosításban mind elméletileg és gyakorlatilag is jártas szakember. Szakmai kapcsolati hálójukat felhasználva (az érvényességi kritériumok szigorú betartása mellett) alakult ki az interjú alanyok köre. Az adatfelvétel kezdeti időszakában előfordult, hogy a megkérdezetteket ismételten felkerestem és néhányukkal interjú sorozatot is készítettem.

Az adatfelvételi periódus során 17 interjú készült 2008 őszétől 2010 tavaszáig tartó időszakban. Az interjúalanyok a listában (lásd a 2. sz. táblázat) betű és számjellel jelennek meg, valós beosztásukkal. Az eredmények bemutatása során jelzésükkel hivatkozom rájuk, mely egyúttal a kutatás adott területét is jelzi.

2. sz. táblázat: A mélyinterjús kutatás alanyai

A téma kutatói, oktatói	**A1**	**GKI – EKI, kutató**
	A2	**Egészségügyi biztosítás specializáció szakvezető**
	A3	**Tanszékvezető egyetemi docens**
Üzleti biztosítók képviselői	**B1**	**Személybiztosításért felelős vezető, vezérigazgató helyettes**
	B2	**Életbiztosítási igazgató**
	B3	**Pénzügyi tanácsadó vezetője, volt üzleti biztosító értékesítési és marketing vezérigazgató helyettes**
Egészségpénztárak vezetői	**C1**	**Fővárosi egészségpénztár vezető**
	C2	**Vidéki egészségpénztár vezető**
	C3	**Pénztári vezető, a 2006-os reformban érdekelt pénztár**
	C4	**Pénztári vezető, a 2006-os reformban érdekelt pénztár**
OEP jelenlegi és volt vezetői	**D1**	**OEP volt informatikáért felelős főigazgató helyettes**
	D2	**OEP szakmapolitikai és koordináló főosztályvezető**
	D3	**OEP technológiai értékelő bizottság és gyógyszerbefogadás elnöke**
Egészségbiztosításban érintett biztosítási tanácsadók, brókerek, alkuszok	**E1**	**Üzleti biztosító, tanácsadó**
	E2	**Biztosítási bróker**
	E3	**Volt üzleti biztosító tanácsadó Gyógyszercég közkapcsolati, stratégiai és ügyfélkapcsolati igazgatója**
	E4	**Brókerszövetség elnöke**

Forrás: saját összeállítás

Kvalitatív adatgyűjtés és adatelemzés

A kvalitatív adatgyűjtés során félig strukturált interjúkat, interjú sorozatokat készítettem. Az interjúknál használt standard kérdéssor összeállításában segítségemre volt a tanszéki kollektíva. Brain-storming (ötletroham) módszert alkalmazva a tanszéki értekezleten számos ötlet segítette az elindulást az interjúvázlat megalkotásához. A mélyinterjú kérdéssor végleges formája azonban az első interjúk során és segítségével alakult ki. A félig strukturált interjú keretében, mely az egyéni mélyinterjú és a standard strukturált kérdőív ötvözete zárt kérdéseket nem fogalmaztam meg. A nyitott kérdések alkalmazásával lehetővé vált az interjú alanyaim számára, hogy szabadon megfogalmazzák egyéni elgondolásaikat, véleményüket, melyek rendkívül értékesnek bizonyultak a szakirodalom tanulmányozásán túl. Hiszen az „élő tudás" sokszor jóval előbbre mutató elképzeléseivel, ötleteivel, véleményével gyakran még csak szóban jelenik meg. (A mélyinterjú kérdései a 6. sz. mellékletben találhatóak.)

A kérdéseket témakörök szerint csoportosítottam. A témafeltárásához kapcsolódó kérdéscsoportokon túl (fogalmak tisztázása, külföldi példák, statisztikai elemzést segítő kérdések) a jelen magyarországi helyzet értékelésére vonatkozó témacsoportokat határoztam meg. Ezek a következők voltak: TB kapcsolat, piaci pozíció, fejlesztés - termékek, vásárlói igények, sorrendiség.

Az interjúk során törekedtem, hogy a kérdéssor összes kérdését lekérdezzem és így megfelelő mennyiségű adatfelvételt megvalósítsak a további elemzéshez, azonban lehetőséget adtam arra, hogy a válaszadó szabadon kifejtse véleményét a kérdéssorban nem található kapcsolódó problémákról is. Így számos esetben olyan területek, témák kerültek megemlítésre, amivel a kutatói munka tervezésénél nem foglalkoztam, de később meghatározó területét adták a kutatásnak.

Az interjúk átlagosan 60-70 percig tartottak, melyeket diktafonon rögzítettem és a beszélgetést követően a teljes szöveget rögzítettem. Ez a több mint 150 oldalnyi szöveg, jelentette az elemzés anyagát.

Ezt a **tartalomelemzés** módszerével elemeztem, melyet Strauss és Corbin (1998) ír le az un. „grounded theory" módszerének bemutatásakor. Ennek lényege egy un. hármas kódolási módszer. Az első lépésben a kulcsszavakat, főbb témákat jelöltem ki a leírt szövegből. Ez az un. nyílt kódolás (open coding). A második lépés az axiális kódolás (axial coding). Ekkor a szöveget újra elolvastam és kiemeltem az egyes interjú részek fő

mondanivalóját. A harmadik lépésben a kulcskategóriákat határoztam meg (selective coding). Az előző két rész eredményeinek kombinálása szükséges ebben a lépésben.

4 A KUTATÁS EREDMÉNYEI

A fejezetet két alfejezet alkotja, a kutatás kettős irányának megfelelően. Egyrészt az Európai Unió 18 tagállamát együttesen vizsgáló elemzés. Másrészt a magyarországi kiegészítő egészségbiztosítások helyzetét vizsgáló empirikus kutatás és adatelemzés.

A 4.1. fejezetben kísérletet teszek arra, hogy az EU 18 tagállamát az életmód, a külső környezeti hatások, az egészségi – szociális állapotot jellemző tényezők, illetve az arra adott társadalmi egészségügyi válaszok alapján csoportosítsam. Továbbá azt vizsgálom, hogy az első két tényező csoport vajon befolyásolhatja-e, a vizsgált országokban kialakult egészségügy finanszírozási arányokat.

A 4.2. fejezetben a magyarországi kiegészítő biztosítások terén kialakult helyzetet elemzem, különös tekintettel az önkéntes egészségpénztárak helyzetére. A mélyinterjús kutatás és a rendelkezésre álló adatok alapján megkísérlem feltárni a jelenbeli helyzet problémáit, és a jövőbeni várható tendenciákat.

4.1 Az Európai Uniós országok egészségügyi statisztikai vizsgálatai

Elemzésemben az Európai Unió 18 országának (Ausztria, Belgium, Csehország, Dánia, Finnország, Franciaország, Németország, Görögország, Magyarország, Írország, Olaszország, Hollandia, Lengyelország, Portugália, Szlovákia, Spanyolország, Svédország, Nagy-Britannia) egészségügyi rendszereit vizsgálom az OECD Health Data kiadványának adatai alapján.

Az OECD Health Data adatbázis alkalmazását az indokolja, hogy kifejezetten az Uniós országok adatait nyilvántartó Eurostat rendszerben ilyen típusú adatbázis nem található, így az OECD statisztika folytán az országok heterogéneknek látszanak. Az un. EU 15 tagállama közül 14-t vizsgálok, illetve a volt szocialista blokk országai közül négy országot (Csehország, Lengyelország, Magyarország, Szlovákia). A többi Európai Uniós országra nem állt rendelkezésre az összes adat, így kikerültek a vizsgálatból. Az elérhető legfrissebb év a 2008-as volt 2011-ben. Mivel a kutatást már jó néhány évvel ezelőtt megkezdtem, rendelkezem a megelőző évek statisztikai vizsgálataival is. A mostani és az

akkori eredmények között releváns eltéréseket nem tapasztaltam. A kisebb eltérésekre azonban kitérek.

A szakirodalmi kutatások eredményeit figyelembe véve, melyek az önkéntes egészségügyi kiegészítő és pótló biztosítások iránti keresletet vizsgálva a legfontosabb meghatározó tényezőként a szociális, gazdasági és demográfiai jellemzőket határozzák meg, kezdtem meg a kutatást. (Jofre-Bonet, 2000; Paccanella et al., 2005; Mossalios, 2004; Saliba – Ventelou, 2007) Továbbá a WHO[21]és az egészségügyi közgazdaságtan alaptételeinek figyelembe vételével kezdtem meg.

Az elemzésem során arra kerestem a választ, hogy vajon van e bármiféle összefüggés egy ország gazdasági és szociális tényező és a között, hogy az egyes országokban az egészségügyi magánbiztosítások milyen szerepet töltenek be. Az eddig általam ismert és tanulmányozott kutatások döntő többsége csak a **biztosítást vásárlók jövedelmi szintje és a biztosítások száma** között mutatott ki **erős és szignifikáns** kapcsolatot. Azonban nem találtak kapcsolatot arra, hogy az egyén életmódból fakadó egészségügyi kockázata hatna e a biztosítás vásárlására. Paccagnella (2005) és társainak a SHARE országokra irányuló kutatásukban mindössze annyit állapítanak meg, hogy az önkéntes egészségbiztosítás vásárlását befolyásoló tényezők különbözőek a vizsgált országok tekintetében, és ezek a különbözőségek az adott egészségügyi rendszerekben lévő sajátosságok tükröződései.

A többváltozós gazdasági elemzés eszköztárát segítségül hívva próbálok választ kapni arra a kérdésemre, hogy vajon egy adott országot jellemző életmódbeli és szociális determinánsok befolyással lehetnek-e egy ország egészségügyi rendszerére. Lehet e kapcsolat a fenti tényezők és a kiegészítő biztosítások között? A vizsgálatban szereplő 18 ország tekintetében van-e olyan tényező, amely konvergál az Európai Unióban?

[21] Az egyén egészségi állapotát genetikai állománya és a külső tényezők együttesen határozzák meg. A külső tényezők közé tartozik az életmód, az egészségügyi ellátás hozzáférésének egyenletessége és fejlettsége.

A statisztikai elemzésem négy részre tagolódik.[22]

- Megnéztem, mennyire élnek egészségesen?
- Mennyire ismerik el az egészség fontosságát, illetve milyen szociális állapotmutatókkal írhatók le?
- Milyen forrásból finanszírozzák az egészségügyi kiadásokat (állami, vagy magán)?
- Mennyire szoros kapcsolat mutatható ki a finanszírozási források aránya és az egészségügyi magatartásminták, valamint szociális elismertségi fokok között?

4.1.1 Az emberek egészségi terheltsége a vizsgált EU országok között

Az országok egészségügyi tényezőinek vizsgálatakor elsőként a környezet és az emberek egészségi terheltségét elemzem. Az életmód és a káros környezeti hatások az egészségi állapotot nagymértékben meghatározzák. Ezen tényezők pedig társadalmi minta és jövedelempozíció függvényei. (Kincses, 1999)

Első lépésként az Európai Unió 18 országában azt vizsgálom, hogy az életmód és az egyes környezeti hatások tekintetében találhatóak-e összefüggések, vannak e konvergenciák, és ezek milyen intenzitással jelennek meg területileg.

Az emberek étkezési szokásait az átlagos kalória és zsírbevitellel (gramm/fő/nap), a 15 éven felüliek literben mért éves alkoholfogyasztásával-, a dohányzást a napi rendszerességgel dohányzók népességen belüli arányával-, a légszennyezettséget pedig a gazdaság évenkénti, kilogrammokban mért, egy főre jutó nitrogén-oxid és szénmonoxid kibocsátásával mértem. Első lépésként az alapadat-mátrixot állítottam össze. Ehhez az OECD Health Data (2011) legfrissebb kiadványának adatait használtam fel. A 3. sz. táblázat (alap adatmátrix) sorai jelölik az országokat, míg az oszlopok a megfelelő ismérveket.

[22] A téma további kutatása a forrásszerkezet és az igénybevett ellátástípus kapcsolatának vizsgálatához vezetett. E vizsgálat részeredményeit a 13. sz. melléklet tartalmazza.

3. sz. táblázat: Alapadatok, 2008

ország	zsírbevitel	kalória	alkohol	dohány	no, no_2	co
Ausztria	168	3819	13	23	27	87
Belgium	164	3694	11	21	25	65
Csehország	131	3260	12	24	27	50
Dánia	137	3416	12	23	34	113
Finnország	129	3221	11	20	34	97
Franciaország	165	3532	13	26	20	93
Németország	144	3547	10	23	17	49
Görögország	152	3725	9	40	30	97
Magyarország	152	3465	13	30	20	58
Írország	139	3612	13	29	28	54
Olaszország	159	3646	9	22	19	66
Hollandia	137	3278	10	28	21	37
Lengyelország	114	3421	10	26	21	87
Portugália	141	3584	12	17	25	59
Szlovákia	111	2893	9	25	18	54
Spanyolország	153	3272	11	26	35	54
Svédország	123	3110	7	14	23	67
Nagy-Britannia	146	3458	11	22	27	40

Forrás: OECD (2011) Health Data, saját szerkesztés

Az alapadat mátrix összeállításánál a következőket vettem figyelembe:

- Nem lehet hiányzó érték.
- A hiányzó érték nem helyettesíthető 0-val.
- A változók legalább közelítően szimmetrikus eloszlásúak legyenek.
- Ne legyenek extrém, kiugró értékek.
- A megfigyelési egységek száma legalább háromszorosa legyen a megfigyelt változók számának. Az empirikus mintanagyság legyen reprezentatív.
- Ne legyenek invariáns (konstans) értékű változók.
- Ne legyenek negatív értékek.
- Ne szerepeljen olyan változó, amely egy másik változó többszöröse, illetve ne legyen két vagy több másik változó lineáris kombinációja.

Főkomponens analízissel a vizsgálatomba bevont változók számát csökkentettem, aggregált változókat létrehozva. Több összetartozó, egymással lineárisan korreláló, mért

adatot kevesebb mutatóval helyettesítem. A mértékegységektől független megoldások az adatok standardizálásával érhetők el. A 4. sz. táblázat a standardizált alapadatokat tartalmazza.

4. sz. táblázat: Standardizált alapadatok, 2008

ország	zsírbevitel	kalória	alkohol	dohány	nitrogén	co
Ausztria	1,517	1,598	1,216	-0,234	0,344	0,854
Belgium	1,308	1,069	-0,048	-0,720	-0,010	-0,144
Csehország	-0,687	-0,770	0,757	-0,036	0,344	-0,824
Dánia	-0,336	-0,109	0,757	-0,270	1,583	2,033
Finnország	-0,777	-0,936	-0,163	-0,739	1,583	1,308
Franciaország	1,326	0,382	1,044	0,306	-0,895	1,126
Németország	0,111	0,446	-0,508	-0,234	-1,425	-0,869
Görögország	0,570	1,200	-1,025	2,738	0,875	1,308
Magyarország	0,546	0,098	1,044	1,063	-0,895	-0,461
Írország	-0,205	0,721	1,504	0,811	0,521	-0,642
Olaszország	0,963	0,865	-1,255	-0,378	-1,072	-0,098
Hollandia	-0,342	-0,694	-0,680	0,630	-0,718	-1,413
Lengyelország	-1,700	-0,088	-0,278	0,324	-0,718	0,854
Portugália	-0,068	0,602	0,469	-1,351	-0,010	-0,416
Szlovákia	-1,903	-2,326	-1,082	0,090	-1,248	-0,642
Spanyolország	0,653	-0,720	0,239	0,342	1,760	-0,642
Svédország	-1,158	-1,406	-2,231	-1,891	-0,364	-0,053
Nagy-Britannia	0,182	0,069	0,239	-0,450	0,344	-1,277
Átlag	0	0	0	0	0	0
Szórás	1	1	1	1	1	1

Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját számítás

A Kaiser-Meyer-Olkin (0,556) és Bartlett tesztet (0,123) lefutattam, az értékekből megállapítható, hogy a főkomponens elemzés az alapadataimon elvégezhető, belőle releváns eredmények nyerhetők. A főkomponens-analízis eljárásának kezdő lépéseként a standardizált változók korrelációs-mátrixára (S) volt szükség, melyet a 4. sz. ábra egyenletének alapján készítettem el. A korrelációs mátrix főátlójában mindenhol 1-es szerepel, jelezve, hogy autokorrelációról van szó. (5. sz. táblázat)

5. sz. táblázat: Korrelációs mátrix (S)

	zsírbevitel	kalória	alkohol	dohány	nitrogén	co
zsírbevitel	1,000	0,767	0,379	0,169	0,089	0,094
étel	0,767	1,000	0,394	0,244	0,046	0,236
alkohol	0,379	0,394	1,000	0,178	0,297	0,093
dohány	0,169	0,244	0,178	1,000	0,059	0,113
nitrogén	0,089	0,046	0,297	0,059	1,000	0,383
co	0,094	0,236	0,093	0,113	0,383	1,000

Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját számítás

Az S mátrix szimmetrikus, így a sajátértékek nem negatívak, és a sajátvektorok ortogonálisak, azaz korrelálatlanok.A sajátértékek és a megfelelő sajátértékhez tartozó sajátvektorok meghatározhatók. Erre olyan módon kerülhet sor, hogy a sajátértékeknek ki kell elégíteniük a következő mátrix-egyenletet, mely átírható homogén lineáris egyenletrendszerré is:

$$\det(S - \lambda E) = 0$$

6. sz. táblázat: Sajátértékek és varianciájuk

Sorszám	Sajátértékek	A magyarázott variancia (%)	Kummulált magyarázott variancia (%)
1	2,2939	38,2315	38,2315
2	1,2795	21,3246	59,5562
3	0,9070	15,1173	74,6734
4	0,8237	13,7281	88,4016
5	0,4922	8,2036	96,6052
6	0,2037	3,3948	100,0000

Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját számítás

Az egyenlet megoldásai a sajátértékek, melyeket a 6.sz. táblázat foglal össze.

Az első főkomponens (1-es sorszámmal jelölve) a teljes információ (variancia) 38,23 %-át,[23] a második főkomponenssel együtt pedig 59,55 %-át magyarázza. Ez az első két sajátérték nagyobb 1-nél, a Little Jeffy elvet (lásd 3.1 fejezet) alkalmazva ezeket tartottam meg a vizsgálatokhoz, melyek tehát a teljes variancia közel 60 %-át magyarázzák. Tehát a 6 dimenziós korrelációs mátrixot, mely tartalmazta a vizsgálatba bevont életmóddal és a

[23] $\frac{\lambda_1}{\lambda_1 + \lambda_2 + \lambda_3 + \lambda_4 + \lambda_5 + \lambda_6} = \frac{2,294}{6} = 0,3823$

káros környezeti tényezők korrelációit, két dimenziósra redukáltam. Így az eredeti meglévő információ-
mennyiségének 60 %-át sikerült „átmenteni” egy az új altérbe bázis-transzformáció segítségével.[24]

7. sz. táblázat: Kommunalitások értékei[25]

Változók	Kommunalitások
zsirbevitel	0,7926
kalória	0,8208
alkohol	0,4480
dohány	0,1702
nitrogén	0,7402
co	0,6015

Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját számítás

A 7. sz. táblázat a főkomponensek alkotóelemeit mutatja. Láthatólag erős magyarázó erő van a főkomponensek és az eredeti változók között (17-82 % közötti). A kommunalitások értékei nagymértékben magyarázzák a vizsgált változók varianciáját, a dohányosok arányának (17,02%) kivételével. A legkisebb értékű kommunalitás azt jelzi, hogy valahol a két csoport között van a dohányzók aránya, de nem olyan erős az elkülönülés, hogy önálló osztályt tudjon alkotni. (A 2006-os vizsgálatomban a kommunalitás értéke a dohányzók arányánál jóval magasabb volt 32,77%, de így is a legkisebb értékű magyarázó erőt képviselt.)Ez a köztes állapot jelezheti azt is, hogy a dohányzók aránya kihathat a nem dohányzók egészségi állapotára is, tulajdonképpen a külső környezet terheltségét növelve.

[24]Összefoglalva egy koordináta-transzformációt hajtottam végre, olyan formában, hogy megkerestem azokat az a_i vektorokat (ezek éppen a korrelációs mátrix sajátértékeihez tartozó sajátvektorok), melyekre $X_{st}*a_i$ szórása maximális (X az alapadat mátrix). Az így létrejövő $C_i = X*a_i$ vektorokat nevezzük főkomponens vektoroknak. Azaz ezek mentén a legnagyobb az értékek szóródása, innen szemlélve adódnak a legnagyobb eltérések.

[25]A kommunalitás (h^2) megmutatja, hogy az adott változó varianciáját mennyiben magyarázzák a kiszűrt főkomponensek. Analóg az R^2 többszörös determinációs együtthatóval. A főkomponens módszernél a kiinduló becslés $h^2=1$, azaz maga az eredeti korrelációs mátrix.

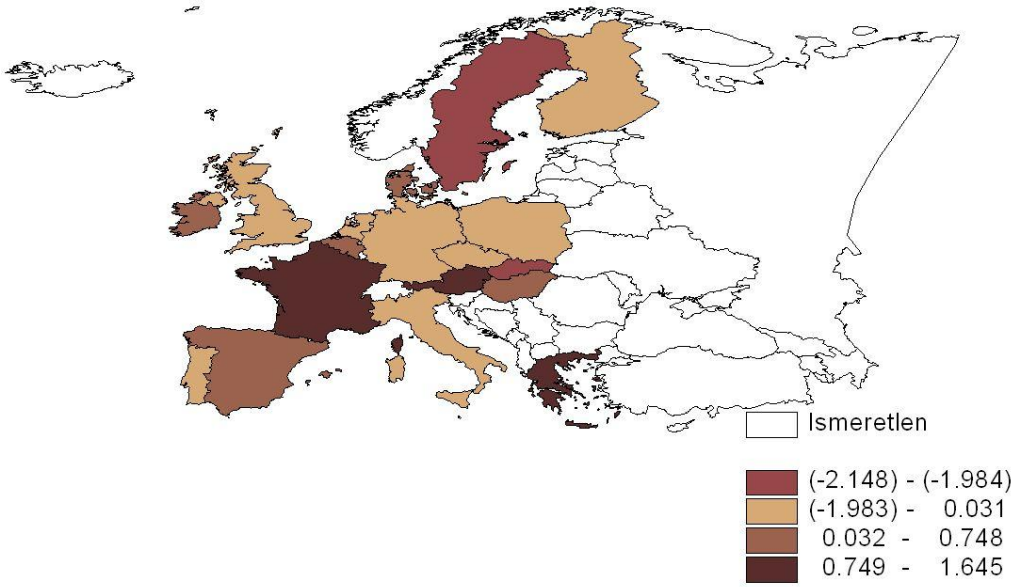
8. sz. táblázat: Az eredeti változók kapcsolata a főkomponensekkel

	Főkomponensek	
	1	2
zsirbevitel	0,8071	-0,3759
kalória	0,8474	-0,3207
alkohol	0,6675	0,0485
dohány	0,4098	-0,0478
nitrogén	0,3789	0,7724
co	0,4092	0,6588

Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját számítás

A 8. sz. táblázat a főkomponens és az eredeti változók között teremt kapcsolatot. Ez a mátrix adja meg az új bázis (főkomponensek) elemeit a régi bázis (alapadatok) segítségével. A táblázat alapján látható, hogy az első főkomponens az emberek étkezési szokásaival az átlagos kalória és zsírbevitelével (gramm/fő/nap)-, az alkoholfogyasztással és a dohányzók arányával van szoros kapcsolatban, azaz az életmódból fakadó, **emberektől függő egészségi terheléssel**. A fentiekben már említett dohányzók arányának kapcsolata az első főkomponenssel így a leggyengébb. A második főkomponens a légszennyezettség mérőszámaival, azaz inkább a **külső környezeti terheltséggel** mutat szignifikáns kapcsolatot. Másképpen fogalmazva, az első főkomponens nagyobb értékei az egészségtelen életmód felé tolódnak el, míg a második főkomponensé az egészségtelen környezet irányában. A nulla értékek az átlagot szimbolizálják a negatívak pedig az egészségesebb életmódot, környezetet. Az első főkomponens és a második főkomponens értékeit térképen ábrázoltam (10. és 11. sz. ábrák), így a vizsgálat eredményei jól láthatóak.

10. sz. ábra: Az első főkomponens értékei



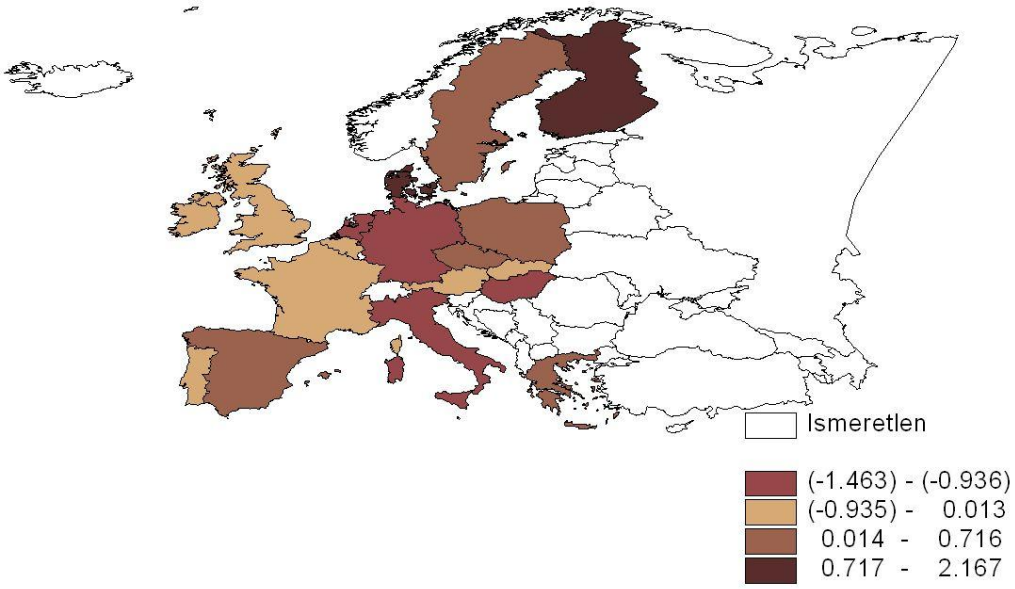
Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját számítások felhasználásával, saját ábra

Az eredmények alapján elmondható, hogy az ember-függő egészségi terhelés (kalória, zsírbevitel és alkoholfogyasztás, valamint a dohányzás tekintetében) leginkább Svédországban, és Szlovákiában mondható átlagosan enyhébbnek a vizsgált uniós államok közül. Míg Franciaországban, Görögországban és Ausztriában a legintenzívebb az ember - függő egészségi terheltség. Tehát, összességében a választott életmódot jellemző változók alapján, ezek a nemzetek rombolják egészségüket leginkább.[26]

Második legintenzívebb terheltségű csoportban található Magyarország, Spanyolországgal, Írországgal és Dániával egyetemben.

[26] Az OECD adatok vizsgálatánál nem állt módomban azokat, a már feltárt összefüggéseket figyelembe venni, amelyek módosíthatják némileg a kapott eredményeket. Értem ezalatt pl. az alkohol - és a zsírfogyasztás minőségbeli különbségeit.

11. sz. ábra: A második főkomponens értékei



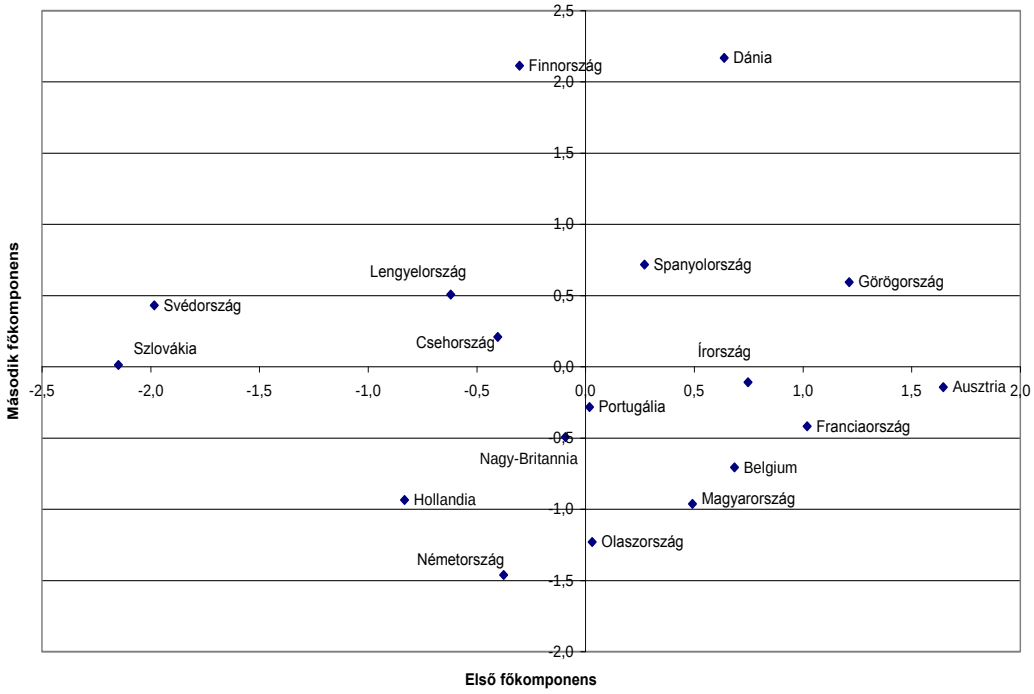
Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját számítások felhasználásával, saját ábra

A 11. sz. ábrán a második főkomponens értékeit ábrázoltam, amely a külső környezet szennyezettsége szempontjából ábrázolja a vizsgált országokat. Az ábrán jól látható, hogy ezek az értékek Magyarországon, Németországban, Hollandiában és Olaszországon a legalacsonyabbak, míg Finnországban, és Dániában a legmagasabbak.[27]

A 12. sz. ábrán az életmód és a külső környezet szennyezettségét leképező két főkomponens értékeit egyszerre ábrázoltam a vizsgált 18 országban. **Eszerint Görögország, Dánia és Spanyolország esetén a környezet és az ember-függő egészségi terheltség értékei is magasak, míg Németország, Nagy-Britannia és Hollandia esetén éppen fordított a helyzet.**

[27] A domborzati adatok, valamint a szélirány figyelembevétele, mely növelheti vagy csökkentheti a káros szennyező anyag kibocsátást nem volt adott az OECD Health Data adatainak elemzésekor.

12. sz. ábra: Egészségi terhelések a vizsgált országokban



Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját ábra

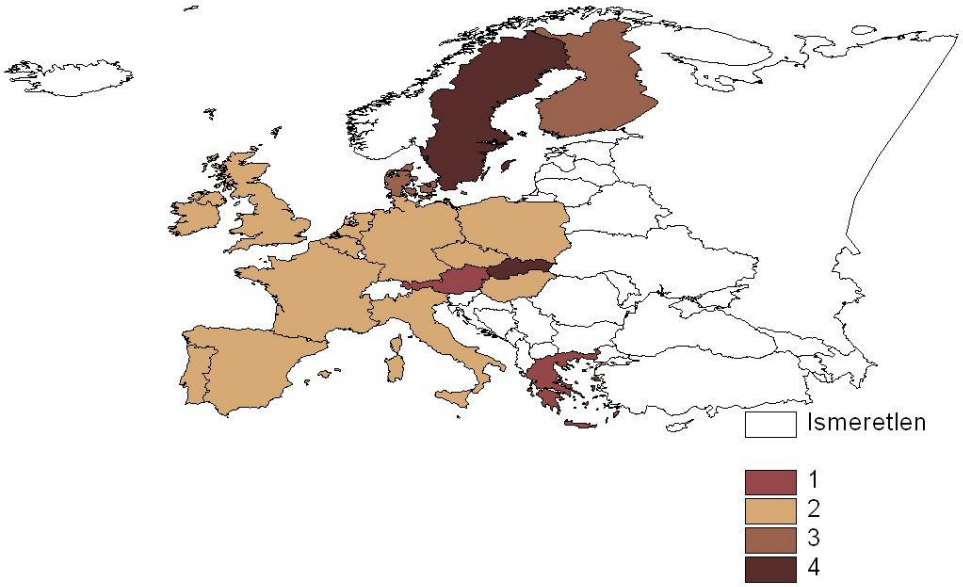
Ha a fenti ország-csoportok finanszírozási modelljeit és az eddig elért eredményeket vesszük alapul. Egyértelmű meghatározottságot nem találhatunk. Míg a három „legterheltebb", tehát mind életmód, mind légszennyezettség tekintetében a legegészségtelenebb nemzetről tudjuk, hogy egészségügyi rendszerükre a Beveridge típusú finanszírozás a jellemző. Ilyen egyértelmű eredmény az egészségesebbnek talált nemzeteknél nincs. Hiszen Nagy-Britanniának, és Svédországnak is nemzeti egészségügyi szolgálatot működtető egészségügyi rendszere van. A két másik egészséges nemzet rendszere bismarcki alapokon nyugszik.

Következő lépésben az alapadatokból nyertstandardizált két főkomponenst egyszerre vizsgáltam a certoid módszer alkalmazásával. Az eredmény a 13. sz. ábrán lévő térképen látható. Eszerint **hazánk sokkal inkább a nyugat-európai országokra hasonlít, velük alkot egy tömböt.** A 2006-os vizsgálat is ezt az eredményt hozta. (Lásd a 6. sz. melléklet térképén)

Magyarország, a Lengyelország, Csehország, Németország, Belgium, Olaszország, Franciaország, Nagy-Britannia, Írország, Spanyolország, Portugália által alkotott csoport (klaszter) tagja.

Szlovákia és Svédország teljesen elkülönül az összes országtól, saját klasztert képezve. (2006-ban még teljesen egyedüli szigetet képezett Szlovákia)

13. sz. ábra: A klaszterek



Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját számítások felhasználásával, saját ábra

Ausztria és Görögország, valamint Dánia és Finnország alkotja a másik két klasztert az emberek egészségi terheltségének szempontjából. A 2006-os vizsgálathoz képest némi eltérés történt Svédország, Lengyelország tekintetében. Az északi európai országok azonban mindkét vizsgálat során külön csoportokat képeztek Nyugat- Európától.

Látható, hogy a földrajzi elhelyezkedésnek lehet szerepe az egészségi állapot kialakulásában. Az egészségi állapotok változóit tekintve egymáshoz közel eső csoportok rendszerint a külső, földrajzi térben is közel vannak egymáshoz.

Az első elemző fázis a következő eredményeket hozta:

Az életmód vizsgált változóit tekintve a legkevésbé a svédek és szlovákok terheltek a legkevésbé, míg az osztrákoknál és a franciáknál ez a terheltség a legintenzívebb. A légszennyezettség - a levegő széndioxid és a nitrogén oxid - szempontjából leginkább a

finnek, és a dánok terheltsége a legnagyobb. A legenyhébb pedig Magyarországon, Németországban, Portugáliában és Olaszországban.

A vizsgált hat változó együttes vizsgálata eredményeképpen Németország, Anglia, Svédország és Hollandia tekintetében elmondható, hogy az életmód és külső környezet szempontjából a legelőnyösebb helyzetben vannak. Míg Görögország, Dánia és Spanyolország terheltségét tekintve a leghátrányosabb.
Következtetésem az, hogy bár a klaszter vizsgálat jelez némi területi összefüggést, véleményem szerint a földrajzi elhelyezkedés nem magyarázza ezt az eloszlást.[28]

4.1.2 Egészségügyi-szociális állapot

Második lépésben az általam **egészségügyi-szociális állapotnak** nevezett jellemzőket kíséreltem meg feltárni a vizsgált 18 EU országban. Egyrészről az egészségügyi helyzetet reprezentáló születéskor várható élettartamot (várható), a GDP arányos egészségügyi kiadásokat[29](eükiadás), és a felsőfokú végzettségű egészségügyi dolgozók arányát[30](eüdolg) vettem figyelembe. Másrészről néhány társadalmi mutatót vettem számba, az eltartottsági[31]- és a munkanélküliségi rátát(munkanélk), illetve a felsőfokú végzettségűek arányát a teljes népesség százalékában (felsővégz).
Az elemzés ebben a pontban is a főkomponens és a klaszteranalízis eszközeit használja, így az előző rész részletesebb leírásai után csak főbb vonalakban ismertetem a nevezett statisztikák részeredményeit, mely a fenti 9. sz. táblázat alapadataiból indul ki.

[28] A következőekben kiderül, hogy ha a jövedelemszintet is figyelembe vesszük, ez sem magyarázza ezt az eloszlást.

[29]Teljes egészségügyi kiadások a GDP %-ában

[30] A 100 000 fős népesség arányában.

[31]Az eltartottsági ráta a 15 évnél fiatalabb és 65 évnél idősebb népesség száma osztva a 15-64 évesek számával. Így ez az érték megmutatja, hogy egy munkaképes korú emberre mennyi fiatal és idős ember jut átlagosan.

9. sz. táblázat: Egészségügyi-szociális rendszer mérőszámai egyes Európai Uniós országokban, 2008

ország	eüdolg	eükiadás	függőség	munkanélk	felsővégz	várható
Ausztria	21,6	10,5	48,0	2,2	18,0	80,5
Belgium	7,2	10,2	51,1	3,3	32,0	79,8
Csehország	11,2	7,1	39,9	2,7	14,0	77,3
Dánia	14,7	9,7	51,8	2,1	32,0	78,8
Finnország	10,3	8,4	50,3	3,5	36,0	79,9
Franciaország	6,0	11,2	53,3	3,6	27,0	81,0
Németország	12,1	10,5	51,3	4,4	24,0	80,2
Görögország	14,3	9,7	48,7	3,6	23,0	80,0
Magyarország	9,6	7,3	45,6	3,1	18,0	73,8
Írország	15,8	8,7	47,9	2,3	32,0	79,9
Olaszország	11,5	9,1	52,2	2,5	14,0	81,5
Hollandia	12,2	9,9	48,5	1,7	31,0	80,2
Lengyelország	7,2	7,0	40,5	4,2	19,0	75,6
Portugália	10,4	9,9	48,1	4,2	14,0	79,3
Szlovákia	9,0	7,8	38,1	5,4	14,0	74,8
Spanyolország	8,9	9,0	46,5	4,1	29,0	81,2
Svédország	10,0	9,4	52,3	3,3	31,0	81,2
Nagy-Britannia	9,2	8,7	50,2	2,6	32,0	79,7

Forrás: OECD (2011) Health Data alapján, saját szerkesztés

Az alapadatok vizsgálatánál is kitűnik, hogy a közép - európai országok egészségügyi kiadásainak aránya a GDP százalékában elmarad a mediterrán országokétól, és még inkább a nyugat-európai államokéitól. A várható életkor tekintetében pedig nemzetünk az utolsó helyet foglalja el. Ausztriában a felsőfokú egészségügyi dolgozók aránya kiemelkedően magas, messze meghaladva, mint az OECD, mind az EU országok átlagát.

10. sz. táblázat: Korrelációs mátrix

	eüdolg	eü kiad	függ	munkanelk	felsovegz	varhato
eüdolg	1,000	0,351	0,122	-0,355	0,059	0,096
eü kiad	0,351	1,000	0,743	-0,431	0,272	0,601
függ	0,122	0,743	1,000	-0,561	0,641	0,740
munkanelk	-0,355	-0,431	-0,561	1,000	-0,335	-0,428
felsovegz	0,059	0,272	0,641	-0,335	1,000	0,503
varhato	0,096	0,601	0,740	-0,428	0,503	1,000

Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját számítás

A korrelációs 6 dimenziós mátrix a következő információkat adja:[32]

- A legerősebb korrelációs kapcsolatok az eltartottsági ráta és a GDP százalékában mért egészségügyi kiadások (0,743), illetve a felsőfokú végzettségűek aránya között figyelhetők meg (0,641). Az erős korreláció okát az első tényezőnél magyarázhatja, hogy az időskorú lakosság körében az átlagos egészségügyi kiadások jóval magasabbak.
- Jellemző, relatíve erős kapcsolat mutatható ki az egészségügyi kiadások és a születéskor várható élettartam között (0,601) is.
- A magas munkanélküliségi arány negatívan érinti az összes többi változót.

A 10. sz. táblázat mátrixa igazolja azt a tényt, hogy átlagosan magasabb egészségügyi kiadások szükségesek az elöregedő népesség és magasabb átlagos élettartamok fenntartására.

11. sz. táblázat: Sajátértékek

Sorszám	Sajátértékek	A magyarázott variancia (%)	Kummulált magyarázott variancia (%)
1	3,074	51,234	51,234
2	1,300	21,664	72,898
3	0,872	14,533	87,431
4	0,368	6,134	93,565
5	0,247	4,122	97,687
6	0,139	2,313	100,000

Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját számítás

A sajátértékekből látható, hogy az első főkomponens egyedül az alapadatokban lévő variancia 51,2%-át foglalja magában, a második főkomponens 21,6 %-ot, a kettő együtt pedig 72,9%-ot magyarázza. Ezért ezt a két főkomponenst tartottam meg a további vizsgálatokban[33]. A főkomponensek az eredeti változók varianciájának 48-87%-át magyarázzák meg, mely igen szoros kapcsolatra utal (12. sz. táblázat).

[32]A 18*6 -os (18 ország, 6 változó) standardizált alapadat-mátrixára a Kaiser-Meyer-Olkin teszt (0,58), és a Bartlett teszt (0.07) eredményei alapján a főkomponens analízis elvégezhető volt.

[33]A Little Jeffy elv alkalmazását támasztja alá a saját értékek ábrája is (lásd. 7. sz. melléklet), mely a főkomponensek magyarázó erejének gyors csökkenését szemlélteti.

12. sz. táblázat: Kommunalitások

változók	Kommunalitások
eüdolg	0,8347
eü kiad	0,6938
függ	0,8701
munkanelk	0,6964
felsovegz	0,4842
varhato	0,7946

Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját számítás

A 13. sz. táblázat szerint, mely a megtartott főkomponensek és az eredeti változók között teremt összefüggést a második főkomponens a 100 000 lakosra jutó egészségügyi dolgozók számán „ül rajta", méghozzá ellenkező előjellel. Azaz a főkomponens értéke minél kisebb, annál magasabb az egyetemi végzettségű egészségügyi dolgozók aránya. Így ez a főkomponens az egészségügyi dolgozók fordított aránya.

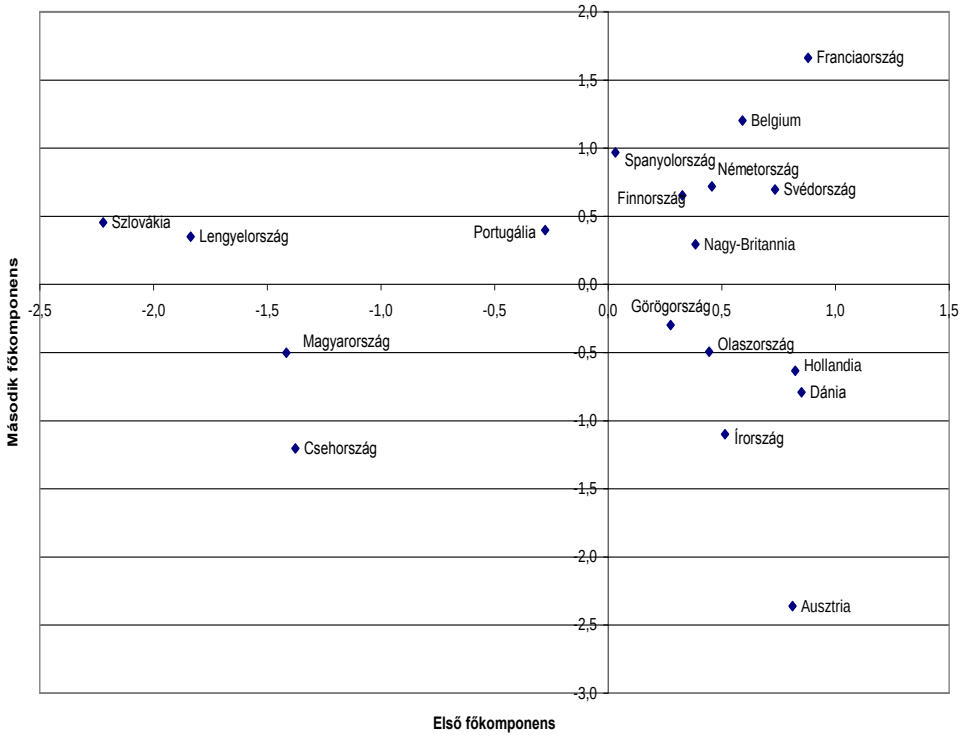
13. sz. táblázat: Az eredeti változók kapcsolata a főkomponensekkel

	Főkomponensek	
	1	2
eüdolg	0,347	-0,845
eü kiad	0,815	0,174
függ	0,905	0,224
munkanelk	-0,542	0,235
felsovegz	0,630	0,296
varhato	0,883	0,120

Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját számítás

Az első főkomponens a többi változóval mutat erős összefüggést. A munkanélküliek arányával fordított, míg a várható élettartammal, a felsőfokú végzettségűek arányával, az eltartottsági rátával és az egészségügyi kiadásokkal egyenes arányú kapcsolat mutatható ki, a korrelációs mátrix kapcsolataiból öröklődően. Így a második főkomponens az **egészségügyi-szociális feltételeket** mérő változóként interpretálható.

14. sz. ábra: Egészségügyi-szociális állapotok a vizsgált országokban, 2008



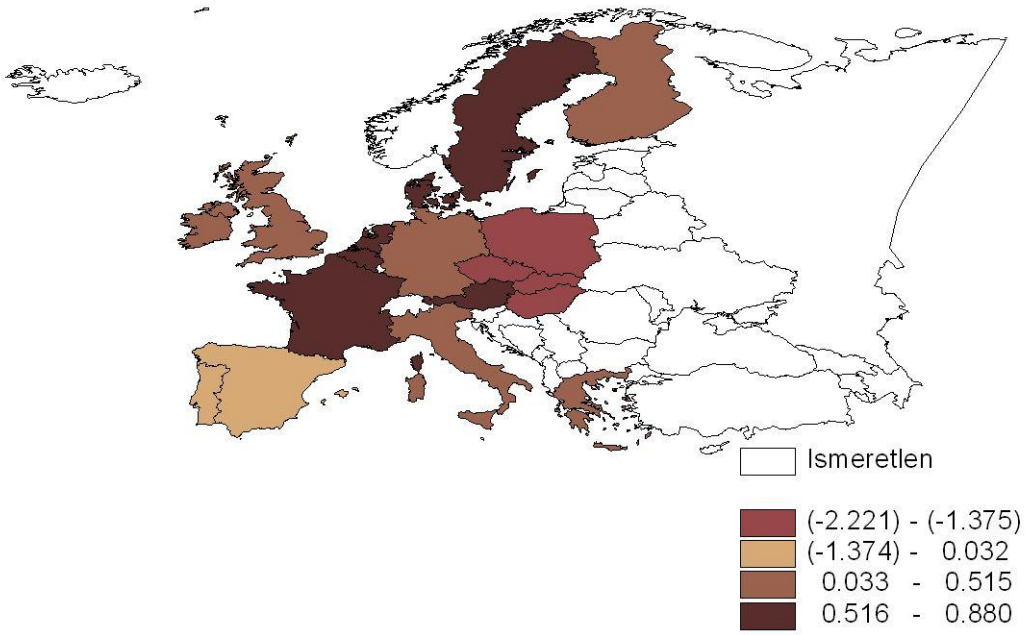
Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját ábra

A 13. sz. táblázat alapján mindegyik országhoz egyértelműen hozzárendelhetőek a főkomponensek. Ezek az értékek a 14 - 17. sz. ábrákon találhatóak.

A 14. sz. ábrán a vizsgált 18 Európai Uniós ország egészségügyi-szociális állapotát figyelhetjük meg.[34]

[34]Az eredetileg hat dimenziós vizsgált teret ugyanúgy kétdimenziósra redukáltam, mint az előző fejezetben az egészségi terheltség vizsgálatánál, főkomponens analízis segítségével.

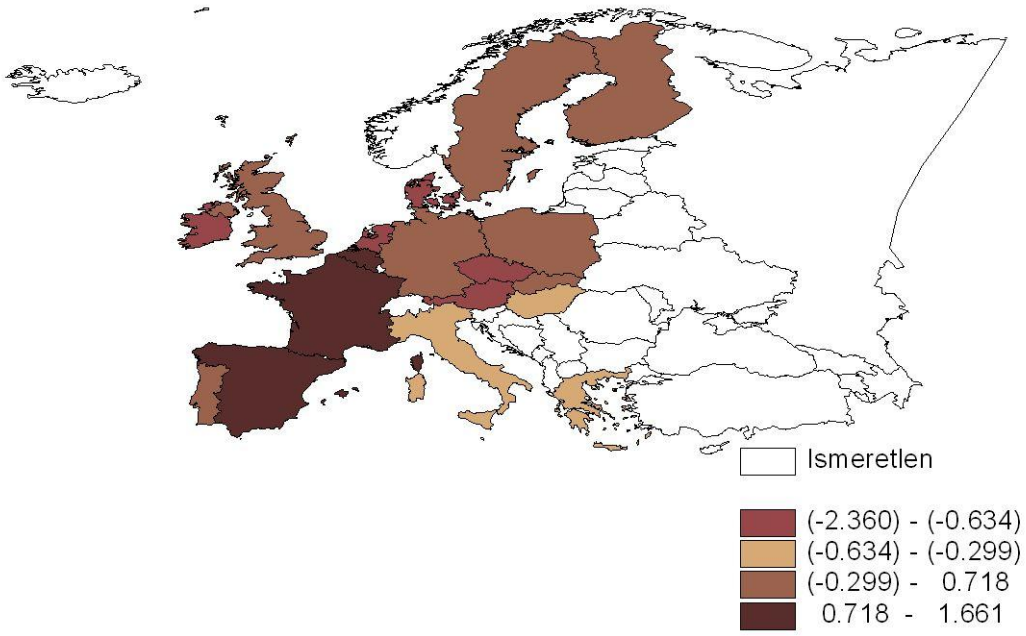
15. sz. ábra: Első főkomponens



Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját számítások felhasználásával, saját ábra

Az egészségügyi szociális feltételek kelet - nyugati tagoltságát szemlélteti a 15. sz. ábra, ahol **Magyarország Szlovákiával, Lengyelországgal és Csehországgal alkot egy egységes tömböt.** A 100 000 lakosra jutó felsőfokú egészségügyi dolgozók száma (második főkomponens, 16. sz. ábra) sokkal inkább észak-déli földrajzi elkülönülést szemléltet, azaz északon ez a szám átlagosan kisebb, mint a déli országokban. Magyarországon a vizsgált országok közül a második legnagyobb ez az érték.

16. sz. ábra: Második főkomponens



Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját számítások felhasználásával, saját ábra

Amennyiben egyszerre figyeljük meg a két változót, a legtöbb ország egy klaszterbe kerül jelezve, hogy e csoporton belüli különbségek sokkal kisebbek, mint a csoport és a többi ország közötti differencia. (17. sz. ábra)

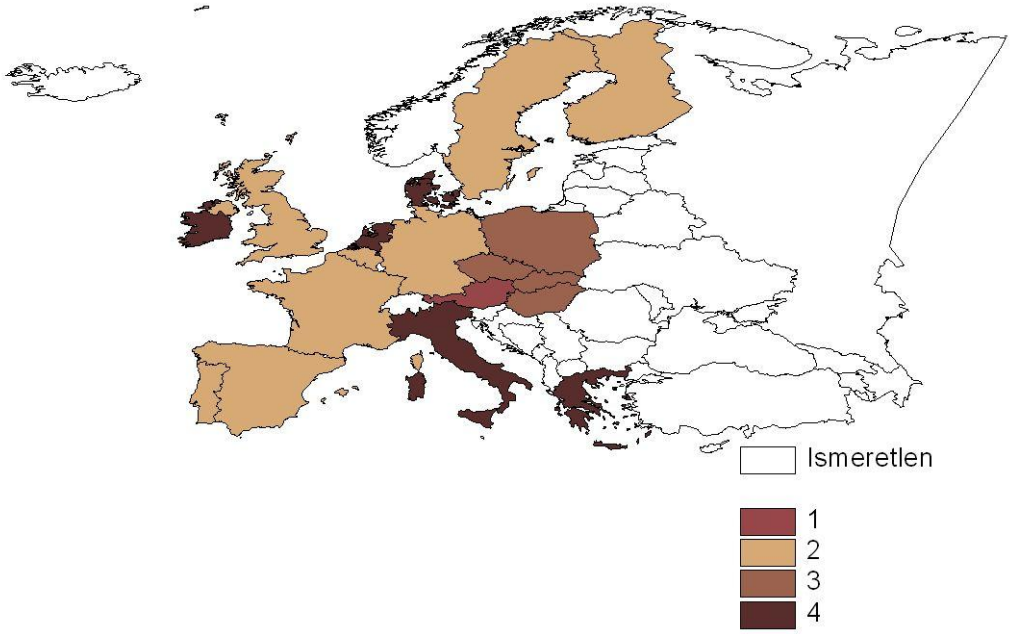
Külön csoportot alkot Csehország, Szlovákia, Lengyelország és Magyarország, valamint egy elemű klasztert Ausztria. Az utóbb felsorolt öt ország a térképen határos egymással. Így azt állapíthatom meg, hogy a tágabb értelemben vett régiónkon kívül sokkal egységesebbek az egészségügyi-szociális állapotok, mint azon belül.

A második fázis eredménye:

A választott hat egészségi – szociális tényező elemzésekor kiderült, hogy a hat tényező közül öt determináns (a várható életkor, a munkanélküliek aránya, az eltartottsági ráta, az egészségügyi kiadások aránya, a felsőfokú végzettségűek aránya) tekintetében a négy volt szocialista, közép-kelet európai ország egy blokkot alkot. Míg a felsőfokú egészségügyi dolgozók arányának tekintetében az európai országokat vizsgálva változatos képet kapunk.

A klaszterezés eredményeként a már említett négy ország csoportot alkot. **A visegrádi országok egységes megjelenése a vizsgálat során területi egységet jelent, a többi európai országgal szemben**. Az egészségügyi dolgozók arányáról ez nem mondható el.

17. sz. ábra: Klaszteranalízis (certoid)



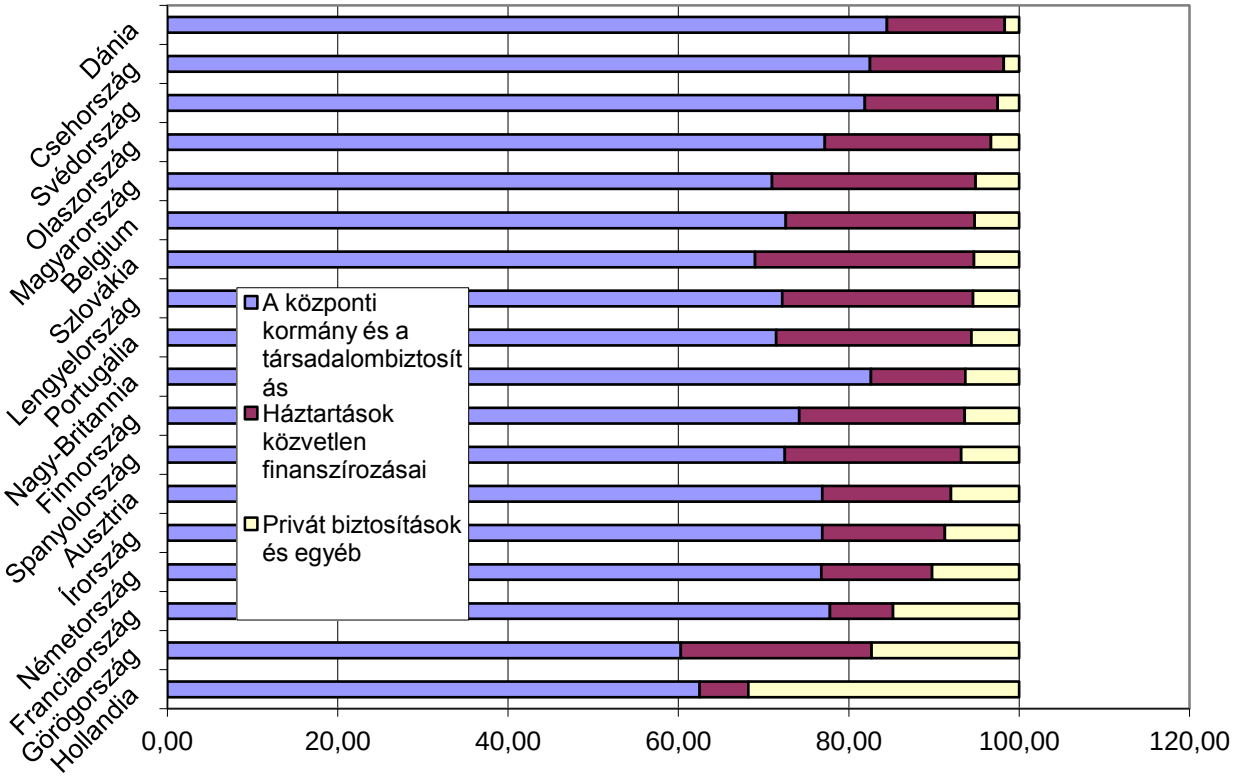
Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját szerkesztés

4.1.3 Társadalmi egészségügyi válaszok

A következő lépésként az eltérő egészségügyi terhelésekre adott különböző egészségügyi válaszokat tekintem át a vizsgált 18 uniós országban. A vizsgált országok **egészségügyre fordított forrásainak megoszlását**, milyen százalékban származnak a központi kormányzattól, illetve társadalombiztosításból, háztartásoktól és privát biztosításokból. A teljes egészségügyi kiadások megoszlását a 12. sz. melléklet táblázata tartalmazza.

Az önkéntes magánbiztosítások arányai igen változatos képet mutatnak a vizsgált országokban, ahol egyértelműen az egészségügyi kiadások döntő hányadát a közfinanszírozás adja. Ez a 18 országban átlag 74,6%. A 25,4%-os átlagos magánfinanszírozás pedig igen különböző arányokban oszlik meg a szervezett biztosítók és a háztartások közvetlen járulásai között.

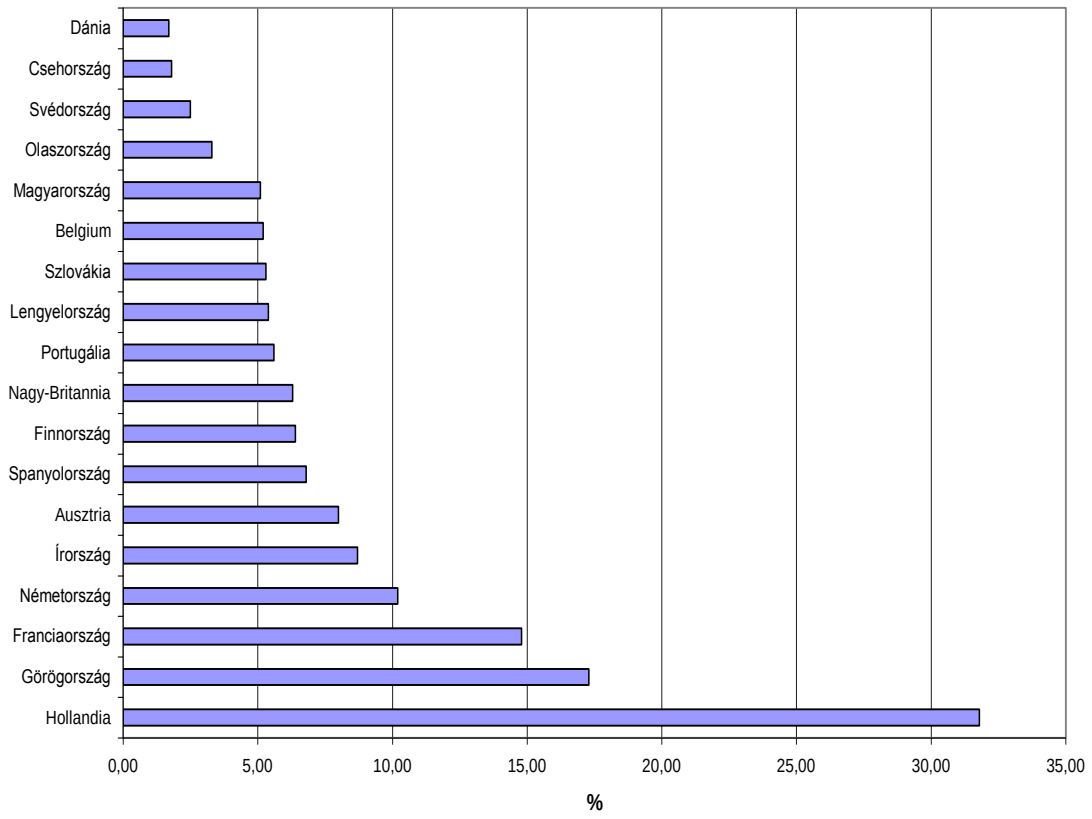
18. sz. ábra: Egészségügyi kiadások megoszlásai országonként, 2008



Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját szerkesztés

A 19. sz. ábra alapján látható, hogy az átlaghoz (8,12%) képest magas a magánbiztosítások aránya Hollandiában (31,8%), Görögországban (17,3%), Franciaországban (14,8%) és Németországban (10,2%). Svédországban (2,5%), Csehországban (1,8%), Olaszországban (3,3%), és Dániában (1,7%) pedig jóval átlag alattinak mondható.

19. sz. ábra: Privát biztosítási arányok



Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját szerkesztés

A 2006-os adatokhoz képest Hollandia, Belgium és Görögország tekintetében számottevő változások figyelhetők meg az arányokat tekintve. Görögországban és Hollandiában a magánbiztosítás aránya jelentősen megnövekedett. Ez a változás a 2006-os egészségbiztosítási rendszer reform következménye Hollandiában. Ha a kiugróan magas eredményeket összevetjük az adott országban alkalmazott finanszírozási modellel, vagy az első és második fejezet eredményeivel egyértelmű következtetésre még nem juthatunk.

Hollandia és Németország tekintetében a relatíve magas privát biztosítási arányok egybeesnek a relatíve egészséges egészségügyi terheltségi eredményekkel. Ha az alap egészségügyi rendszerüket tekintem, akkor az un. bismarcki típusú ország mindkettő. Ilyen típusú egyezőség a többi ország tekintetében nem áll fenn.

Az egészségügyi rendszerek és a finanszírozások arányai nem feltétlenül esnek egybe minden esetben. A vizsgált európai államok egészségügyi rendszereit erőteljes heterogenitás jellemzi. Állami egészségügyi rendszer (NHS) van Írországban és Nagy-Britanniában; egy biztosítós rendszer Lengyelországban, Magyarországon; vegyes rendszer

Görögországban, Portugáliában, Spanyolországban; területi önkormányzati rendszerhez kötött adóalapú egészségügy rendszer Dániában, Olaszországban, Svédországban, Finnországban; és több biztosítós rendszer Franciaországban, Németországban, Csehországban, Ausztriában, Szlovákiában, Hollandiában, Belgiumban. A több biztosítós rendszer ellenére Hollandia és Csehország központi kormánya nagy arányban vesz részt az egészségügy finanszírozásában, míg Lengyelország és Magyarország esetén az egy biztosítós rendszer esetén sem magas az állam szerepe, továbbá Szlovákia és Csehország esetén a több biztosító megléte is csak csekély privát biztosítási arányt produkál.

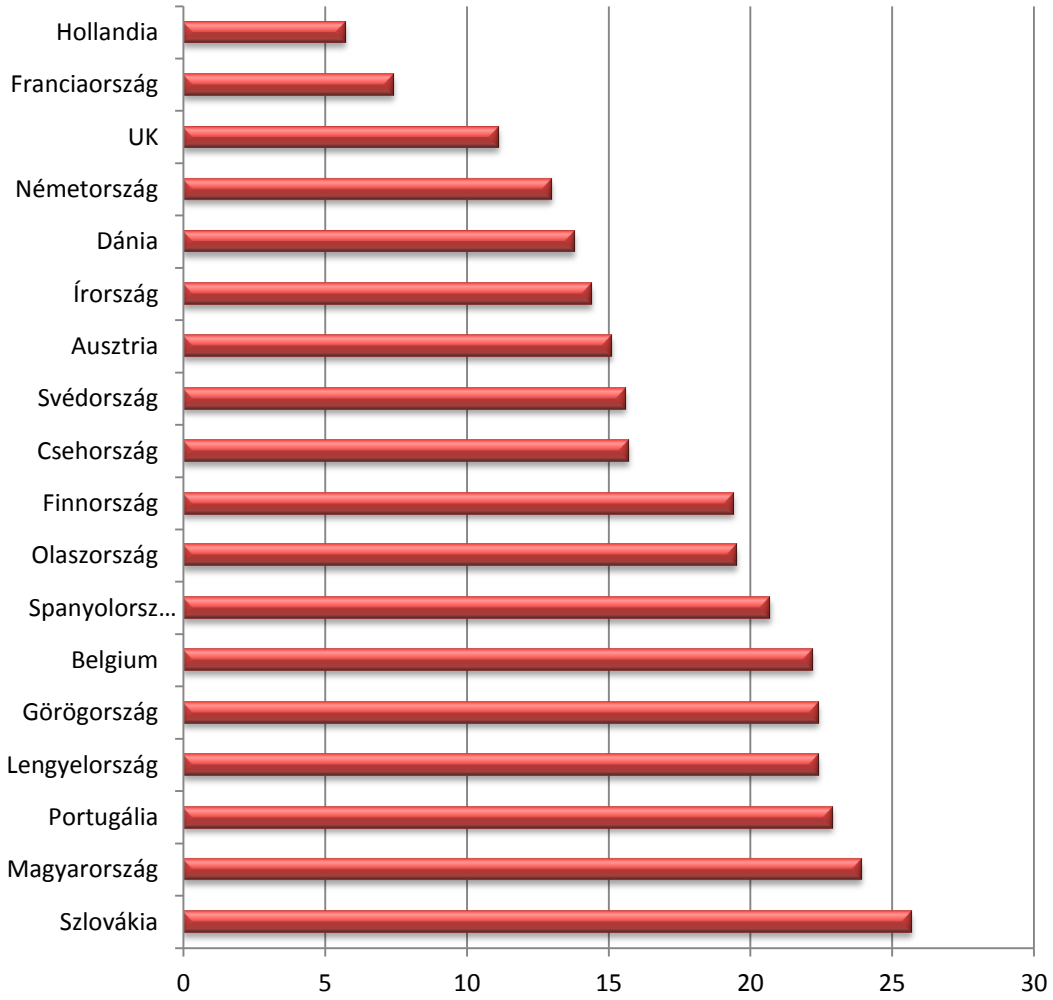
Az önkéntes magánfinanszírozás típusai (helyettesítő, pótló, kiegészítő) mellett megjelent a kötelező állami- magán (public-private mix) finanszírozás is a holland 2006-os reform következményeként egyedüli példaként az Európai Unióban. E mellett megjelenik az önkéntes magánfinanszírozás is a nem fedezett területekre. A háztartások közvetlen finanszírozása Hollandiában a legalacsonyabb, a piaci verseny és a már kialakult szolgáltatói piac következtében.

Az Európai Egészségügyi Fogyasztói Index[35] (EHCI) alapján Hollandia már másodszorra kapta meg az első helyet, ami a legjobb egészségi rendszert minősíti.
A második legmagasabb arányt a rendkívül súlyos gondokkal küzdő Görögországban találunk, ahol vegyes rendszerben az NHS mellett munkáltatói egészségbiztosítási alapokat találunk. Itt a magas privátbiztosítási arány a háztartások magas közvetlen hozzájárulási arányával jár együtt. Rendkívüli korrupcióval és nagyon hosszú várólistákkal. A harmadik legnagyobb privát biztosítási arányt Franciaországban találjuk, ahol szintén egyedi rendszer a jellemző. (Lásd 2.4.2 fejezet)

Dániában a legkisebb az arány a magánbiztosítók tekintetében. Az ország adókból finanszírozott egészségügyi rendszerében 2007-től a régiók nagy szerepet kapnak.
Vannak országok (Egyesült Királyság, Spanyolország, Portugália), ahol az Állami Egészségügyi Szervezet (NHS) mellett duplikáltan vannak jelen a magánbiztosítások.

[35] Az Európai Egészségügyi Fogyasztói Index az európai egészségügyi rendszerek standard mérési rendszere. 33 ország egészségügyi rendszerét rangsorolja mintegy 38 mutató alapján. A fogyasztó számára kulcsfontosságú hat területet vizsgálva: betegjog és betegtájékoztatás, e-egészségügy, várólisták hossza, eredményességi mutatók, a szolgáltatások típusa és elérhetősége, valamint a gyógyszerellátás.

20. sz.. ábra: A háztartások közvetlen finanszírozásának arányai (%)



Forrás:

OECD (2011) Health Data adatai alapján saját szerkesztés

A háztartások közvetlen finanszírozásai az egybiztosítós rendszereket működtető országokban (Lengyelország, Magyarország), illetve a vegyes rendszerek esetén (Görögország, Spanyolország, Portugália) a legmagasabb. Szlovákia magas értékei főként a több biztosítós rendszerre történő friss átállással magyarázhatóak. A több biztosítós rendszerek esetén a háztartások közvetlen finanszírozásai átlagosan fele akkorák, mint az egy biztosítónál.

Az EU 1994. évi 3. direktíva, eltávolította a potenciális akadályokat a határokon átívelő biztosítási piac és szolgáltatások szabad áramlása elől. Tehát elviekben nincs akadálya annak, hogy a kiegészítő biztosítások a jövőben egy egységes rendszerben konvergáljanak. Azonban fentiekben felvázolt sokszínűség arra enged következtetni, hogy a közeli jövőben ez nem valósul meg. A kiegészítő magánbiztosítások a jövőben is sokszínűen, változó intenzitással lesznek jelen az Uniós országok egészségügyi rendszereiben. Így a

disszertáció első hipotézise a konvergencia tekintetében nem igazolódott még az azonos finanszírozási modellt alkalmazó államoknál sem.

4.1.4 Kapcsolat a három pillér között

A három pillér közötti kapcsolatot a két pillérnek a harmadikra (társadalmi válaszok) gyakorolt hatásával igyekszem meghatározni. A vizsgálatok során az egészség-terheltség és az egészségügyi-szociális állapot mérőszámait a főkomponenseik értékeivel helyettesítettem. Ezeket az értékeket tekintettem független változóknak, amelyek a függő változót alkotó társadalmi válaszokat magyarázzák. Az elemzést többváltozós lineáris regressziós modellel végeztem el. A számítások végeredményeit a 14. sz. táblázatban összegeztem:

14. sz. táblázat: Regressziós eredmények

Függő változó	β_1	β_2	β_3	β_4
Központi kormány és szociális biztosítási alap	-0,1582	0,1665	0,2598	-0,114992
Háztartások közvetlen finanszírozásai	0,2645	0,1589	-0,7346	0,18783
Privát biztosítások	-0,0676	-0,2790	0,3514	-0,045583

Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját számítások

A béta független változók indexei a következőket jelölik:

- az 1-es index az emberfüggő egészségi terheltséggel,
- a 2-es index a környezettől függő egészségi terheltséggel,
- a 3-as index az egészségügyi dolgozók fordított arányával,
- a 4-es index az egészségügyi-szociális feltételekkel van kapcsolatban.

Eredményeim a következők:

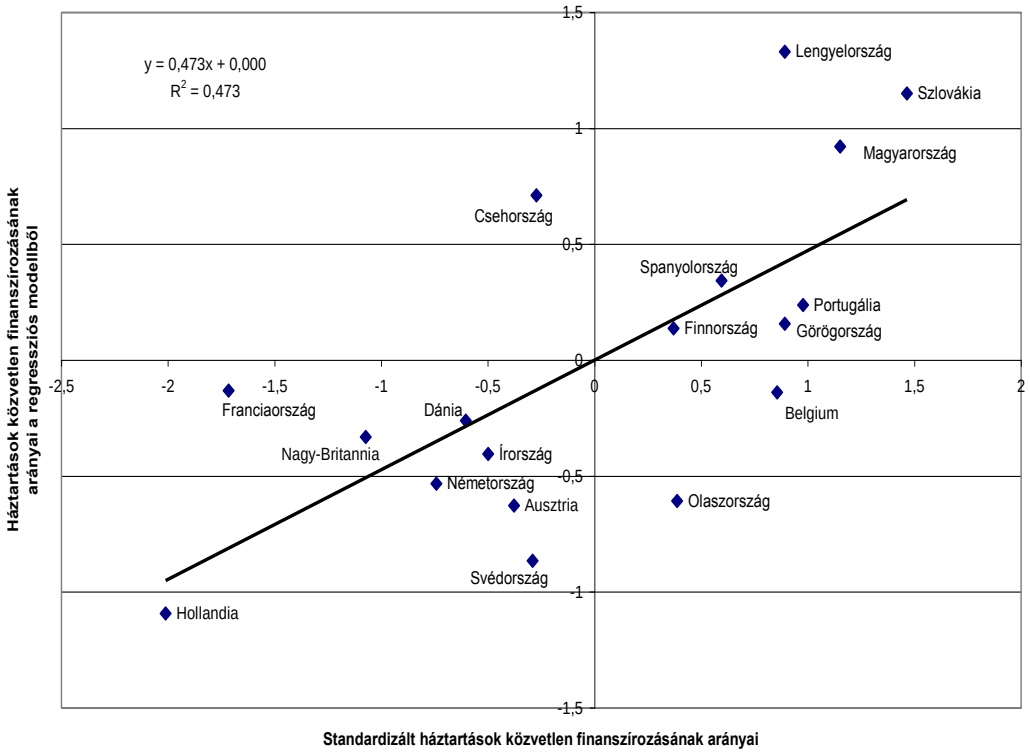
- Átlagosan a vizsgált európai országokban a privát biztosítások aránya annál magasabb a teljes egészségügyi kiadások tekintetében minél alacsonyabb az egészségügyi dolgozók aránya. Az emberfüggő és környezetfüggő egészségi terheltség növekedésével csökkennek a privát egészségügyi biztosítások arányai.

  Tehát minél egészségtelenebb az életmód és a környezet, ott a privátbiztosítások kevésbé vannak jelen.

  Véleményem szerint ez azt is jelenti, hogy a káros életmódbeli szokások és külső környezet hatására kialakuló egészségügyi kockázatok, betegségek esetén a kiegészítő, privát biztosítások nem adnak, nem adhatnak megfelelő fedezetet, illetve megoldást. Ez az eredmény megerősítheti Saliba és Ventelou (2007) ökonometriai kutatását, mely szerint, ha az állami egészségbiztosítás kivonul egyes súlyosabb egészségügyi kockázatok fedezéséből, fedezet nélkül maradhatnak a nagyobb betegségekben szenvedők.

  Ez azonban a prevenció, kérdéseihez vezet. Úgy gondolom, hogy a kiegészítő egészségbiztosítások szerepének vizsgálatakor a megelőzés lehet egy olyan terület, amely összekapcsolhatja az egészségbiztosítási piac szereplőit, és teremthet szinergiát.
- Ahol a központi kormány és a társadalombiztosítás arányai magasak, ott 100 000 emberre kevesebb a felsőfokú egészségügyi dolgozók aránya. Míg a környezettől függő egészségi terheltség (környezetszennyezés) sokkal kisebb, mint más helyekben.
- A háztartások közvetlen finanszírozásai leginkább ott magasak, ahol gyengébbek az egészségügyi, szociális feltételek. A háztartások finanszírozásai itt érthetőek, hiszen ilyen gyengébb feltételek mellett az emberek rászorulnak, hogy saját maguk finanszírozzák az általuk elvárt minőségi ellátást.

21. sz. ábra: A háztartások közvetlen finanszírozási arányai (%)



Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját szerkesztés

A felvázolt kép átlagosan igaz a vizsgált európai országokra. Az átlagtól azonban jelentős eltéréseket is találunk. A háztartások közvetlen finanszírozási arányainak magyarázatát tekintve megállapítható, hogy a regressziós egyenes alatt elhelyezkedő országok modellből számított értékei alacsonyabbak a valós értékeknél, míg az egyenes feletti országok esetén a modellből számított értékek túlszárnyalják a valósakat, a modell jobb színben tünteti fel őket a valóságnál. Így Szlovákia, vagy Lengyelország esetén a modell magasabb arányt számolt, mint a valós, aminek oka a szlovák egészségügyi rendszerek közötti átmenetekben kereshető. Magyarország hozzávetőlegesen jól belesimul az európai trendbe.

4.2 Kiegészítő biztosítások és pénztárak Magyarországon

Az önkéntes egészségügyi biztosítások rendkívül differenciáltan jelennek meg az Európai Uniós országokban, így Magyarországon is. A kutatásom során a WHO kiadványában (Mossialos – Thomson, 2004) megfogalmazott hármas tipizálást (helyettesítő, pótló,

kiegészítő) vettem alapul. Azonban mind a szakirodalom elemzésekor, mind a kvalitatív kutatás során kiderült, hogy mit is érthetünk kiegészítő, pótló vagy helyettesítő biztosítás alatt az országonként eltérő lehet. Az ESKI nemzetközi szakanyagokat ismertető kiadványaiban a pótló és a kiegészítő jelző néha felcserélődik vagy egybemosódik, és egyszerűen kiegészítő biztosításként fordítódik. (ESKI, 2007; Szirmay – Vittay, 2007; Rékassy, 2006)

Jelen fejezetben arra teszek kísérletet, hogy bemutassam a Magyarországon, a társadalombiztosítás keretein túli, kiegészítő egészségbiztosítási lehetőségeket. Magyarországon magán egészségbiztosításra két eltérő intézményrendszeren keresztül nyílik lehetőség. Az egyik az 1995. évi XCVI. biztosítási törvény alapján nyújtott pénzbeli szolgáltatásokat jelentő egészségbiztosítások, amelyek az üzleti biztosítók termék skálájának nem túl nagy szerepet kapó szereplői. A másik lehetőség pedig az 1993.évi XCVI. pénztári törvény alapján önszerveződő, non-profit egészségpénztárak által kínált tagságon keresztül elérhető kiegészítő egészségcélú öngondoskodás. Mindkét intézménytípusnál megjelennek a pótló és a kiegészítő jellegű szolgáltatások vegyesen. Bár az üzleti biztosítók szolgáltatásai kiegészítő, míg a pénztáraké inkább pótló jellegűek. Az elemzés során e kétféle típust egyszerűsítve kiegészítőnek nevezem a továbbiakban. Ezt a döntésemet a CEA[36] 2011. évi jelentése a privát biztosításokról is megerősíti, ahol szintén egy típusba sorolódnak a kiegészítők (additional health insurences), szakítva a Mossialos (2004) általi megkülönböztetéssel.

Elsőként az önkéntes egészségpénztári szektort, működési alapelveit, lényegesebb mutatószámait, mint a magyarországi kiegészítők piacának egyik releváns szereplőjét mutatom be. E fenti témaköröket tartom az egészségpénztári szektor helyének és szerepének, a társadalombiztosítás mellett kiegészítő finanszírozást teljesítő teljesítményének megítélésében relevánsnak. Ehhez a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete, az Egészségbiztosítási Felügyelet, a KSH és az pénztárak adatait használtam fel. Elemzésem az intézményi szerkezet, a tagdíjak, a vagyon. a pénztári bevételek, a szolgáltatások, az adókedvezmények adatait és szempontjait tekinti át. Majd a mélyinterjús kutatásom eredményeinek bemutatásával elemzem jövőbeli szerepét, kilátásait, valamint problémáit.

A fejezetben az üzleti biztosítók által nyújtott lehetőségeket is bemutatom, valamint az empirikus kutatás által feltárt problémákat, melyek a biztosítók és az egészségpénztárak

[36] European Insurance and Reinsurance Federation

együttműködési lehetőségeit érinti. A mélyinterjús kutatási anyag elemzésével több olyan témát sikerült azonosítani, melyek megjelennek és vitát indukálnak az egészségügyi biztosításban dolgozó vagy oktató, illetve az érintettek körében. A főbb vonások kiemelése remélhetőleg segíti a könnyebb megértését, annak, hogy az egészségügyi kiegészítő biztosítások szorosan összefonódnak magával az alap egészségügyi rendszerrel, mely állandóan tökéletesítésre szorul, hiszen alanya az ember, amire tökéletes megoldás nem található.

4.2.1 Egészségpénztárak lehetőségei és jövőbeli szerepük Magyarországon

Az egészségpénztárak súlya a háromszereplős önkéntes pénztári piacon mind vagyon, bevétel és mind taglétszám tekintetében dinamikus volt a pénztárak indulásától kezdve. Míg 2004-ben az önkéntes pénztári szféra bevételeinek 20,8%-át az egészségpénztárak adták a PSZÁF adatai alapján, ez a 2009. évben már 35,2%-ot tett ki. Az önsegélyző pénztárak fejlődése 2006. évtől kezdve megakadt, s 2009-re bevételük, az öt évvel ezelőtti harmadára 1,062 milliárd forintra csökkent. Az egészségpénztári szféra térnyerése elsősorban az önsegélyző pénztárak zsugorodó populációjának, és az azzal párhuzamosan csökkenő bevételeknek köszönhető. Ez összefüggheet azzal a ténnyel, hogy a munkáltatói befizetésekre és szolgáltatásokra járó adókedvezmények szigorodtak, ezzel párhuzamosan pedig az egészségpénztári szféra növekedett.

A pénztári szektorban a 2008-as évben az egészségpénztárak bevételének növekedése az előző évhez képest a legnagyobb volt, s jelentősen meghaladta az önkéntes magán nyugdíjpénztárakét is. Ez a tendencia 2009-ben is folytatódott. Az egészségpénztárak növekvő népszerűségét a megtakarítások viszonylag likvid jellegéből származó versenyelőny magyarázhatja. A 2009-es év teljesítményét befolyásolhatta az is, hogy az egészségpénztárakba teljesített befizetés kvázi likvid befektetésnek számít a nyugdíjpénztári befizetésekhez képest, s szinte azonnal felhasználható, így a válság következtében kedveltebbé váltak, mint rövidlejáratú befektetési formák.

Az egészségpénztári szektoron belül három pénztárcsoportot különböztethetünk meg az intézményi háttér szempontjából. A **munkáltatói alapítású pénztárak** többsége már 1996-tól jelen van az egészségpénztári piacon. Itt a nagyszámú munkavállalóval rendelkező állami vállalatok, kormányzati szervek pénztárait találjuk, mint a Vasutas, a

Honvéd, az ADOSZT, a Postás, a Tempo és a Vitamin Egészségpénztárak. Alapításuk során csak az illető nagyvállalat érdekeit tartották szem előtt. Többségük alapszabálya meg sem engedi az egyéni tagságot, némelyek deklarálják zárt egészségpénztár mivoltukat.

Ezeknek a pénztáraknak az ereje abban rejlik, hogy az őket létrehozó nagyvállalatok igen nagy, 5-20 ezres munkavállalói létszáma jelenti a tagkört, és a tagdíj nagy részét a munkáltató magára vállalja. A szolgáltatási rendszerüket illetően kezdetben előnyt élveztek, mert a nagyvállalatok már rendelkeztek olyan orvosi, fogorvosi rendelővel, sport és üdülő telepekkel, ahol költséghatékony kiegészítő egészségügyi szolgáltatásokat tudnak nyújtani tagjaik számára. 2003-ban még belőlük került ki az a 8 nagy egészségpénztár, mely a tagság kétharmadát, a vagyon négyötödét koncentrálta.

Ekkor a **banki és/vagy biztosítói hátterű pénztárak** többnyire még csak alakulóban voltak, és a már meglévő alapkezelői és betegségbiztosítási tapasztalatokra építve kezdték meg működésüket. Helyzetük speciális volt, hiszen már meglévő termékeikhez is tudták kapcsolni az egészségpénztári szolgáltatásukat, továbbá kiterjedt vállalati ügyfélkörük megkönnyítette a tagtoborzást. A jól szervezett értékesítési hálózat már adott volt. Ezek sorába tartozik az OTP, az AXA, az MKB Egészségpénztár, melyek a legnagyobb taglétszámmal és vagyonnal rendelkeznek. A tagok számának és a pénztárvagyonának növekedése ebben a csoportban a legdinamikusabb.

Külön csoportba tartoznak az **egészségügyi szolgáltató, vagy azok csoportja által szervezett pénztárak**, amelyek szintén később alakultak. Előnyüket a munkáltatói hátterű pénztárakkal szemben a nyílt működés jelentette, a zárt pénztárakkal szemben (Vasutas, Honvéd) az, hogy magánszemélyek is szabadon csatlakozhattak hozzájuk. A szegmens legjelentősebb képviselője a Patika Egészségpénztár, mely a három nagy banki/biztosítói hátterű egészségpénztár mellett a legnagyobb taglétszámmal rendelkezik. Kiterjedt gyógyszertári hálózata (országosan 2300 patika) jelentős szolgáltatói bázist jelent számára. Ide tartozik még az Új pillér, a Kardirex vagy az Egészségért Egészségpénztár is. Az egészségpénztárak száma 1995 végén 16 volt, 2006-ra számuk 45-re emelkedett, majd jelentős koncentráció után 2008-ra 37-re csökkent.

Az Egészségbiztosítási Felügyelet (EBF, 2009) számításai alapján a koncentrációs mutatók értékeinek jelentős növekedése ellenére (Herfindahl-Hirschmann Index: 878) [37] a piaci koncentráció foka még mindig alacsony szintűnek számított. A növekedő tendencia

[37] A Herfindahl-Hirschmann Index (HHI) azt méri, hogy a piac mennyire versenyző, mennyire koncentrált. 1800 feletti értéke jelenti a koncentráció magas fokát, míg 1000 alatti értéke az alacsony fokát.

azonban a következő évben is folytatódott és 2009 júniusára elérte a koncentráció közepes szintjét (HHI: 1037).

Tagság és taglétszám

Az egészségpénztári tagságnak dominánsan két formája létezik. A munkáltatói támogatással ösztönzött tagság és az egyéni tagság. A teljes taglétszámon belül az előbbi a meghatározó. Korábban a nagyvállalati alapítású egészségpénztárak dominanciája volt jellemző, de a piac 2004. évtől átrendeződött a banki/biztosítói hátterű pénztárak számának növekedésével.

A Honvéd és Vasutas egészségpénztárak mögé felzárkózott a Tempo és a Patika Egészségpénztár. A társadalom mind jelentősebb rétegei részéről jelentkezett az igény az egyéni egészségpénztári tagság iránt, melyet a nagyvállalati egészségpénztárak nem elégíthettek ki, ezzel szemben a piaci alapon szerveződő egészségpénztárak alapvetően számítottak az egyéni tagságra. Nagy előrelendülést jelentett, hogy 2001-től kezdődően az önkéntes nyugdíjpénztári befizetéseknél alkalmazott adókedvezményeket az egészségpénztárak is megkapták, a kezdeti kedvezménykülönbségek kiegyenlítődtek. A további fejlődés záloga, pedig, hogy 2004 évtől még bővebb az adókedvezmények köre – ugyanakkor szigorodtak az egészségpénztári számlán megtakarított összegek felhasználásának szabályai.

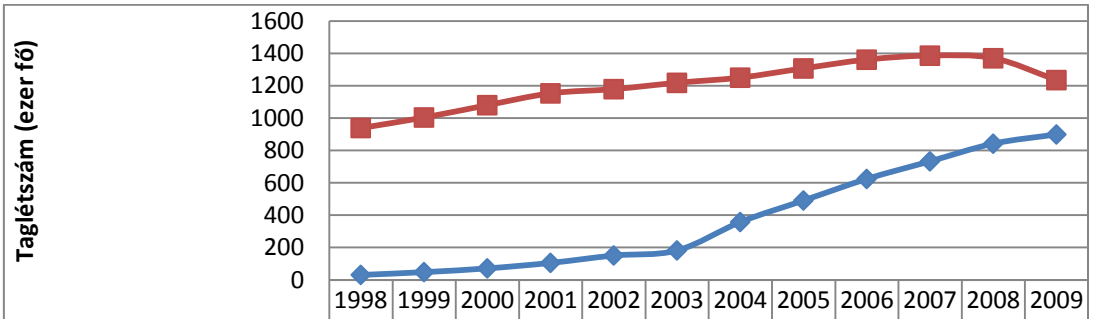
A pénztárakban a tagsági jogviszonyt a munkavállaló (pénztártag) teremti meg azzal, hogy kitölti a belépési nyilatkozatot és azt a pénztár záradékolja. Az így létrejött tagság alapján a tagdíjat a munkáltató munkáltatói hozzájárulás jogcímén átvállalhatja (az egészségpénztárral kötött szerződés alapján). Érvényes tagsági jogviszony alapján a tag jogosult igénybe venni az egészségpénztár szolgáltatásait, kivéve, ha a pénztár arra alapszabályában várakozási időt köt ki. Ez az egészségpénztári gyakorlatban nem jellemző, de a törvény megadja ennek a lehetőségét. A munkáltatói hozzájárulás lehet azonos összegű vagy a bér azonos százaléka, ha azonban a cafetéria rendszer működik a munkáltatóknál, az egészségpénztári hozzájárulás más és más lehet.

Az egészségpénztárak taglétszám növekedését összevetve az önkéntes nyugdíjpénztárak növekedésével, látszik, hogy az önkéntes nyugdíjpénztárak nagyságrenddel nagyobb

taglétszámmal rendelkeznek, de taglétszám növekedésük az utóbbi években lelassult, a piac a telítődés fázisába érkezett.

A 22. sz. ábrán látható, hogy az önkéntes nyugdíjpénztárak növekedési dinamikáját az egészségpénztárak 2004-től kezdődően meghaladják a taglétszám tekintetében. Ezzel szemben az egészségpénztárak növekedési görbéje az önkéntes nyugdíjpénztári növekedési görbe első, exponenciálisan növekedő szakaszához hasonlítható. A várható egészségpénztári taglétszám meghatározásakor is ezt a trendet érdemes figyelembe venni.

22. sz. ábra: A taglétszám alakulása az önkéntes nyugdíj és egészségpénztáraknál, 1998-2009



	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Önkéntes egészségpénztárak (taglétszáma ezerfő)	31,1	48,5	71,6	105,5	151,2	182,3	358	491	624	733	842	899
Önkéntes nyugdíjpénztárak (taglétszáma ezerfő)	939	1004	1080	1153	1179	1218	1250	1307	1361	1386	1370	1235

Forrás: PSZÁF adatai alapján, saját szerkesztés

2003-tól az éves növekedés üteme felgyorsult, aminek több magyarázata lehetséges, mint:

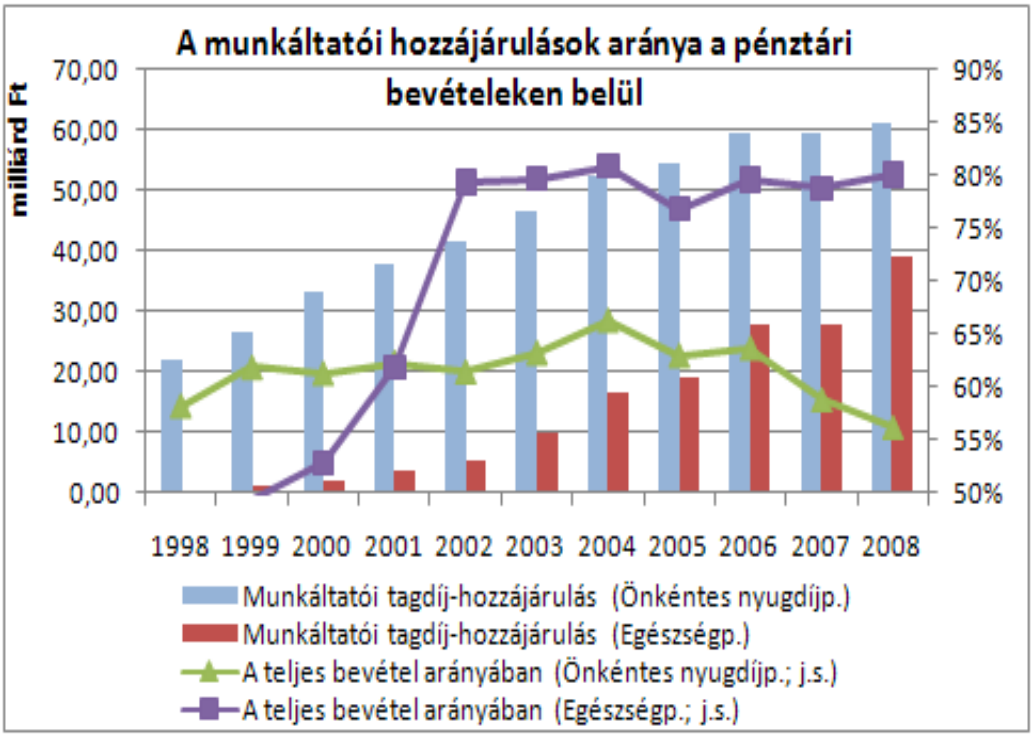
- a pénzintézeti alapítású pénztárak megjelenése, illetve eredményes tagtoborzásuk,
- az öngondoskodói gondolat térnyerése, párhuzamosan a romló egészségügyi rendszer helyzetével kapcsolatos megítélésekkel,
- az egészségpénztári hozzájárulások megjelenése a cafetéria rendszerben,
- maguk a pénztárak és pénztári lehetőségek ismertebbé válása.
- az érvényesíthető adókedvezmények egységesülésével.

Bevétel és vagyon

A bevétel és vagyonnövekedést illetőn is hasonló dinamika figyelhető meg, mint a taglétszámoknál az elmúlt éveket tekintve. A gazdasági válság a nyugdíjpénztárak vagyonát a befektetési szerkezetükből adódóan jóval erősebben érintette, s vagyonuk 2008-ra 11,3%-kal csökkent az előző évihez képest. A pénztári szférában egyedül az egészségpénztáraknál tapasztalható növekedés, de ez is elmarad a korábbi évektől.

Az egészségpénztári bevételeknek elsődleges és másodlagos forrásainak döntő hányadát a munkáltatói hozzájárulások jelentik. Ez 2002 óta 80% körül ingadozik. (23. sz. ábra).

23. sz. ábra: A munkáltatói hozzájárulások aránya

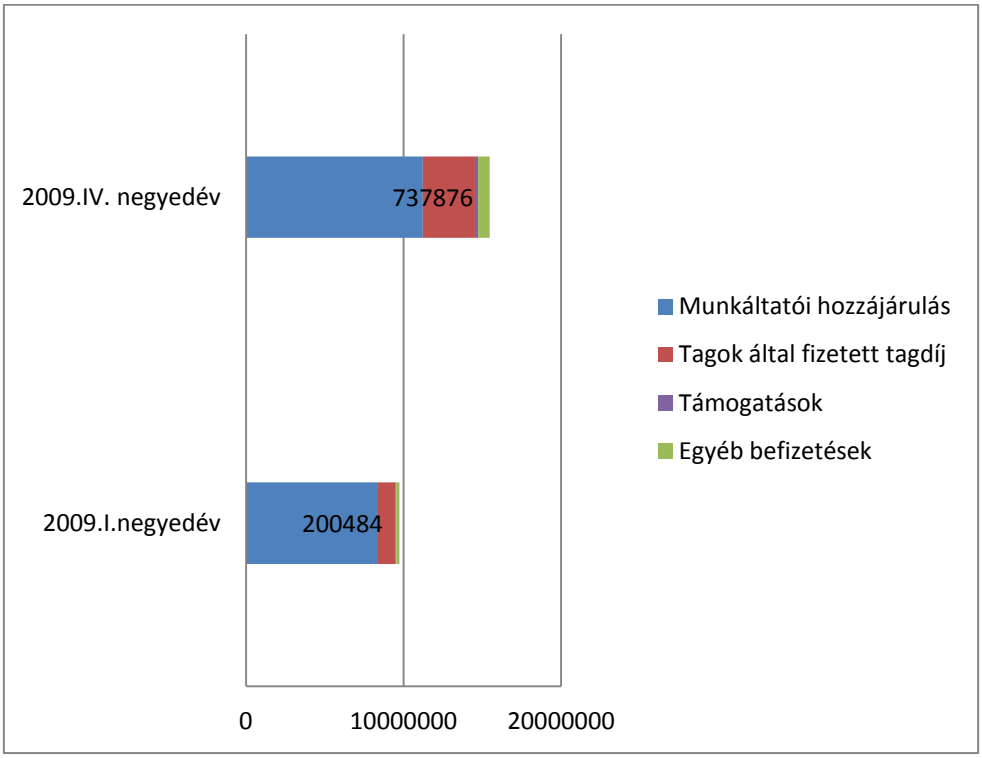


Forrás: PSZÁF (2009)

Az elsődleges bevételi források között megjelennek a tagok által fizetett egyéni tagdíjak (14,5%) és eseti befizetéseik (4%), valamint a kapott támogatások értéke (1,5%). Az elsődleges bevételeknél szezonális ciklikusság figyelhető meg. A negyedik negyedév rendszeresen erős és az első negyedévben visszaesés figyelhető meg. Ez különösen az egyéni befizetéseknél érdekes és elgondolkodtató információ. Bár a pénztárak (Stabilitás, 2009) ezt azzal magyarázzák, hogy „a tagok is hajlandóak saját maguk – családjuk

költségvetése terhére is vállalni a tagdíjfizetést", én úgy gondolom, hogy az okok egyszerűen csak a törvény adta lehetőségekből következnek. Mivel a rendszeres tagdíjfizetés nemcsak havi, hanem féléves vagy éves is lehet, aki az adókedvezményt „gyorsan" akarja érvényesíteni, választhatja az év végi befizetést. Így azok a pénztártagok, akik csak az adókedvezményt akarják realizálni, abban érdekeltek, hogy pénzük minél kevesebb időt töltsön a pénztárban, így az utolsó negyedév befizetései erősen meghaladják az előző negyedéveket, míg a taglétszámok a többi időszakhoz hasonlóan növekednek.

24. sz. ábra: Az elsődleges bevételek megoszlása 2009.év első és a negyedik negyedévben



Forrás: Stabilitás Szövetség adatai alapján saját szerkesztés

Különösen nagy a különbség a tagok egyéb befizetéseit és a támogatásokat illetően (lásd. 24. sz. ábra). A Stabilitás Pénztárszövetség adatai alapján a Szövetség tagpénztáraiba a negyedik negyedévben befizetett egyéb befizetések értéke az első negyedévi értékek ötszöröse, a támogatások és a egyéni tagdíjfizetések értéke az utolsó negyedben kétszeres nagyságú, míg a munkáltatói befizetések értékének növekedése mindössze 8%, ami a negyedévi taglétszám növekedésénél némileg alacsonyabb.

Tehát elmondható, hogy a tagok egy része törekszik arra, hogy maximálisan kihasználja az adókedvezmények adta lehetőséget. Mivel a befizetés szinte azonnal fel is használható, és

a szolgáltatások köre igen széles, pénztári tagként olcsóbban jut hozzá, mint a nem tagok. Azonban ez a típusú rendszer, mely egyre nagyobb pénzösszegeket kezel, véleményem szerint, nem ösztönöz a hosszabb idejű egészségcélú megtakarításra – inkább a minél gyorsabb elköltésre az egyéni befizetések és a támogatások tekintetében.

Az egészségpénztárak által nyújtott szolgáltatások köre

Az egészségpénztári szolgáltatások többféleképpen kategorizálhatók. 2007 előtt a pénztár törvényi megfogalmazásából indulhattunk ki, mely a pénztárat a „társadalombiztosítási ellátásokat kiegészítő, pótló, illetve ezeket helyettesítő szolgáltatásokat, továbbá az egészség védelmét elősegítő ellátásokat szervező és finanszírozó" társulásként említi. Így lehetőség nyílik a szolgáltatói és finanszírozói feladatkörök szerinti csoportosításra:

Egészségpénztár által szervezett szolgáltatások: állapot felmérések, szűrővizsgálatok. Ilyenek az általános menedzser-szűrések, kardiológiai, onkológiai, fogászati szűrések. Ezek alapvetően az egészségmegőrzést, a betegségek megelőzését célozzák.

Egészségpénztár által finanszírozott szolgáltatások: Ezek közül a legtöbbet gyógyszervásárlásra és fogászatra költenek. Ebbe a csoportba tartozik még a tagok legkülönfélébb igényeinek megfelelően a magánrendelések (szemészet, bőrgyógyászat, plasztikai sebészet, nőgyógyászat), otthonápolás, gyógyászati segédeszközök, kiemelt kórházi hotelszolgáltatások, gyógyüdülések, stb. finanszírozása.

A pénztári konstrukció sajátossága, hogy ha a tag rendszeres befizetéseinek eredményeképpen fedezettel rendelkezik az egyéni számláján, a szolgáltatásokat nemcsak ő, hanem a szerződésben megjelölt közeli hozzátartozói (általában még három fő használhatja), a pénztártag jogán jogosultak a szolgáltatások igénybevételére.

A pénztári szolgáltatásokat csak 2007-ben szabályozta a jogalkotó törvényi szinten. (MÖESZ, 2007) Addig sajnálatosan csak a törvény értelmező paragrafusai vonatkoztak a szolgáltatásokra, melyek köre és adózási feltételei is folyamatosan változtak. Ez az állapot 2007 júniusától megszűnt, és az érvényes szabályozás a szolgáltatásokat adózás szempontjából két csoportra osztotta.

Így a pénztárak alapszabályában is különválik a kiegészítő egészségbiztosítási és az életmódjavító szolgáltatások köre. Míg a gyógyító ellátásokat adókedvezmény támogatja, a

prevenciós szolgáltatásokat adófizetési kötelezettség terheli. (Az egészségpénztárak által nyújtott szolgáltatásokról bővebben a 18. sz. mellékletben) Ez a tény szükségszerűen ahhoz vezet, hogy a megelőzés fontossága háttérbe szorul az egészségpénztári tagoknál.

Adókedvezmények

A pénztári befizetésekre vonatkozó szabályokat az SZJA és a TB törvény ide vonatkozó részei szabályozzák. Ezek változására az egészségpénztárak igen érzékenyen reagálnak, azt is mondhatnám, hogy a létük függ tőlük.

Az egészségpénztárak alapításának és népszerűségének kedvezett, hogy 2004 évtől kezdődően jelentősen bővült az igénybe vehető adókedvezmények mértéke valamint az a tény, hogy az egészségügyi szolgáltatások terén jelentkező extra igényeket az állami társadalombiztosítás már nem képes kielégíteni. Az egészségpénztárak terjedésének további lehetőséget ad az, hogy a nyugdíjpénztári piac telítődése után jelentkező szabad kapacitások az egészségpénztárak felé fordulhattak. Ez a tendencia 2010-től megtorpant a munkáltatói hozzájárulások megadóztatása folytán.

Az egyéni befizetés, amely a tagdíjat és az eseti befizetést is magában foglalja továbbra is 30%-os adókedvezményt élvez. Az adójóváírás közvetlenül az egészségpénztári számlán kerül jóváírásra. Ez a kedvezmény kezdetben 25% volt, és az önkéntes nyugdíjpénztári befizetéseké 50%. Az évről évre változó jogszabályok 2000. évig az önkéntes nyugdíjpénztárakat favorizálta az egészségpénztárakkal szemben. Ha a szektor dinamikus fejlődését tekintjük, megállapítható, hogy az egységesítés is nagyban hozzájárult mind a taglétszám, mind a vagyon növekedéséhez. Ez az egységesítés után kétévente megkétszereződött.

Az, hogy mennyire függnek a befizetések az adókedvezményektől jó például szolgál a következő: 2007-ben, amikor a munkáltatói hozzájárulás adómentes része 13.100 Ft-ban volt megszabva, a befizetések az előző évihez képest szinten maradtak. 2008-ban a befizetések limitje 20. 700 Ft-ra nőtt, így a befizetések is 35 milliárd forintról 48 milliárdra nőttek. Az összes pénztári befizetések esetében ez nem lehet több mint 100 ezer forint. Ez évi 333 ezer forintos befizetést jelent, azaz havi 27. 770 forintot. További 10 % adókedvezményt érvényesíthet a pénztártag a prevenciós szolgáltatásokra költ egészségszámlájáról, illetve szintén 10 %-os adókedvezmény jár a legalább két évre

lekötött befizetések után. A munkáltató által fizetett tagdíj-hozzájárulás a termelés érdekében felmerült költségnek minősül. Ez az összeg nem növeli a munkavállaló jövedelemadó alapját.

A pénztárnak juttatott támogatás, adomány (tagdíj-hozzájáruláson kívül) közérdekű kötelezettségvállalásnak minősül, ennek megfelelően adókedvezményben részesülhet a támogatás vagy adományt adó a pozitív adóalap 20%-ig. A pénztári szolgáltatások SZJA mentesek kivéve, ha a pénztártag kilépése elhalálozás esetén az egyéni számláján lévő összeg kifizetését kérik.

4.2.2 A kiegészítő egészségbiztosítás fogalmának eltérő értelmezései és az ebből adódó problémák

Mivel az egészségpénztárak és az üzleti biztosítók által kínált egészségügyi biztosítások együttesen képezik a Magyarországon intézményesített formában igénybe vehető kiegészítő biztosításokat, e fejezet túlnyúlik az egészségpénztári szektoron, és tágabb értelmezési tartományban vizsgálódik a fogalmak eltérő értelmezéseit illetően. Az interjúalanyokra betű és számjellel hivatkozom. A hivatkozási lista a dolgozat sz. mellékletében található, ahol, a megkérdezettek valós beosztását is feltüntettem.

Az interjúk során a válaszadók döntő többsége a kiegészítő biztosításokat a „társadalombiztosítás által meghagyott térben működő" [A1], un. második szintként [A3], vagy második és harmadik pillérként [D3] definiálja. Tehát a kötelező társadalombiztosítás mellett létező, azt kiegészítő biztosításnak. „ A kiegészítő az egy paradigma szintű kifejezés, arról szól, hogy domináns közfinanszírozás mellett kiegészítő" [A1]. Ez tulajdonképpen egyfajta funkcionális megkülönböztetést jelent. Az egészségbiztosítási alapcsomagon felüli részt érthetjük ez alatt.

Több válaszadónál a kiegészítő és a magán fogalma összemosódott: „Az, hogy kiegészítőnek hívom, vagy magánnak mindegy, mert magán kiegészítő van csak, nincs állami kiegészítő… inkább azt mondom, hogy van kötelező, és van egyéni biztosítási forma" [D1].

Azon túl, hogy a kiegészítő biztosítások funkcionálisan a társadalombiztosítás mellett jelennek meg, fontos megkülönböztetni őket az un. alternatív kiegészítő biztosításoktól.

„Az alternatív azt jelenti, hogy a társadalombiztosítás helyett” [A2]. Hiszen vannak olyan országok (Németország, Románia), ahol a társadalombiztosítás nem kötelező, illetve vannak olyan rétegek, csoportok, akik valamilyen módom kiszorulnak a társadalombiztosításból. Így az alternatív létezhet a társadalombiztosítás mellett is. Ez a fogalom a szakirodalom tanulmányozása kapcsán nem merült fel, bár létező jelenség és magában hordozza egy jövőbeli intézményesült struktúra képét is, ezért fontosnak tartom kiemelni.

A teljes egészségügyi kiadásokból a magánkiadások tekintélyes részt képviselnek Magyarországon, mely az EU átlaghoz képest is magas. Meglepő volt azonban, hogy a magánkiadások összegét a válaszadók legalább fele megkérdőjelezte. „Biztos, hogy nincs annyi….a magán nagyon becsült és nagyon szórt” [D1,E2]. A magánkiadások összegének becslésével a GKI EKI kutatói [A1] próbálkoztak meg, ez jelenthet számunkra támpontot, azonban az uniós összehasonlítást megnehezíti, hogy a nemzeti egészségügyi számlák az egyes országokban más és más értelmezést kaphatnak. Értem ezalatt nemcsak a hálapénz mennyiségének a problémáját, hanem az egészségpénztári számlákból adódó sajátosságokat is. (A sportcipő vásárlása is belekerül az egészségügyi magánkiadások közé, adótámogatási rendszerből adódóan – ez több szempontból vitatható). Egy interjú alany [A1] említette meg csak, hogy az egészségügy magánfinanszírozásában nemcsak az előbb említett két intézmény, hanem egyéb magán intézmények, alapítványok, egyesületek is részt vesznek. Úgy gondolom, hogy a válaszadók tudnak ezek működéséről, azonban senki sem számol velük. Igaz mennyiségileg nem számottevőek, de, mint a magánfinanszírozás megjelenési formáiként nem szabad elfelejtkezni róluk. Itt jelenik meg a háztartás is, mint magánfinanszírozó kiegészítő forma. „ A kiegészítő formák – főként az üzletiek – meg pontosan arról szólnak, hogy ha belépünk a háztartás helyébe, átvállaljuk ezt, akkor van-e azon a ténykedésünkön valamiféle kis hozam ... Itt tényleg paradigmát kéne váltani, abban az értelemben, hogy be akarom-e vonni a kiegészítőt a közfeladatba” [A1].

Egy harmadik típusú **alternatív kiegészítő biztosítási típust** is meg kell említeni, mint lehetséges formát, melynek csírái már most is jelen vannak és mindenki által ismertek. A társadalombiztosításról, melyet előzően fizetett a beteg lemondva, külön magánbiztosítást köt, mert nem elégedett, vagy nagyobb az igénye, mint amit a társadalombiztosítás nyújtani tud. „Ez már most kialakulóban van Magyarországon és működik Lengyelországban. Minőség a fontos és ezért kifizetem a teljes összeget és hagyom a társadalombiztosítást… és azt hiszem, hogy e felé tartunk” [A2].

Összegzésül elmondható, hogy funkcionálisan a kiegészítő biztosítások a társadalombiztosítás, mint domináns közfinanszírozás melletti helye nem vitatott, szűk értelemben az üzleti biztosítók által ajánlott biztosítást érthetünk alatta. Bővebb értelemben azonban az önkéntes egészségpénztárakat és a különböző módon intézményesült magánfinanszírozási lehetőségeket is, mint egészségügyi célú alapítványok, magánvállalkozások, egyesületeket is magában foglalja. A kiegészítő vagy magánfinanszírozást mindig a közfinanszírozáshoz való viszonyában érdemes vizsgálni, a terep azonban, amit a közfinanszírozás meghagy, állandóan változik. „ A társadalom dönti el mindig" [D1].

Tehát tulajdonképpen a társadalom értékítélete és természetesen a gazdaság teljesítőképessége az, amely meghatározza a közfinanszírozás és ezzel együtt az egészségügyi kiegészítő biztosítások lehetséges mozgásterét. Magyarországon a kiegészítő biztosítások tere ténylegesen az egyén által vállalt, önkéntes alapokon nyugvó magánfinanszírozást jelenti.

A szakirodalomban, még nem jelent meg a fogalom, de a gyakorlatban már ténylegesen létező jelenség az „alternatív kiegészítő biztosítás", mely véleményem szerint a jövőben egyre nagyobb szerepet fog kapni, mint un. kiegészítő funkcióval rendelkező biztosítási forma a társadalombiztosítás mellett. Kétféle módon is megjelenik jelenleg Magyarországion. Az egyik a társadalombiztosításból kiszorultak számára köthető magánbiztosítás, mely ugyan nem kínálja az ügyfelek részére az un. alapcsomagot, de alternatívát jelenthet a kiszorulók számára. A másik, pedig a társadalombiztosítás által kínált szolgáltatással elégedetlenek számára, akik hajlandóak és tudnak többet fizetni jobb színvonalú egészségügyi szolgáltatásért még úgy is, ha mellette a kötelező egészségbiztosítási járulékot a társadalombiztosítási rendszerbe befizették.

4.2.3 A társadalombiztosítás és az üzleti biztosítók együttműködési lehetőségei Magyarországon

A társadalombiztosítás és az üzleti biztosítók együttműködési lehetőségeit jellemezve a válaszadók mindegyike az alapcsomag definiálatlanságát említette meg alap problémaként. A jellemző vélemény szerint, ha meg lenne határozva, hogy mi az az alap-biztosítási csomag pontosan, ami a társadalombiztosítás keretében nyújtható, és melyek azok a

szolgáltatások, amik nem - akkor lehetőség lenne arra, mind az egészségpénztáraknak és mind az üzleti biztosítóknak, hogy egészségügyi szolgáltatást nyújtsanak a kiegészítő biztosítások területén az alapszolgáltatást kiegészítve. Ez a nézet általános volt az interjúalanyok körében: „meg kell határozni, hogy melyek azok a szolgáltatási körök, amelyeket az állami egészségügyi ellátás keretében tudok finanszírozni, és melyek azok a szolgáltatási körök, amiket nem, és ezekre majd önkéntelenül ki fognak alakulni ezek a magánfinanszírozások." (E3)

Tehát, hogyha tisztán definiálva lenne, hogy hol van az a határ, amit a tb még fizet, és mi az amit nem akkor az üzleti biztosítók bátrabban jelennének meg a piacon. Véleményem szerint, egy jól működő rendszer, mely nem pazarló kell, hogy legyenek olyan szolgáltatások, amelyeket a társadalombiztosítás nem finanszíroz. Ennek elsődleges akadálya természetszerűleg az adott ország gazdasági potenciálja, és az eddig kialakított egészségügyi rendszere, egészségügyi kultúrája stb. Ennek ellenére a köztudatban az az axióma él, hogy a társadalombiztosítás mindenre kiterjed és nincs meghatározva az alapcsomag.

Tovább kutatva a problémát azonban kiderült, hogy bár sokak részéről az elsődleges válasz az alapcsomag definiálatlansága, azonban akár informatikailag, akár a szakmai protokollokat, vagy a BNO-t (betegségek nemzetközi osztályozási rendszerét) tekintve meghatározott. Az interjúalanyaim közül csak ketten említették (D1, A1) „Igenis komolyan, tételesen megmondja, hogy mit igen és mit nem." (A1) „Tulajdonképpen meg van határozva annak az egzaktságnak megfelelően, ahogy lehet" (D1), de az az érzete mindenkinek, hogy nincs. Ez pedig attól az un. „gumi szabályból" ered, ami az egyedi méltányosságot figyelembe véve működik. Tehát az alapcsomagból való ki- és bekerülésnél van egy határsáv, amely egyedi elbírálást, döntést igényel, és ez okozza a bizonytalanságot. A baleset, betegség esetén a plasztikai sebészeti beavatkozást fizeti a társadalombiztosítás, míg a szépészeti beavatkozásokat nem. De ha „pszichiátriai vélemény van arról, hogy neki ettől torzul a lelkiállapota", akkor ezt is téríti. Tehát ténylegesen pontos elhatárolás nincs, de ez a fajta határsáv, vagy „gumi szabály" miatti bizonytalanság úgy gondolom számos ország egészségügyi rendszerében fellelhető. Megtalálható az a bizonytalansági faktor is, hogy a hatóság negyedévente dönt, hogy mi van benne vagy mi lesz benne a csomagban és milyen összeggel. (Ausztriában pl. a biztosítók szövetsége, az üzleti biztosítók, a helyi önkormányzati szövetség és a kórházi

szövetség évente folytat alkut arról, hogy a szolgáltatásoknak milyen árat szabjanak.) „ Állandó értékelés van.” (E1)
A bizonytalanság, mint akadályozó tényező nem kellene, hogy gátat szabjon az üzleti biztosítók előtt a kiegészítő biztosítások terén. Ennek ellenére szerepük marginális, finanszírozási nagyságuk csekély.

4.2.4 Az üzleti biztosítók lehetőségei és jövőbeli szerepük Magyarországon

Együttműködésre természetesen ott van lehetőség, ahonnan az OEP kivonult, illetve ki fog vonulni a jövőben. Ezek mindegyike jelenleg az OEP szolgáltatási körének igen kis szelete. (fogászati, szemészeti ellátások)
Az egészségügyi magánbiztosításoknál gyakran felmerül az **antiszelekció** problémája (B2). Ilyenkor az esetek többségében már, mint beteg jelentkezik az ügyfél, élve **az információs asszimetria** nyújtotta előnyével. Így kimarad az az idő, amikor úgymond „jó a biztosítás” a biztosítók számára. (E3) Az **autószelekcióval** ellentétben, amikor is a veszélyérzete az ügyfélnek megvan, az átlagnál jobban tart egy bizonyos kár bekövetkezésétől és ezért így magas összegű kockázati biztosítást köt. Ez Magyarországon jellemzően az életbiztosítás vagy az un. unit-linked termékek. Így természetszerűleg maguk az üzleti biztosítók számára is kevésbé kockázatos terület az életbiztosítás a kiegészítő magán egészségbiztosításokkal szemben, ahol a fenti externáliák erőteljesebben érvényesülnek. Így az üzleti biztosítók által kínált egészségbiztosítási szolgáltatásokról és fedezetekről inkább azt mondhatnám, hogy kialakulóban vannak, mint átalakulóban Magyarországon. A piaci igényekhez való alkalmazkodás folyamatos, de nagyon kis lépésekben történik.

A legtöbb biztosítónál un. **összegbiztosítási csomagot** lehet vásárolni, de már megjelentek az úgynevezett **szolgáltatásfinanszírozó biztosítások** is. A kettő között az a különbség, hogy míg az összegbiztosítás esetében a beteg a biztosítási feltételekben rögzített esemény bekövetkezésekor egy előre meghatározott összeget kap a biztosítótól, addig a szolgáltatásfinanszírozásnál a biztosító fizeti ki a vele szerződött ellátó intézménynek a kezelés költségét. A biztosító állja a beteg által bemutatott számlát, melyet előzőleg a kórház állít ki. A piac haladási iránya az összegbiztosítást felváltó szolgáltatásfinanszírozás.

Két lehetőség közül választhat az ügyfél, illetve a biztosító kiegészítő egészségügyi biztosításkötés iránti igény esetén. Egyfelől, ha az illető már rendelkezik életbiztosítással, akkor a biztosítójánál köthet kiegészítőket a főbiztosítása mellé. (Lásd a 20. sz. mellékletben)

Ha nincs még életbiztosítása, és nem is szeretne, akkor **önállóan köthető egészségbiztosítási terméket** is kereshet. Ez azonban nem található meg mindegyik üzleti biztosító kínálatában. A Magyarországon működő üzleti biztosítók közül jelenleg három magánbiztosítónál találunk önállóan is köthető egészségbiztosítási terméket. (Lásd a 26. sz. táblázatot)

2006-ban még 8 biztosító ajánlott önállóan is köthető egészségbiztosítási terméket. Ez 2011-re négy biztosítóra csökkent. Ilyen tekintetben a piac mondhatni koncentrálódott, csak azok a biztosítók maradtak meg a versenyben, akik rendelkeztek szolgáltatásfinanszírozói termékkel is. A csak összegbiztosítást ajánló biztosítók (Aegon, Axa, Allianz, Uniqua) jelen vannak a piacon, azonban termékeiket többnyire az életbiztosítási termékeikhez kötik. A koncentráció növekedését okozhatta, hogy a nyugat-európái trendnek megfelelően Magyarországon is elindult egy konszolidációs folyamat az egészségbiztosítás területén. Jelenleg 25 biztosító fedi le csaknem a piac teljes egészét. Azonban véleményem szerint a tervezett 2006-os reform meghiúsulásának következtében maguk a biztosítók „nem láttak fantáziát" ezekben a termékekben. A 2008-as pénzügyi válság hatásaként a kereslet is csökkent az ilyen típusú termékek iránt. A személybiztosítás „ember casco" (E2) típusú termékeit könnyű felmondani. Az életbiztosításhoz ajánlott kiegészítői csomagok biztonságot jelentenek a biztosítók számára, hiszen az ügyfél csak veszteségek árán tud kiszállni.

A biztosítók sokszor úgy próbálják meg egyes termékeiket vonzóbbá tenni, hogy kiegészítő biztosításokat kínálnak melléjük. Ezzel az ügyfélben azt az érzést kelthetik, hogy két legyet üt egy csapásra, hiszen mindenképp kötött volna életbiztosítást. Csupán annyi különbség adódik, hogy az ügyfél számára szükséges néhány kiegészítőt is belefoglalják a szerződésbe, természetesen plusz díj fejében. Így a vevőnek nem kell külön terméket keresnie, és valószínűleg a díj is kedvezőbb. Egy biztosítási vezető szerint a biztosítás haláleseti kockázati része csökkenthető a tőkerész változtatása nélkül, ha az ügyfél rendszeresen részt vesz szűrővizsgálatokon, melyet az üzleti biztosító megszervezne. Erre egyébként is van már jól működő rendszere a biztosítóknak, hiszen bizonyos emeltszintű biztosítások (pl. nagy összegű haláleseti biztosítás) megkötéséhez az

orvosi vizsgálat előfeltétel. (B3) Vannak olyan biztosítók, akik ezzel élnek (Aegon) és vannak, akik csak a halálozási statisztikák alapján ajánlják (Allianz) termékeiket. Sok biztosítónál még a dohányzás meglétéről sem érdeklődnek.

Leginkább foglalkozástól függ, hogy kik egészítik ki életbiztosításukat és milyen típusú kiegészítővel. A veszélyesebb foglalkozást űzők, vagy a nagyobb egészségügyi kockázatnak kitettek körében népszerű a műtéti térítés és a rokkantságra vonatkozó biztosítás. Nem feltétlenül csak a felsőfokú végzettségűek keresik ezt a biztosítási formát, gyakoriak a szakmunkások, középfokú végzettségűek is az ügyfelek között. Sőt, ők jobban tartanak a balesettől, sérüléstől, ezért nagyobb a kötési hajlandóságuk is. (B2)

Ha úgy döntenek, hogy kiegészítő magánbiztosítást kötnek, először számba kell venni az igényeket, mivel nem elégedettek, miért van szükségük a társadalombiztosításon kívüli szolgáltatásra, illetve mennyit hajlandóak áldozni rá. A magyarok nagyon költségérzékenyek, de az egészségügy területén ez fokozottabban jelentkezik. Több biztosításban jártas szakemberrel folytatott beszélgetésem során kiderült, hiába ajánlják a biztosítók, vagy az ügynökök a kiegészítőket havi pár ezer forintért, ha magának az életbiztosításnak sem magas a díja, mert akkor még ez a kisebb összeg is soknak tűnik. (E2)

A **szolgáltatásfinanszírozó termékek** (Vitalitas, Procare Exkluzív, Pivate Med) különböző színvonalú egészségügyi szolgáltatásokra nyújtanak fedezetet, adott esetben az amúgy komoly költségekkel járó magánkórházi gyógykezelésekre is.
A biztosítóval szerződött magán-, és az állami, valamint önkormányzati kórházak VIP osztályaiban a biztosító átvállalja a kórházi fekvőbeteg ellátás és a műtéti beavatkozás tényleges költségeit, kivéve azoknak a beavatkozásoknak a költségét, melyekre nem terjed ki a biztosítási védelem.[38]

A 2006-os több biztosítós egészségügyi reform első gondolatainak megszületése adta meg a kezdő lépést az ING biztosító számára, hogy 2001-től elindítsa Magyarországon az első természetbeni szolgáltatást nyújtó egészségbiztosítást.
Ez tulajdonképpen egy **nagyszabású kísérlet volt**, melynek során az ügyfelek magas színvonalú kiszolgálása mellett, megfelelő tapasztalatot kívánt gyűjteni annak érdekében,

[38] Ilyen például a plasztikai műtét, mesterséges megtermékenyítés, szülés.

hogy az egészségügy átalakítását követően kialakuló versenyben kedvező pozícióból indulhasson. „ Önmagáért ezért az egy kórházi osztályért biztos, hogy nem kezdtük volna el a kísérletet.” (B3)

A cél akkor az volt, hogy a biztosító tapasztalatot szerezzen, és a társadalmi igényekhez alkalmazkodva országos hálózattá fejlessze a szolgáltatást. Ez tulajdonképpen „igazi” többletforrást is jelenthetett volna az egészségügyben.

Jelenleg az ING biztosító, mint csoportos kiegészítő egészségbiztosításként ajánlja a nagyobb, többnyire multinacionális cégek számára. Az ügyfeleknek hotelszolgáltatást, az egészségügyi szolgáltatás magas színvonalú megszervezését és a paraszolvencia kiváltását kínálja a MÁV **Vitalitás** osztályán.

15. sz. táblázat: Az üzleti biztosítók által ajánlott önállóan köthető biztosítási termékek

Biztosító neve	Termékek	Biztosítás típusa	Korhatár	Ingyen szűrés
ING	Vitalitás kórházi hotelszolgáltatás	szolgáltatásfinanszírozó, csoportos kiegészítő	18 - 62 év	
ING	Medicina	összegfinanszírozás	18 - 62 év	
ING	Esszencia	egészségmegőrző program, elsősorban a várólisták kikerülésére, fedezetbiztosítás	18 - 60 év	X
Generali-Providencia	Exkluzív	szolgáltatásfinanszírozás és pénzbeli térítés	18 - 64 év[39] 3 - 55 év[40]	X
Generali-Providencia	Testőr	összegfinanszírozás	14 - 60 év	
Union	Private Med Hospital Plusz	szolgáltatásalapú Kiegészítő, pénzbeli térítés	0,5 - 65 év	
Union	Az egészség útja	egészségmegőrző biztosítás, pénzbeli térítés	0,5 - 65 év	X
Uniqua	MedHelp	összegfinanszírozó beteg és egészségbiztosítás	14-60év	

Forrás: A biztosítók honlapjai és a mélyinterjús felmérés alapján, saját szerkesztés

[39] kollektív kötés esetén

[40] egyéni (családi) kötés esetén

A Generali-Providencia 2006-ban még kétféle típusú szolgáltatásfinanszírozói csomagot is kínált, mely közül az egyiket, a MedHotel szolgáltatást megszüntette.[41] Ma már csak az **Exkluzív**[42] nevet viselő csomag érhető el. Ez a konstrukció széles körű és magas színvonalú egészségügyi ellátások költségeinek finanszírozását teszi lehetővé, több egészségügyi szolgáltatóhoz kapcsolódva, évente személyenként akár tízmillió forintos összeghatárral is rendelkezhet. (A 26. sz. táblázat a szolgáltatásfinanszírozó termékekre vonatkozó legfontosabb adatokat is tartalmazza az egyénileg köthető egyéb összegbiztosítások mellett.)

Az Exkluzív biztosítás összegtérítéses és szolgáltatásfinanszírozói kiegészítő egészségbiztosítás mellett ingyenes szűrővizsgálatot és évenként kontrollt is nyújt a járóbeteg-ellátás várakozási idejét pedig a minimálisra redukálja. A VIP szolgáltatást nyújtó biztosítás díja ennek megfelelően igen magas, értéke nemtől és életkortól függően változik. (Pl. egy 49 éves, normál egészségügyi állapotú férfi számára 2011-ben kb. 310 ezer forint évente)

A harmadik szolgáltatásalapú önkéntes kiegészítő egészségbiztosítást az Union Biztosító ajánlja. A fenti termékekhez hasonlóan a **PrivateMed** is a várakozási idő csökkentése, a kiemelkedő színvonalú hotelszolgáltatás mellett, a szolgáltatás-szervezésre is fedezetet nyújt. Itt a prevenciós szűrővizsgálatokat egy külön egészségmegőrző biztosítás keretében lehet igénybe venni. („az egészség útja”) Az egészségbiztosítások legtöbbször csak megtakarítási főmódozat mellé, kiegészítő biztosításként köthetőek. A legnépszerűbb kiegészítő biztosítási termékeket a 19. sz. melléklet tartalmazza. Ezeket a kiegészítőket jóval több biztosító kínálatában megtaláljuk. Ezek a kiegészítő egészségbiztosítások már havi néhány ezer forinttól elérhetőek. A havi költség függhet az életkortól, nemtől, egészségi állapottól. A kiegészítő biztosítások közkórházak elkülönített, emelt színvonalú részlegén biztosítják az ellátást. Magasabb díjtétel fizetése esetén még külön orvos, ápolónő is jár a beteg számára. A biztosítók megszervezik a kórházi tartózkodást és a kezeléseken való részvételt, így a betegeknek sehol sem kell várakozniuk. Ha az ügyfél

[41] A MedHotel kórházi hotelszolgáltatás három kórházban volt igénybe vehető: a Kútvölgyiben, a Szent Imre Kórházban és a Miskolci Megyei Kórházban. A havi díj attól függött, hogy milyen szolgáltatásokat vett igénybe az ügyfél.

[42] A Generali-Providencia Biztosítónak a Telki Magánkórházzal és a Miskolci Kórházzal van szerződéses megállapodása.

életbiztosítást köt, akkor e mellé akár kötelezően is előírhat neki a biztosító bizonyos kiegészítő biztosításokat.

Bár elég sokan érdeklődnek a kiegészítő egészségbiztosítások iránt, még mindig széles körben tartja magát az a nézet, hogy „**jobban megéri hálapénzzel jobb minőségű szolgáltatást vásárolni az állami egészségügyi rendszerben”** (E 1), mint havonta fixen kifizetni több ezer forintot. Az üzleti biztosítóknak csak akkor éri meg befektetni az egészségbiztosításokba, **ha a szolgáltatások nem vásárolhatók meg hálapénzért**.

A hazai magánbiztosítók termékskálája ennek ellenére bővül, és több szakértő szerint robbanásszerű keresletnövekedéssel lehet számolni. Az üzleti biztosítók vezetői (B1, B2, B3) szerint is egyre nagyobb lesz az egészségbiztosítások szerepe, mivel az emberek már nincsenek megelégedve az állami egészségügyi szolgáltatás színvonalával. Úgy gondolják, hogy ha hálapénzt adnak, akkor sem kapnak jobb ellátást, ezért inkább magánkórházban kezeltetnék magukat. Így elmondható, hogy Magyarországon is jelentkezik az igény egy duplikát jellegű magánbiztosításra.

Az üzleti biztosítók szerepe a magyar egészségbiztosításban, és annak finanszírozásában jelenleg marginális, azonban véleményem szerint jelentős növekedési potenciállal bírnak a jövő tekintetében. Sok tekintetben hátrányos helyzetből indulnak az egészségpénztárakhoz képest. Egyrészt azért, mert a szolgáltatás díja többnyire egyéni kockázat becslésén alapul. A csoportos, céges biztosítások díjai ezért jóval kedvezőbbek lehetnének. A hátrányos helyzethez még hozzájárul az is, hogy csak az egészségpénztári szféra élvezi az adókedvezmények általi olcsóbb szolgáltatáshoz való hozzájutás lehetőségét.

Annak ellenére, hogy az interjúk során konkrétan nem került elmondásra a biztosítók vezetői által, nyilvánvalóvá vált számomra, hogy az üzleti biztosítók piacra nem lépésének oka, az előzőekben már ismertetett **bizonytalansági faktoron** kívül az, hogy az önkéntes magánbiztosításnak **nincsenek meg az intézményi formái**, továbbá, hogy számos más még **nem teljesen kiaknázott** biztosítási ágban (pl. életbiztosítás, gépjármű biztosítás) kevesebb kockázattal jutnak profithoz a biztosítók. Tehát addig, amíg a biztosítók számára vannak kiaknázatlan piaci rések, addig számukra az egészségbiztosítás marginális szereppel bír. Ezt támasztja alá az a tény is, hogy 2010-ben a biztosítók bevételének 0,8%-át adták a kiegészítő egészségbiztosítások. (Lásd 27. sz. táblázat)

Amint ezek a piaci rések telítődnek, az életbiztosítási szerződések száma eléri az általuk elérhető vagy általuk jónak ítélt mennyiséget, csak akkor fognak bizonytalanabb

területekre merészkedni. A pénzügyi intézményeket sújtó válság ezt még inkább hátráltatja. A másik sarkalatos és fő ok az intézményi háttér hiánya. Ez alatt azt értem, hogy nincsenek magán egészségügyi szolgáltatók a piacon, akikkel egyáltalán szerződni tudnának. Ez az utóbbi időben sokat változott, de még mindig nincs elegendő. Továbbá hiányzik az a jómódú középosztály, aki ezeket a biztosításokat képes megvásárolni elegendő számban ahhoz, hogy a biztosító megfelelő nagyságú kockázatközösséget teremtve kedvező árazást alkalmazhasson.

A statisztikai elemzés kapcsán látható volt, hogy Magyarországon az egészségügy 29%-ban magánkiadásból finanszírozott jelenleg, ennek 25% -a un. „out of pocket" kifizetés, csak 4% jelenti az egészségpénztári, és üzleti biztosításokat. A 4%-on belül az üzleti biztosítók hozzájárulása nem egészen 8 milliárd forintnyi. (Lásd 16. sz. táblázat)

16. sz.: A biztosítók bruttó díjbevételeinek alakulása (millió forint)

	2008	2010	Megoszlás 2010 (%)
Életág	175550	152370	18,1
Unit linked	289629	295966	35,1
Nem életág	427590	394703	46,8
ebből: baleset	11977	12722	1,5
betegség	8231	7599	0,9
Összesen	892769	843038	100

Forrás: A PSZÁF adatai alapján saját szerkesztés

Az egészségpénztári bevételek pedig 47 milliárdot tesznek ki. Az európai trendhez képest Magyarország privátbiztosítási arányai azonban csak kevéssé maradnak el. **(**Az átlag az általam vizsgált országokban 8,1% volt 2009-ben.)

4.2.5 Az önkéntes egészségpénztárak, az üzleti biztosítók és az OEP együttműködési lehetőségei és problémái

Az egészségpénztárak működésének hatékonyságát mindenképpen segítené, ha nem elszigetelt rendszerként nyújtanák a szolgáltatásokat, hanem a társadalombiztosítással, valamint az üzleti biztosítókkal együttműködve. Ezt a gondolatot az egészségpénztári vezetők, az OEP vezetők, és az üzleti biztosítók vezetői ismerik, elfogadják, mint alapelvet. Azonban a gyakorlatban nem alkalmazzák. „Sokáig azt gondoltam, hogy

érdemes leülni, kigondolni közösen dolgokat, de ma már egyszerűen nem látom értelmét."[C1]

Az egyéni intézményi érdek mindenképpen megelőzi a társadalom szempontjából előnyös kooperációt. Az együttműködés lehetőségét vizsgálva azonban elmondható, hogy az üzleti biztosítókkal ellentétben az egészségpénztári működés közelebb áll a társadalombiztosításhoz, így talán nagyobb eséllyel indulhat el a jövőben ezen a területen. Vannak támogatói ennek a gondolatnak, akik a pénztárak által nyújtott egészségcélú finanszírozást emelik ki, melynek jelentős része közvetlenül a társadalombiztosítás által finanszírozott egészségügyi szolgáltatásokhoz kapcsolódott. „ Csak az együttműködésben látom a lehetőséget" [C2, D3]. Az adatszolgáltatás tekintetében a vezetők körében nagyfokú bizalmatlanságot tapasztaltam. Annak ellenére, hogy fontos lenne tudni, hogy az egészségpénztári szektor működése, és szolgáltatásai vajon segítik, segíthetik- e a társadalombiztosítás költségvetését? Tehát ha például egy pénztártag egészségmegőrző szolgáltatásokat vesz igénybe, vajon csökkennek majd az OEP által finanszírozandó szolgáltatásai? Számomra úgy tűnt, hogy ez a kérdés a piac szereplőit nem érdekli, bár jelentős érv lehetne további fennmaradásukat tekintve. „ Nem fogok adatokat kiadni, mert vissza fognak élni vele" [C1] Az érdektelenség és a bizalmatlanság jelenléte ebben a kérdésben meghatározó.

Az együttműködés tekintetében többen az alapcsomag hiányát említik, mint egyik fő akadályát az illeszkedésnek [C3, C4]. Ebben a kérdésben az egészségpénztári vezetőik véleménye megoszlik, aszerint, hogy milyen háttér rendelkező. A banki, biztosítói hátterű pénztáraknál ez elsődleges okként merül fel, míg mások ezt nem együttműködési kérdésnek tekintik, pusztán törvényi szabályozási feladatnak, amit nem mert még felvállalni egy kormányzat sem.

Úgy gondolom azonban, ha az együttműködés csak abban merülne ki, hogy a pénztárak vagy az üzleti biztosítók működését, nyilvántartási és ellenőrzési rendszerét az OEP szakemberei megtekintenék, már akkor is számos jó ötlettel és javaslattal gazdagodhatnának. Az ellenőrzés tekintetében azt gondolom, hogy mindenképpen. Mind a pénztárak, mind pedig az üzleti biztosítók nagy hangsúlyt fektetnek a szolgáltatások minőségi és mennyiségi ellenőrzésére. „ Az OEP-nél a szolgáltatókat nem ellenőrzik … nincs az a funkciója, hogy ellenőrizzen." [C1] Ez pedig a társadalombiztosítási rendszer túlzott használatát eredményezi. **Tehát az együttműködésről elmondható, hogy egymás mellett létező intézményeket találunk a magyar egészségügyi rendszerben, ahol a**

szereplők célja nem a szinergián alapuló kooperáció. A hatékonyság növelése érdekében a változtatás mindenképpen indokolt lenne.

4.3 Új és újszerű tudományos eredmények

A következőkben felsorolásszerűen ismertetem a kutatásom során elért új és újszerű tudományos eredményeket:

1. A közeljövőben a kiegészítő egészségbiztosítások az EU országaiban továbbra sem egységes rendszerben konvergálnak.
2. A kiegészítő egészségbiztosítások aránya és az egészségügyi – szociális tényezők között regressziós kapcsolat mutatható ki. Így a kutatás második hipotézise igazolódott.

   A 18 uniós országot érintő statisztikai vizsgálataim során kimutattam, hogy a káros életmód és a külső környezeti hatások növekedésével átlagosan csökkennek a privát egészségügyi biztosítások arányai. Míg a háztartások közvetlen finanszírozásai leginkább ott magasak, ahol gyengébbek az egészségügyi, szociális feltételek.

Az eredményt a következő részeredmények alapján kaptam:

- Az életmód tekintetében a főkomponens és a klaszter analízis elemzés segítségével kimutattam, hogy a legkevésbé rombolják egészségüket a Svédországban, a Lengyelországban és a Szlovákiában élő állampolgárok a vizsgált 18 európai uniós ország tekintetében. Az életmód vizsgált változói a következők voltak: az átlagos kalória és zsírbevitel, a 15 éven felüliek literben mért éves alkoholfogyasztása, és a napi rendszerességgel dohányzók népességen belüli aránya.
- Az Ausztriában és Franciaországban élőknél ezek a terheltségek a legmagasabbak.
- A környezeti ártalmak tekintetében, melyet a gazdaság évenkénti, kilogrammokban mért, egy főre jutó nitrogén-oxid és szénmonoxid kibocsátásával mértem, leginkább a finnek, görögök és dánok terheltek. A légszennyezettség legkevésbé a magyarokat, németeket, portugálokat és olaszokat érintette.
- Az életmód és a külső környezeti ártalmakat együttesen tekintve Görögország, Dánia és Spanyolország esetén mutatható ki a legmagasabb terheltség. Míg Németország, Nagy-Britannia, Svédország és Hollandia esetén a legalacsonyabb.

- Az összevont eredmény szerint hazánk sokkal inkább a nyugat-európai országokra hasonlít, velük alkot egy tömböt az egészségi terheltség tekintetében.
- Az egészségügyi szociális tényezők vizsgálata igazolta, hogy a volt szocialista országok egy tömböt alkotnak.
- Az egészségügyi kiadások vizsgálatakor, mely a privát biztosítási arányokat, a háztartások közvetlen kiadásait, és a központi kormány és a társadalombiztosítás kiadásai tekintetében megállapítottam, a több biztosítós rendszerek esetén a háztartások közvetlen finanszírozásai átlagosan fele akkorák, mint az egy biztosítónál.

A kiegészítő biztosítások magyarországi szerepét vizsgáló kutatásom, a következő eredményeket tárta fel:

3. Az „alternatív kiegészítő biztosítás”**,** mint un. kiegészítő funkcióval rendelkező biztosítási forma azonosítása. A gyakorlatban ismert, a szakirodalomban nem található a tipizálása. A társadalombiztosítás mellett létező forma Magyarországon, mely nem a hagyományos értelemben vett kiegészítő jelleggel bír, hanem duplikáltan létezik mellette. Megjelenése kettős Magyarországon:
    a. Egyrészt a **társadalombiztosításból kiszorultak** számára köthető magánbiztosítás, mely alternatívát jelenthet a kiszorulók számára.
    b. Másrészt a társadalombiztosítás által kínált szolgáltatással **elégedetlenek számára**, akik hajlandóak és tudnak többet fizetni jobb színvonalú egészségügyi szolgáltatásért még úgy is, ha mellette a kötelező egészségbiztosítási járulékot a társadalombiztosítási rendszerbe befizették.
4. Az egészségpénztári piac létét az adókedvezmények alapvetően meghatározzák. A magyar egészségpénztári rendszer nem ösztönöz a hosszabb idejű egészségcélú megtakarításra – inkább a minél gyorsabb elköltésre az egyéni befizetések és a támogatások tekintetében. A prevenciós szolgáltatásokat adófizetési kötelezettség terheli. Ez a tény szükségszerűen ahhoz vezet, hogy a megelőzés fontossága háttérbe szorul az egészségpénztári tagoknál. Ezt erősíti az a tény is, hogy az egyéni befizetések aránya jelentéktelen az összes befizetéshez képest. Ilyen formában nem hatékonyak a tb terheinek finanszírozásában.
5. Az üzleti biztosítók szerepe marginális a kiaknázatlan kiegészítő biztosítási piacon. A piacra lépést megakadályozza a rendszer bizonytalansága és kiszámíthatatlansága

valamint az a tény, hogy a biztonságosabb életbiztosítási piac még kiaknázatlan. Az OEP, az üzleti biztosítók és az egészségpénztárak sem élnek az együttműködés lehetőségével kihasználva a szinergián alapuló lehetőségeket. A szereplők között a rövidtávú szemlélet dominanciája a jellemző.

6. Az egészségpénztárak és az üzleti biztosítók szerepének növekedése lehetővé tenné a hálapénz visszaszorítását, a magán egészséggazdaság kifehérítését. Ezt a pénztárak számla alapú elszámolási és ellenőrzési rendszere ezt segíthetné. A harmadik hipotézist a kutatásom feltételesen igazolta. Az eredmények alapján, ha Magyarországon az egészségi terheltség és a társadalmi - szociális determinánsok értékei romlanak a jövőben, akkor várhatóan a háztartások közvetlen hozzájárulása fog növekedni a kiegészítő egészségbiztosításokkal szemben. Ha a vizsgált változók értékei javulnak, és a bizonytalan működési környezet biztosabbá válik az üzleti biztosítók, valamint a pénztárak számára lehetővé válik az, hogy mint elismert pénztár működjenek, akkor szerepük változhat.

5 KÖVETKEZTETÉSEK ÉS JAVASLATOK

Az Európai Unió 1994. évi 3. direktívája eltávolította a potenciális akadályokat a határokon átívelő biztosítási piac és szolgáltatások szabad áramlása elől. Elviekben tehát nem lenne akadálya annak, hogy a kiegészítő biztosítások a jövőben egy egységes rendszerben konvergáljanak.

A kiegészítő egészségügyi magánbiztosítások jelenleg a vizsgált uniós országokban rendkívül változatos formákban jelennek meg. A 2.4.2. fejezetben és a 4.1.3. fejezetben felvázolt sokszínűség arra enged következtetni, hogy a közeli jövőben ez a trend megmarad, a konvergencia nem valósul meg. A kiegészítő magánbiztosítások a jövőben is sokszínűen, változó intenzitással lesznek jelen az Uniós országok egészségügyi rendszereiben. Így a disszertáció **első hipotézise a konvergencia tekintetében nem igazolódott** még az azonos finanszírozási modellt alkalmazó államoknál sem.

Kutatásom során a 4.1.1. és 4.2.2. fejezetekben megpróbáltam a kapott eredményeket földrajzi elhelyezkedés tekintetében is vizsgálni, azonban kiderült, hogy bár a klaszter vizsgálat jelez némi területi összefüggést, a földrajzi elhelyezkedés nem magyarázza a kapott eredményeket. Az Európai Unió területén a különböző életmóddal, környezeti tényezőkkel és szociális determinánsokkal jellemezhető, valamint a különböző finanszírozási modelleket, illetve struktúrákat alkalmazó államok **területileg is változatos képet** mutatnak.

Úgy gondolom, hogy mivel a direktíva megteremtette a lehetőséget az Unión belül, hogy a tagállamokban szabad és versenyző piac alakulhasson ki az önkéntes egészségbiztosítás területén, a következő lépésnek mindenképpen, egy a **fogyasztókat előtérbe helyező szabályozásnak kellene, hogy következzen.** Ilyen lehetne például az **összehasonlítható biztosítási csomagok meghatározása,** melyek egyúttal a **biztosítási díjak csökkenését** is eredményezhetnék.

A 4.1. fejezetben a többváltozós statisztikai vizsgálatom számos eredményt adott. Sikerült kimutatni, hogy ahol alacsonyabb az egészségügyi dolgozók aránya ott a privát biztosítások nagyobb szerepet kapnak/kaphatnak, illetve nagyobb arányban vannak jelen a teljes egészségügyi kiadások tekintetében.

Az emberfüggő és környezetfüggő egészségi terheltség növekedésével csökkennek a privát egészségügyi biztosítások arányai. Tehát minél egészségtelenebb az életmód és a

környezet, ott a privátbiztosítások kevésbé vannak jelen. **Így a disszertáció második hipotézise a regressziós kapcsolat vonatkozásában, a kiegészítő egészségbiztosítások és az egészségügyi, szociális tényezők között igazolódott.**

Véleményem szerint ez azt is jelenti, hogy a káros életmódbeli szokások és külső környezet hatására kialakuló egészségügyi kockázatok, betegségek esetén a kiegészítő, privát biztosítások nem adnak, nem adhatnak megfelelő fedezetet, illetve megoldást. Ez az eredmény megerősítheti Saliba és Ventelou (2007) ökonometriai kutatását, mely szerint, ha az állami egészségbiztosítás kivonul egyes súlyosabb egészségügyi kockázatok fedezéséből, fedezet nélkül maradhatnak a nagyobb betegségekben szenvedők.

A vizsgált szakirodalmi eredmények szerint a kiegészítő biztosítások iránti keresletet a jövedelmi szint nagymértékben meghatározza. Azonban a súlyosabb egészségügyi kockázat esetén a kiegészítő biztosítások nem relevánsak. Ezt a tényt is sikerült alátámasztani a statisztikai elemzésekkel.

Magyarország tekintetében ez azt is jelenti, hogyha a káros terheltség nőni fog a társadalombiztosítás terhei megemelkednek. Ez eredményezheti egyrészt azt, hogy számos olyan fedezet kikerülhet az alapbiztosítás által nyújtott kosárból, mely indokolhatja egyéb egészségbiztosítási pillérekhez való fordulást. Másrészt a társadalombiztosítás által nyújtott szolgáltatások színvonala csökkenhet, ami megint csak egyfajta keresletet indukálhat a kiegészítők irányában. Ez a kereslet, ha az üzleti biztosítók irányába indul a **nemzeti szolidaritás gyengülését** is okozhatja.

A kiegészítő biztosítások és pénztárak az öngondoskodás szervezett, közösségi eszközei. Elterjedésüknek nincsenek jogszabályi akadályai **Magyarországon**. Az ország egészségügyi költségeinek finanszírozásához csak kis mértékben járulnak hozzá (5%), így **szerepük marginális**. Míg az egészségpénztárak dinamikus növekedése jellemző mind bevétel, mind taglétszám tekintetében az elmúlt évtizedben, az **üzleti biztosítókról** ez nem mondható el. Ennek okai az egészségügyi rendszer sajátosságaiból és működésük eltérő voltából fakad.

Az üzleti egészségbiztosítások intenzívebb elterjedését, megjelenését a mélyinterjús felmérés alapján a következők akadályozzák:

- az alapcsomag definiálatlansága
- az antiszelekció hatása
- a hálapénz, mind konkurencia jelenléte
- az erős középosztály hiánya[43]
- telítetlen életbiztosítási piac
- adójóváírás hiánya

A fenti kockázatok óriási bizonytalanságot, kockázatot jelentenek a biztosítók számára. Tehát, ha ezekben kedvező változás áll be a jövőben, elviekben **szerepük nőhet.** Ha az **alapcsomag definiálásra** kerül, a készpénzfizetéses ellátások piaca szélesedhet. Ez természetesen olyan módon kell, hogy történjen, hogy ne sértse az egyenlő hozzáférés elvét. A túl tágan meghatározott csomag következtében, valamint az öngondoskodási kultúra hiányából adódóan jelentkezhet az **antiszelekció** problémája. Ha a lakosság öngondoskodási hajlandósága, anyagi lehetőségei növekszenek a jövőben a biztosítók antiszelekcióból adódó kockázatai is csökkenhetnek. Legális magánszolgáltatási piac híján a paraszolvencia a betegek számára olcsóbb, személyesebb és rugalmasabb. Hiszen nincs megszabva az igénybevétel helye, szolgáltatása. Tehát a **paraszolvencia** visszaszorítása kulcsfontosságú a kiegészítők elterjedésének tekintetében. Ezzel a háztartásokra nehezedő közvetlen kifizetések arányában is jelentős változásokat érhetnénk el. Vannak még egyéb, **kiaknázatlan területek** (pl. életbiztosítás, speciális biztosítások), melyek kevesebb kockázatot jelentenek az üzleti biztosítók számára. Ezen piaci szegmensekben is jelentős lemaradásban vannak a biztosítók az európai uniós országok többségét tekintve. Ha ezek a rések telítődtek, akkor tartanám valószínűnek, hogy a biztosítók a bizonytalanságok ellenére bátrabban jelennek majd meg az egészségbiztosítási piacon.

Az **adójóváírás** intézménye az üzleti biztosítók egészségbiztosítási szolgáltatásaira nem vonatkozik, így jelentős hátrányban vannak az egészségpénztárakkal szemben a szolgáltatások díjait tekintve. Nem tartom azonban valószínűnek, hogy az adójóváírás kiterjesztése nagymértékben növelné a kiegészítő üzleti egészségbiztosítások iránti keresletet hazánkban, bár kétségkívül a díjak várhatóan csökkennének. Ha lehetőség lenne

[43] A vezetők, alkuszok szerint Magyarországon az egészségbiztosítási keresletek jó részénél nem mindig a jövedelem a meghatározó.

arra, hogy a pénztárak által toborzott tagok, melyek elég nagyszámú kockázatközösséget alkotnak csoportos szolgáltatásfinanszírozói vagy egyéb kiegészítő biztosítást vásároljanak az üzleti biztosítóktól a díjak jóval kedvezőbbek lehetnének.

Az egészségbiztosítási piac másik szereplője, a második pillér, az egészségpénztári szféra, melynek létét nagymértékben meghatározza az adókedvezmény lehetősége. Bevételük legnagyobb részben a munkáltatói befizetésekből származik, az **önkéntes, egyedi befizetések aránya** 2002-től **stagnál.** (15%) Ebből következik, hogy a munkavállalók **öngondoskodási kultúrája nem változott sokat** az elmúlt évtized során. Tehát az egészségpénztárak által sokszor hangoztatott előny, miszerint a pénztárak megmaradása és további támogatása segíti a lakosság igen alacsony színvonalú öngondoskodási kultúrájának fejlesztését nem igaz. Ezzel együtt azonban a jövő évtizedeiben várható demográfiai változások és a technikai fejlődés által indukált költségnövekedést enyhíthetik. Továbbá egyre szélesebb körű szolgáltatásaikkal segíthetik a hálapénz visszaszorítását és a magán egészséggazdaság kifehérítését is.

Ahhoz, hogy ténylegesen is az öngondoskodási kultúra fejlesztői lehessenek, úgy gondolom, hogy változtatásra van szükség - szabályozásukat, és működésüket illetően. Ezek a következőek:

- a prevenció szerepének növelése a szolgáltatási körben
- az adókedvezmények fenntartása, átcsoportosítása
- az elszámolható termékek átgondolása

Fennmaradásuk akkor indokolt, hogyha ténylegesen tudják enyhíteni a társadalombiztosítás terheit, mégpedig finanszírozási potenciáljukhoz képest nagyobb mértékben. Véleményem szerint ez egyedül **a prevenciós szolgáltatásaik előtérbe helyezésével** érhető el. Ehhez szükséges, hogy az egészségpénztáron keresztül igénybe vehető szolgáltatások közül ne csak az egészségbiztosítási szolgáltatásokra lehessen igénybe venni az **adókedvezményt,** hanem **az életmódjavítóakra is.** Hiszen az utóbbiakkal lehetősége lesz a tagnak arra, hogy ténylegesen tegyen az egészségéért, és megelőzze a betegséget. Ne csak a már meglévőt „kezelje”, például vegyen olcsóbban gyógyszert. A pénztárak előnyt élveznek nagyszámú tagságukkal abban a tekintetben is, hogy a megelőző szűrések szervezése olcsóbbak lesznek/lehetnek a tagok számára az üzleti biztosítókhoz képest.

Szükséges azonban az egészségpénztári számla alapján elszámolható **termékek és szolgáltatások ellenőrzése, újragondolása** is. A természetgyógyászat olyan gyógymódjai

(reflexológia, akupunktúra) termékei (homeopátiás gyógyszerek), amelyeket a modern orvostudomány is alkalmaz adókötelesek, míg a vadászattal kapcsolatos költségek elszámolhatóak. Jelenleg csak a gyógyszeripari engedéllyel forgalmazott termékek elszámolhatóak. Számos vitamin és táplálék kiegészítő nem minősül gyógyszernek, pedig egyértelműen az egészségmegőrzést szolgálja.

Az egészségügyi rendszer intézményeinek szinergikus együttműködése hatékonyabbá tehető, ha az egészségpénztáraknál és a társadalombiztosításban tapasztalható bizalmatlanság és érdektelenség eltűnik. A két kiegészítő pillér véleményem szerint a **prevenció, a megelőzés tekintetében tudná segíteni a társadalombiztosítást növekvő feladatainak ellátásában sikeresen**.

Ehhez szükség lenne arra, hogy az egészség, mint érték felértékelődjön, preferencia legyen az előtakarékosság, a prevenció fontossá váljon a lakosság számára. Ez eredményezheti azt, hogy a kiegészítő szolgáltatások aránya tovább növekedjen, és ezzel párhuzamosan csökkenjen a háztartásokat sújtó közvetlen finanszírozás nagysága. A kiegészítő egészségbiztosítások szerepe növekedhet a jövőben a fent említett feltételek figyelembe vételével. **Így harmadik hipotézis a fentiekben leírt feltételekkel igazolódott.**

Az áttekintett Európai Uniós tagországok közül a kiegészítő egészségbiztosítási szektor további fejlesztése során elsősorban Franciaország, de a vizsgálatokból kimaradt Szlovénia példáját tartanám leginkább alkalmazhatónak Magyarország szempontjából. Ehhez a már kialakított egészségpénztári rendszer megfelelő alapul szolgálhatna. Azonban az egészségpénztárak jelenlegi elszámolóház jellegű működését, egy ténylegesen kockázatkezelésre is kész rendszer kellene, hogy felváltsa.

6. ÖSSZEFOGLALÁS

Kutatásaim során arra kerestem a választ, hogy a kiegészítő egészségügyi biztosítások milyen hatással bírnak a magyarországi és az európai országok egészségügyi rendszerére, segíthetik-e a rendszer működését. Ha igen, akkor pedig milyen módon.

A szakirodalmi feldolgozás keretében áttekintést nyújtottam az egészségbiztosítás fogalmáról, kialakulásának tényezőiről, alapmodelljeiről az európai országokban, valamint Magyarországon. Bemutattam az egészségbiztosítási piac sajátosságait és jellegzetességeit, valamint az állami beavatkozás szerepét és okait. Az uniós országokra vonatkozó egészségbiztosítást érintő irányelveken túl, a magán egészségügyi biztosításokra vonatkozó szabályozás kérdéseit is áttekintettem. Az Európai Unió 15 tagállamában jelenlévő kiegészítő egészségügyi biztosítások témakör kutatása során született eredmények alapul szolgáltak a disszertáció saját kutatásához. A magyarországi egészségbiztosítási rendszerben jelenlévő kiegészítő pillérek irodalmának áttekintésével világossá vált, hogy helyzetük, fennmaradásuk az alap egészségbiztosítási rendszer függvénye.

Kutatásom során az európai uniós országok adatainak elemzésére a többváltozós elemzési módszert, és összehasonlító adatelemzést alkalmaztam. A magyarországi helyzetet feltáró empirikus kutatás adatait a tartalomelemzés módszerével dolgoztam fel. A kutatás során megfogalmazott hipotézisek közül az első elvetésre került. A vizsgálatom nem igazolta azt a feltevést, miszerint a jövőben a kiegészítő egészségbiztosítások az EU országaiban egy egységes rendszerben konvergálnak. A második hipotézist sikerült a statisztikai vizsgálatokkal igazolni. Így a szakirodalom által már más módszerekkel kutatott kérdéskör, a többváltozós statisztikai modellekkel is hasonló eredményhez vezetett. Az európai uniós országokban a kiegészítő egészségbiztosítások aránya kölcsönhatásban van az egészségügyi és szociális tényezőkkel. Sikerült bebizonyítani azt, hogy az életmódot jellemző tényezők és a külső környezeti tényezők, valamint az egészségügyi – szociális tényezők a vizsgált 18 európai uniós országban, és a magánbiztosítások aránya között regressziós kapcsolat van. A harmadik hipotézis a kiegészítő biztosítások szerepének, számának növekedését feltételezte Magyarországon. Ezt a hipotézist feltételesen igazolták az eredmények. Ha Magyarországon az egészségi terheltség és a társadalmi - szociális determinánsok értékei romlanak a jövőben, akkor várhatóan a kiegészítő privát biztosítások száma növekedni fog. A hipotézis feltételesen igaz, mivel a Magyarországon az üzleti biztosítók és az egészségpénztárak helyzete bizonytalan. Ez a tény

megakadályozhatja a kedvezőtlen helyzetben a megfelelő reagálást. Mind a két kiegészítő pillér véleményem szerint a prevenció, a megelőzés tekintetében tudná segíteni a társadalombiztosítást, feladatainak ellátásában.

7. SUMMARY

In the course of my research I have been trying to establish what impact supplementary health insurances have on the health care system in Hungary and the other European countries. Another issue is whether the supplementary health insurances help the system to function better, and if so, in what way.

In the discussion of the referenced professional publications I have given an overview of the concept of health insurance, the factors contributing to its development, its basic models in European countries and in Hungary. I have presented the characteristics of the health insurance market as well as the reasons and the role of state intervention. Apart from EU health insurance guidelines, I have also reviewed the issues of the control of private health insurances. The findings of the research on supplementary health insurance present in the EU15 countries served as a basis of the research of the dissertation. The review of the publications on the pillars of the Hungarian health insurance system has made it clear that their role and survival depends on the basic health insurance system.

In my research I have used comparative data analysis, a multivariate analysis method, to analyse the data from the EU countries. I have processed the empirical research data on the situation in Hungary with the help of the exploratory content analysis method.

The first of the hypotheses drawn in the research process has been rejected. My study has not confirmed the hypothesis that the supplementary health insurances in the EU countries will converge into a single system in the future.

The second hypothesis has been confirmed by the statistical analysis. The multivariate statistical models produced a result similar to those presented in the professional publications with the application of different methods. In EU countries, the share of the supplementary health insurances depends on the health care and social factors. In the study of the 18 EU countries, a regression relationship has been established between lifestyle, environmental, health care and social factors, on the one hand, and the share of private insurances, on the other.

The third hypothesis assumed an increase in the number and role of the supplementary insurances in Hungary. It was tentatively confirmed by the results. If the load on the health system increases and the values of the social determinants deteriorate in Hungary, then the number of supplementary private insurances is expected to increase. The hypothesis is true

on condition, since the position of insurance businesses and health care funds in Hungary is uncertain. This can hinder an adequate response in case of an unfavourable situation.

It is my conviction that prevention is the area where the two complementary pillars could be of assistance to the Social Security system in performing its functions.

MELLÉKLETEK

M 1. IRODALOMJEGYZÉK

1. Adler, Judit – Péteri, János – Skultéty, László – Szabó, László (2007): *Az egészségpénztárak lehetőségei az egészségügyi reformban*. GKI-EKI. Egészségügykutató Intézet Kft.

2. Adorján Zsolt – Serfőző György – Péteri János – Zavodnyik József (2005): Ágazati biztosítástan. Perfekt, Budapest. 2. fejezet.

3. Ágoston Kolos – Kovács Erzsébet – Kovács Gyula (2007): Az öngondoskodás formái: Milyen forrásból szerez információt, és hogyan választ az ügyfél az egyes öngondoskodási formák közül? In: *Biztosítási szemle*, 53. évf. 1. sz. p. 43-55.

4. Allin, S. – Mossialos, E. – McKee, M. – Holland, W. (2004): Making decisions on public health: A review of eight countries. European Observatory on Health Systems and Policies.

5. Arrow K. J. (1963): Uncertainty and Welfare Economics of Medical Care. The American Economic review, 53, (5), p. 941-973

6. Asztalos László (1997): Biztosítási kézikönyv. Biztosítási Oktatási Intézet

7. Atkinson, A. B. (1999): Magán- és társadalombiztosítás, valamint a hozzájárulási elv. In: *A jóléti állam politikai gazdaságtana.* Budapest

8. Babbie, E. (2004): *A társadalomtudományi kutatás gyakorlata* (The Practice of Social Research), Budapest, Balassi Kiadó (Ford.: Kende Gábor és Szaitz Mariann)

9. Balázs Péter (1998a): Gazdaság és politika az egészségbiztosításban. In: *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 36 (2), p. 180-193.

10. Balázs Péter (1998b): Német egészségügy az 1990-es egyesítés után. In: *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 36. (5)

11. Balázs Péter (2006): Egészségügyi rendszerek nemzetközi összehasonlítása. In: *Egészségügyi gazdasági Szemle*. 43. évf. 5. szám, p.14-19.

12. Banyár József (2001): Az életpálya pénzügyi tervezése. Biztosítási Oktatási Intézet

13. Barigozzi, F. (2001): The Public-Private Mix in Health Insurance. In: *Rivista di PoliticaEconomica*, 91.évf. 4-5. szám 227-258.

14. Barr, N. (2001): *The Welfare State as Piggy Bank*. Oxford, Oxford University Press.

15. Barros P, Castro R, Duarte M, Goncalves S (1995): From public to private health insurance: what the taxman shouldn't do. Presented at the third European Health Conference.

16. Besley, T. – Gouveia, A. (1994): Alternative systems of health care provision. In: *Economic Policy*, 9 (19) p. 200-258.

17. Blomqvist, A. (1997): Optimal Non-linear Health Insurance. In: *Journal of Health Economics* (16) p. 303-321.

18. Bokros Lajos (2001): A társadalmi szolidaritás és a gyógyítás intézményei. In: *Élet és irodalom*. Budapest, 2001. 12.07.

19. Bokros Lajos (2004): *Verseny és szolidaritás*. Élet és irodalom. Budapest. p. 154.

20. Boncz Imre – Donkáné Verebes Éva – Oberfrank Ferenc (2001): Közpénzek és magánfinanszírozás az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által finanszírozott gyógyító-megelőző ellátások területén In: *Egészségügyi gazdasági szemle*, 39. évf. 6. sz. p. 559-566.

21. Boncz Imre (2007): Több-biztosítós egészségügyi rendszerek Európában. In: *Nemzeti érdek*, 1. évf. 2. sz. p. 109-118.

22. Boncz Imre [et al.] (2006): Prioritásképzés az egészségügyben - a közgazdaságtan hozzájárulása In: *Köz-gazdaság*, 1. évf. 1. sz. p. 97-104.

23. Boncz Imre (2002a): Magánbiztosítások az európai országok egészségügyi rendszerében In: *Egészségügyi Menedzsment*, 4. évf. 2. sz. p. 56-60.

24. Boncz Imre (2002b): Magán egészségbiztosítások az Európai Unió tagországaiban. In: *Egészségügyi gazdasági szemle*, 40. évf. 3. sz. p. 292-301.

25. Boncz Imre - Horváth Boldizsár (2001): *Az egészségügyi menedzsment és gazdaságtan alapvonalai*. Pécsi Tudományegyetem. Pécs.

26. Borbás, I. – Kincses, Gy. (Szerk.) (2007): Egészségügyi rendszerek az Európai Unió régi tagállamaiban. Budapest, Eski. p. 127.

27. Borger, C. et al. (2006): Health Spending Projections Through 2015: Changes On The Horizon. Health Affairs 22 February. http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/25/2/w61 [2008.12.03.]

28. Boros Andrea (2005): Új tagországok – újabb egészségügyi rendszerek. *Egészségügyi gazdasági Szemle*. 42. évf. 6. szám, 36-44. old.

29. Botos József (2004): Egészségügyi reformok Nyugat-Európában. In: *Heller Farkas Füzetek*. 2 (2). p. 20-41.

30. Bugovics Elemér (2005): A fenntartható egészségügy, avagy az egészségügy kórtana. Budapest. Medicina, p. 413.

31. Busa Klára – Kóti Tamás – Tatay Tibor (2009): Javaslat az önkéntes egészségpénztári rendszer fejlesztésére. In: Pénzügyi Szemle 54.évf.1. sz. p. 172-183.

32. Busse, R. (2010): The German Health Care System. http://www.allhealth.org/briefingmaterials/CountryProfiles-FINAL-1163.pdf[2010.10.23]

33. Chiappori, P. A. – Gollier, C. (2006): Competitive failures in insurance markets: Theory and policy implications. Cambridge, MIT Press, VI, p.328.

34. Chikán, Attila (2003): *Vállalatgazdaságtan*. 3. átdolgozott kiadás, Budapest, AULA kiadó.

35. Coase, R. H. (1960/2004): A társadalmi költségek problémája. In: Coase, Ronald Harry: *A vállalat, a piac és a jog*. Fordította: Meszerics Tamás. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó.

36. Colombo, F. – Tapay, N. (2004): Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. OECD Health Working Papers, 15. szám.

37. Corens, D. (2007): Health System Review: Belgium. In: *Health Systems in Transition*,9. (2) p. 172.http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/96442/E90059.pdf[2010.10.24]

38. Costa-Font, J. – Jofre-Bonet, M. (2006): Are Private Health Insurance Subscribers Unsatisfied with the Spanish National Health System? In: *Geneva Papers on Risk and Insurance* 31. (4) p. 650

39. Costa-Font, J. – Rovira, J. (2005): Why some People Go Private and Others do Not: Supplementary Health Insurance in Spain. In: *Public Finance and Management* 5. (4). p.523-43.

40. Culyer , A. J. (1981): Health, Economics and Health Economics. In: van der Gaag J and Perlman M: Health, Economics and Health Economics. Amsterdam. p. 3-11.

41. Culyer, A. J. – Wagstaff, A. (1993): Equity and Equality in Health and Health Care. In: *Journal of Health Economics*, 12, p. 431-457.

42. Culyer, A. J. (1995): Need: The idea won't do--But we still need it. In: *Social Science &Medicine*, 40, p. 727-730.

43. Culyer, A. J. (1999): Egészségbiztosítás és egészségügyi szolgáltatások. Fordította: László Flóra. In: Csaba Iván-Tóth István György (szerk.): A jóléti állam politikai gazdaságtana. Budapest, Osiris, p. 298-316.

44. Cutler, D. M. – Gruber, J. (1996): Does Public Insurance Crowd out Private Insurances? In: *Quarterly Journal of Economics* CXI.

45. Cutler, D. M. – Zecckhauser, R. J. (2000): The anatomy of Health Economics. 1. A kötet, Amsterdam, Elsevier, 563-643.

46. Cutler, D. M. – Zeckhauser, R. J. (2004): Extending the Theory to Meet the Practice Of Insurance. Harvard, NBER Working Paper.

47. Csaba Iván (1990): Magánbiztosítás és társadalombiztosítás. *Esély*, 6. szám, p.21-37.

48. Csaba Iván (2007): A magyar egészségügy zöld könyve, 2006. Áttekintés és Kommentár. Kormányzás, Közpénzügyek, Szabályozás

49. Deppe, H. U. (1994): Németország egészségügyi ellátásának és egészségpolitikájának aktuális kérdései napjainkban. In: *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 32. (2)

50. Donkáné Verebes Éva – Oberfrank Ferenc (2006): ”Vigyázó szemetek...”: A magyar egészségbiztosítási változások. In: *Egészségügyi gazdasági szemle*, 44. évf. 4-5-6. sz. p. 22-29.

51. Helman, R. – Frostin, G. P. – EBRI (2006): Health Dissatisfaction With Health Care System Doubles Since 1998, EBRI Notes, November 2006, 27. (11) www.ebri.org, [02.05.2007]

52. Egészségügy az Európai Unióban In: *Egészségügyi Menedzsment*, 2. évf. 4. sz. p. 36-56.

53. ESKI (2010a): Ausztria. Tájékoztató országtanulmány. [2010.10.24] http://www.eski.hu/civiltajekoztatas/kepek/ho/anyagok/ausztria_szerkesztett_pdf.pdf

54. ESKI (2010b): Hollandia. Tájékoztató országtanulmány. http://www.eski.hu/civiltajekoztatas/kepek/ho/anyagok/hollandia2010.pdf [2010.10.24]

55. ESKI(2005): Franciaország. Tájékoztató országtanulmány. http://www.eski.hu/civiltajekoztatas/kepek/ho/anyagok/francia.pdf [2010.11.19]

56. ESKI (2010c): Spanyolország. Tájékoztató országtanulmány. http://www.eski.hu/civiltajekoztatas/kepek/ho/anyagok/spanyolorszag2010.pdf [2010.10.24]

57. ESKI (2008): Hatalmas járulékhátralékok a kötelező betegbiztosításba visszatérők körében – Németország. http://www.eski.hu/new3/kiadv/healthonline-pdf/2008/14-2008-11-11.pdf [2010.11.04.]

58. ESKI (20007): Magán egészségbiztosítás a nyugat-európai országokban. http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=269 [2007.03.01]

59. Fazekas István (szerk.)(2000): Bevezetés a matematikai statisztikába. Kossuth Egyetemi Kiadó, Debrecen. p.523.

60. Folland, S. – Goodman, A. – Stano, M. (2001): The economics of health and health care. Prenitence Hall. p. 141-163.

61. Füstös László – Meszéna György – Simonné Mosolygó Nóra (1986): A sokváltozós adatelemzés statisztikai módszerei. Akadémiai Kiadó. p. 526.

62. Gilly Gyula (2007): Az egészség reformja - tévutak és kiutak. In: *Nemzeti érdek. Társadalom, gazdaság, stratégia*, 1. évf. 2. szám. p. 119-147.

63. Grignon, M. – Kambia - Chopin, B. (2009): Income and the demand for complementary health income in France. In: *Working paper IRDES*.http://irdes.fr/espaceanglais/publications/workingpapers/dt24incomedemandco

mplementhealthinsurancefrance.pdf [2010.08.27]

64. Gulácsi László – Oesterle, August (2008): A magánbiztosítás szerepe Ausztriában – egészségügy. In: *Egészségügyi gazdasági szemle*. 46. évf. 2. sz. p. 13-15.

65. Gulácsi László et al. (2007): Verseny az egészségügyben: Egyesült államokbeli és nyugat-európai példák. In: *Közgazdasági szemle*, 54. évf. 5. sz. p. 481-498.

66. Harmat György – Czárán Erzsébet (2005/06): Merre tovább európai egészségügy? In: *Egészségügyi gazdasági szemle*, 2005. 43. évf. 6. sz. / 2006. 44. évf. 1. sz. p. 19-24.

67. Hauck, K. – Shaw, R. – Smith, P. (2002): Reducing avoidable inequalities in health: a new crietrion for setting health care capitation payments. In: *Health Economics*, 11, p. 667-677.

68. Heltai, E. – Tarjányi, J (1999): A szociológiai interjú (mélyinterjú) készítése. Online: http://adatfelvetel.hu/modszertan/interju.pdf

69. Hermesse, J. – Lewalle, H. – Palm, W. (1992): La protection privee contre le risque de maladie dans la communauté europpéenne. Brussels.

70. Hofmarcher, M. – Rack, H. (2001): Health care system in transition: Austria. Copenhagen, *European Observatory on Health Care Systems.*

71. Hunyadi László – Vita László (2005): *Statisztika Közgazdászoknak*. KSH Budapest. p. 770.

72. Hsiao, W. – Heller, P. (2007): What Should Macroeconomists Know About Health Policy? In: *IMF Working Paper*. WP/07613. International Monetary Fund

73. Janky Béla (2000): Az egészségbiztosítás lehetséges reformja és a közvélemény. TÁRKI. http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/a418.pdf[2010.07.29]

74. Jofre-Bonet, M. (2000): Public Health Care and Private Insurance Demand: The Waiting Time as a Link. In: *Health Care Management Science*, 3. évf. 1. szám p. 51-71.

75. Kameniczky István (2002): Mi tartozzon az alapvető szolgáltatások csomagjába? In: *Egészségügyi Menedzsment*, 4. évf. 2. sz. p. 48-50.

76. Karsai Ákos (2004): Az önkéntes kiegészítő egészségpénztárak szerepe és lehetősége a hazai egészségügyben. BGF KKFK szakdolgozat.

77. Kerleau, M. – Fretel, A. – Hirtzlin, I. (2009): Regulating Private Insurance in France: New Challenges for Employer- based Complementary Health Insurance. In: *CES Working Papers*. http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/42/39/31/PDF/09056.pdf[2010.11.24]

78. Kincses Gyula (2002): A „köz”és a „magán” új együttélése az egészségügyben. Praxis Server Egészségügyi Tanácsadó Kft. Budapest.

79. Kincses Gyula (2000): A keresleti oldal élénkítésének lehetősége az egészségügyi magánszolgáltatások piacán: A magánfinanszírozás kérdései az egészségügyben In: *Egészségügyi gazdasági szemle*,. 38. évf. 5. sz. p. 483-492.

80. Kincses Gyula (1999): Egészség-gazdaság? Praxis Server Egészségügyi Tanácsadó Kft. Budapest.

81. Klazinga, N. (2010): The Dutch Health Care System.http://www.allhealth.org/briefingmaterials/CountryProfiles-FINAL-1163.pdf[2010.10.23]

82. Kornai János (1998a): *Az egészségügy reformjáról*, Budapest, KJK.

83. Kornai János (1998b): Ajánlások a magyarországi egészségügyi reformhoz. In: *Kritika*, 10. szám 1-9.

84. Kornai, J. – Eggleston, K. (2001): *Welfare, choice, and solidarity in transition: Reforming the health sector in Eastern Europe.* Cambridge. Cambridge University Press, XIII, p.365.

85. Kornai János (2007): Kávé és tea. In: Népszabadság, október 22.

86. Kóti Tamás - Szabó Boróka (2003): A kiegészítő egészségbiztosítások helye, szerepe a hazai betegellátásban. In: *Egészségügyi Menedzsment*, 5. évf. 3. sz. p. 53-56.

87. Kóti Tamás (2008): Javaslat az Önkéntes Pénztári rendszer fejlesztésére. Kézirat.

88. Kovács Lajos (2004): Egészségbiztosítási rendszerek jövőképe az unióban. In: *EU-tanulmányok*. Budapest. p. 749-770.

89. Köves Pál – Párniczky Gábor (1981): Általános statisztika. KJK, Budapest. p. 301-310.

90. Lear, J. – Mossialos, E. (2008a): EU law and health policy in Europe. In: *Euro Observer*. Vol.10. Number 3. http://build.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/80339/EuroObserver_Autumn2008.pdf#page=5. [2010-08-07]

91. Lear, J. – Mossialos, E. (2008b): Competition law and health services. In: *Euro Observer*. Vol.10. Number 3. http://build.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/80339/EuroObserver_Autumn2008.pdf#page=5. [2010-08-07]

92. Le Grand, J (1999): *A kormányzati kudarcok elmélete*. In: Csaba Iván – Tóth István Gy. (szerk.) A jóléti állam politikai gazdaságtana. Budapest, Osiris Kiadó.

93. Lewalle, H. (2006): *A look at pivate health care insurance in the European Union.* In: Revue Francaise des Affaires Sociales. Vol. 6. p.133-157.

94. Lee, K. – Mills, A. (1983): Developing countries, health and health economics. In: The Economics of Health in Developing Countries. Oxford Medical Publication. p.1-23.

95. Lencsés Katalin (2007): Mi várható az európai biztosítási piac szabályozásában 2007-ben. In: *Biztosítási Szemle*

96. Lengyel Balázs (2000): Az egészségbiztosítás koordinációja az Európai Unióban In: *Egészségügyi Menedzsment*, 2. évf. 5. sz. p. 74-75.

97. Lengyel Balázs (2003a): Az egészségbiztosítást érintő magyar és közösségi jogszabályok változása. In: *Egészségügyi Menedzsment*, 5. évf. 6. sz. p. 30-33.

98. Lengyel Balázs (2003b): Az Európai Unió szociális biztonságra vonatkozó szabályozása, különös tekintettel az egészségbiztosításra és egyes ellátásaira. In: *Egészségügyi gazdasági szemle*. 41. évf. 3. sz. p. 5-10.

99. Lincoln, Y. S. – Guba, E. G. (1985): *Naturalistic Inquiry*. Thousand Oaks, CA, Sage.

100. Mabbet, D. (2000): Social regulation and the social dimension in Europe: the example of insurance. In: European Journal of Security. 2. (3) p. 241-257.

101. Majoros Pál (2004): *A kutatásmódszertan alapjai*. Perfekt.

102. Manning, W. G. et al. (1987): Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomsized experiment. In: *American Economic Review*, 77. évfolyam, 3. szám, p. 251-277.

103. Maarse, H. – Bartholomée, Y. (2007): A public–private Analysis of the New Dutch Health Insurance System. In: *The European Journal of Health Economics*, 8.(1) p.77-82.

104. Matits Ágnes (2005): Az önkéntes pénztárak helyzete és jelentősége. In: *Hitelintézeti szemle*, 4. évf. 4. sz. p. 1-16.

105. Mattoo, A. – Rathindran, R. (2006): How Health Insurance Inhibits trade in Health Care. In: Health affairs. 25. (2) p. 358-379.

106. Maynard, Alan – Dixon, Anna (2006): Private health insurance and medical savings accounts: theory and experience. http://www.oecd.org/dataoecd/34/56/33698043.pdf[03.02.2007]

107. Messy, F. A. (2006): Medical malpractice: Prevention, insurance and coverage options. Paris: OECD 82 p. Policy issues in insurance (11)

108. McDaid, D.– Wiley, M. – Maresso, A. – Mossialos, E. (2009): Ireland: Health system review. In: *Health Systems in Transition*, 11 (4) p. 1–268.

109. Meza de D. (1983): Health Insurance and the Demand for Medical Care. In: *Journal of Health Economics*. p. 47-54.

110. Mihályi Péter (2002): Az egészségügyi előtakarékossági számlák rendszere - nemzetközi tapasztalatok. In: *Egészségügyi gazdasági szemle*, 40. évf. 5. sz. p. 525-530.

111. Mihályi Péter (2002): Az egészségügyi és egészségbiztosítási piacok sajátos vonásai. In: *Egészségügyi gazdasági szemle*, 40. évf. 5. sz. p. 509-524.

112. Mihályi Péter (2003): Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába. Veszprém, Veszprémi Egyetemi Kiadó.

113. Mihályi Péter (2007): *Health insurance reform in Hungary*. Budapest, Europe Ltd. p. 204.

114. Mihályi Péter (2000): *Magyar egészségügy: Diagnózis és terápia*. Budapest, Springer. p. 231.

115. Mogyorósy Zsolt (2002): Egészség – gazdaságtan és az egészségügy közgazdaságtana. http://www.vitalitas.hu/olvasosarok/online/eumen/2002/2/gazdas.htm. [2007.02.19.]

116. Molnár Angéla (2002): Az egészségügyi rendszerek finanszírozási és jogi aspektusai. In: *Egészségügyi gazdasági szemle*. 40. évf. 5. sz. p. 553-565.

117. Mossialos, E. (2002): Voluntary Health Insurance in the European Union: A Critical Assessment. In: *International Journal of Health Services*, vol. 32. no. 1. p. 19-88.

118. Mossialos, E. – Thomson, S. (2004): *Voluntary health insurance in the European Union*. Copenhagen: World Health Organisation.

119. Mossialos, E. – Dixon A. – Figueras, J. – Kutzin, J. (eds) (2002): *Funding health care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press.

120. Mossialos, E. – McKee M. (2002): *The influence of EU Law on the social character of health care systems*. Brussels: P.I.E. Peter Lang.

121. Mossialos, E. – Thomson S. (2003a): Access to health care in the European Union. In: Gulliford, M. - Morgan, M. (eds) *Access to health care*, London: Rutledge.

122. Mossialos, E. – Thomson, S. (2003b): Voluntary Health Insurance in the European Union: Report prepared for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission. London School of Economics and Political Science.

123. Nagy Balázs – Dózsa Csaba (2005): Az egészségbiztosítás. In: *Egészség-gazdaságtan.* Szerkesztette: Gulácsi László. Medicina könyvkiadó. Budapest. p. 309 – 347.

124. Nagy József (2005): Osztrák tapasztalatok: a kiegészítő magánbiztosítás bevezetésének egészségpolitikai megfontolásai. In: *Egészségügyi gazdasági Szemle*. 42. évf. 2. szám, 32-37. old.

125. Nemec, J. (2000): Példák piaci és kormányzati kudarcokra az egészségügyben, In: Nemec Wright (szerk.) Közösségi pénzügyek. Aula Kiadó, Bp. 2000 103. p.

126. Németh György (2007): Az egészségbiztosítási rendszerekről - nemzetközi összehasonlításban I. In: *Egészségügyi gazdasági szemle*, 45. évf. 5-6. sz. p. 2-19.

127. Németh György (2006): Szlovákia- a reformok közben vagy élén? – 1. rész. *Egészségügyi gazdasági Szemle*. 43. évf. 4. szám, 22-29. old.

128. Németh György (2003a): A co-payment I. In: *Egészségügyi gazdasági szemle*, 41. évf. 1-2. sz. p. 88-95.

129. Németh György (2003b): A co-payment II.: Az Európai Unió országai. In: *Egészségügyi gazdasági szemle*, 41. évf. 3. sz. p. 45-60.

130. Németh György (2003c): Egészségpénztárak Magyarországon, 1. rész. In: *Egészségügyi gazdasági szemle*, 41. évf. 6. sz. p. 39-46.

131. Németh György (2004a): Egészségpénztárak Magyarországon, 2. rész. In: *Egészségügyi gazdasági szemle*, 42. évf. 1. sz. p. 38-43.

132. Németh György (2004): Egészségpénztárak Magyarországon, 3. rész. In: *Egészségügyi gazdasági szemle*, 42. évf. 2. sz. p. 39-46.

133. Nemeth, K. (2001): European insurance law: a single insurance market? EUI Working Paper LAW No. 2001/4. Florence. European University Institute.

134. Népegészségtan (2001): Szerkesztette: Balázs Péter. Budapest, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar

135. Newhause, J. P. (1994): Creamskimming, assymetric information, and a competitice insurance market. In: *Journal of Heath Economics*. 3. (1)

136. Novák Imre (2006): Társadalombiztosítás – magánbiztosítás. In: *Biztosítási szemle*. 52. évf. 9. sz. p. 36-45.

137. Oliver, A. – Mossialos, E. (2005): Health System Reform in Europe: looking back to see forward? In: *Journal of Health Policy Politics and Law*. 30 (1-2) p. 7-28.

138. Oesterle, August et al. (2008): A magánbiztosítás szerepe az ausztriai egészségügyben. In: Köz-gazdaság. 3. évf. 2. sz. p. 97-101.

139. Orosz Éva (2008): Globális és hazai egészségügyi kihívások és egészségpolitikai törekvések a XXI. század elején. In: Globális kihívások, Millenniumi Fejlesztési Célok és Magyarország. ENSZ Akadémia 2008. Magyar ENSZ Társaság. p. 89-115.

140. Orosz Éva (2007): Mitoszfoszlatás – Magyar egészségügy: mi várható és mi nem az üzleti biztosítóktól. Népszabadság. 2007. március 3.

141. Orosz Éva (2001): *Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái*. Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest. p. 330.

142. Orosz Éva (1992): Egészségügyi rendszerek és reformtörekvések. Budapest.

143. Paccagnella, O. – Rebba, V. – Weber, G. (2005): Voluntary Private Health Insurance Among the Over Fifties: A Comparative Analysis of SHARE Data. 1. SHARE-ELSA-HRS User Conference. 26-28 September 2005, Lund, Sweden.

144. Paolucci, F. et al. (2007): Supplementary Health Insurance as a Tool for Risk-Selection in Mandatory Basic Health Insurance Markets.In: Health Economics, Policy and Law 2.(2) p. 173-92.

145. Pedersen, K. M. (2005): Voluntary Supplementary Health Insurance in Denmark. In: *Public Finance and Management* 5, (4) p.544-566.

146. Pereira, J. (1993): What does equity in health mean? In: *Journal of Social Policy*, 22, p. 19-48.

147. Péteri János (2005): Gondolatok az egészségügyi célú kiadások magánfinanszírozásáról. Kézirat.

148. Phelps, C. E. (1995): Perspectives in health economics, Health Econ. 4. (5) p. 335-353.

149. Preker, A. S. – Harding, A. (2005): Állami és magánszerepek gazdaságtana az egészségügyben – az intézményi közgazdaságtan és a szervezetelmélet szemszögéből. In: Kormányzás, Közpénzügyek, Szabályozás. 1. évf. 1. sz. p. 4-32.

150. Prónai Borbála (2005): Egészségbiztosításunk kialakulása, szolgáltatásainak fejlődése I. In: *Egészségügyi gazdasági szemle*. 43. évf. 3. sz. p. 52-57.

151. Prónai Borbála (2005): Egészségbiztosításunk kialakulása, szolgáltatásaink fejlődése II. In: *Egészségügyi gazdasági szemle*. 43. évf. 4. sz. p. 5-13.

152. Prónai Borbála (2000): Változások a magyar egészségbiztosítási rendszerben. In: *Egészségügyi gazdasági szemle*. 38. évf. 5. sz. p. 505-511.

153. Reimann József – Tóth Julianna (2008): Valószínűség számítás és matematikai statisztika Nemzeti tankönyvkiadó. p.269.

154. Relman, A. S. (2002): For-Profit Health Care: Expensive, Inefficient and Inequitable, A Presentation to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technologie. www.healthcoalition.ca [01.04.2007]

155. Rékassy Balázs (2006): Magán és kiegészítő egészségbiztosítások lehetőségei Magyarországon. Budapest. ESKI. www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2006/magan_biztositasok.pdf [2009. 08.07]

156. Leidl, R (2008): A Model to Decompose the Performance of Supplementary Private Health Insurance Markets. In: *International Journal of Health Care Finance and Economics* 8. (3) p. 193.

157. Rice N. – Smith P. (2001): Capitation and Risk Adjustmnet in Health care Financing. *The Milbank Quarterly*, 79 (1) p. 81-113.

158. Roberts, J. M. – Hsao, W. – Reich, M. – Berman, P. (1998): Diagnostic Approaches to Assessing Strength, Weaknesses, and Change of Health Systems. Washington DC: Harvard University, Economic Development Institute of the World Bank.

159. Rodríguez, M. – Stoyanova, A. (2008): Changes in the Demand for Private Medical Insurance Following a Shift in Tax Incentives. In: *Health economics*17.(2) p.185-202.

160. Rodríguez, M. (2001): Voluntary health insurance in Spain: a study for the European Comission. Barcelona, University of Barcelona.

161. Saliba, B. – Ventelou, B. (2007): Complementary Health Insurance in France. Who Pays? Why? Who Will Suffer from Public Disengagement? In: *Health Policy*, 81. (2-3) p. 166-182.

162. Schlesinger, M. – Hacker, J. S. (2007): The „new" Medicare as a Route to halth security. In: Journal of Health Politics, Policy and Law. 32. (2) p. 247-291.

163. Seidman, I (2002): *Az interjú, mint kvalitatív kutatási módszer.* Műszaki Könyvkiadó, Budapest.

164. Silverman, D (2000): *Doing qualitative research*. Sage. London.

165. Sinkó Eszter – Gaál Péter (2007): Új egészségügyi modell? In: *Nemzeti érdek.* 1. évf. 3. sz. p. 15-25.

166. Sinkó Eszter (2008): Hungarian case study : Lessons from Eastern Europe for new members of the European Union. In: *Intereconomics*. 43. évf. 4. szám p. 212-218.

167. Schneider Klára (2001): *Biztosítás gazdaságtana*. JATE PRESS.

168. Strauss, A – Corbin, J (1998): *Basics of Qualitative Research*. Sage Publications, Thousand Oaks CA.

169. Stiglitz, J. E.(2000): *A kormányzati szektor gazdaságtana*. Budapest. KJK Kerszöv

170. Szabó Alexandra – Gilly Gyula (2003): Több biztosító jelenléte az egészségbiztosításban, az egészségügyi piac kudarca tükrében. In: *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 42. évf. 1 szám. p. 51-61.

171. Szalai Ákos (2007): Jog és közgazdaságtan: az egészségbiztosítás jogintézményei. Társaság Műhelytanulmányai. 1. szám.
www. szazadveg.hu/kiado/szveg/47szalai.pdf. [2008.10.03]

172. Szelényi László (2002): Többváltozós gazdasági problémák statisztikai elemzése. Főkomponens analízis. p. 405-447. In: Szűcs I. (szerk.) Alkalmazott statisztika. Budapest, *Agroinform Kiadó*, 551 p.

173. Székely Mária – Barna Ildikó (2008): *Túlélőkészlet az SPSS-hez.* Többváltozós elemzési technikákról társadalomkutatók számára. Typotex. p. 40-108.

174. Szirmai László – Vittay Pál (2007): Az önkéntes egészségbiztosítás helyzete az Európai Unió tagállamaiban. ESKI.

175. Thomson, S. – Mossialos, E. (2008): Internal market rules and regulation of private health insurance: threat or opportunity? In: *Euro Observer*. Vol.10. Number 3. http://build.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/80339/EuroObserver_Autumn2008.pdf#page=5. [2010-08-07]

176. Thomson, S. – Mossialos, E. – McKee, M. – Nolte, E. – Allin, S. (2004): Health and health systems in the new member states of the European Union. Institut des Sciences de la Santé.

177. Thomson, S. – Mossialos E. (2007): Regulating private health insurance in the European Union: The implications of single market legislation and competition policy. In: *Journal of European Integration* 29 (1) p. 89-107.

178. Thomson, S. – Mossialos, E. (2004): The regulatory framework for voluntary health insurance in the European Union: Implications for accession countries. In: *Health and accession*. Edited by den Exter, A. Erasmus University.

179. Thomson, S. – Mossialos, E.(2006): Choice of public or private health insurance: learning from the experience of Germany and the Netherlands. In: *Journal of European Social Policy* 16 (4) p. 315-327.

180. Thomson, S. – Busse, R. – Mossialos, E. (2002): *Low demand for substitutive voluntary health insurance in Germany. In: CMJ. 43 (4). p.425-432.* http://www.cmj.hr/2002/43/4/12187520.pdf[2010.10.21.]

181. Tomcsányi Pál (2000): Általános kutatásmódszertan. *OMMI, Budapest*, 473 p.

182. Turquet, P. (2004): A stronger role for the private sector in France's health insurance? In: *International Social Security Review* 57 (4) p.67-89.

183. Zweifel, P. – Manning, W. G. (2000): Moral hazard and consumer incentives in health care. In Culyer, A. J. – Newhouse, J. P. (szerk.) Handbook of Health Economics. 1.kötet, Amsterdam, Elsevie, 490- 458.

184. Zweifel, P. – Breyer, F. (1996): *Health Economics*. Oxford University Press, Oxford

185. Williams, A. – Cookson, R. (2000): Equity in Health. In: Culyer A. J. and Newhouse J. P. (Eds.), Handbook of Health Economics p. 1864-1910. Elsevier Science.

186. Wörz, M. – Foubister, Th. – Busse, R. (2006): Access to health care in the EU Member States, Euro Observer, 8, (2) p. 1-4.

Előadások:

1. Dózsa Csaba (2006): A magyar egészségügyi és egészségbiztosítási rendszer reformja. Elhangzott: 2006. november 16.

2. Gál Erzsébet (2008): A biztosítási piac és annak szereplői. Elhangzott: Miskolci Egyetem Gazdaságtudományi Kar. 2008. szeptember 8.

3. Pinke Ildikó (2007): Egészségbiztosítás a reform közepén. Elhangzott: 2007. június 8.

4. Pulay Gyula (2010): Az egészségügyi rendszerek jellemzői. Elhangzott: 2010. június 16

5. Perraudin, C. – F. Jusot – Wittwer, J. (2010): Determinants of Complementary Health Insurance in France: The predeterminant role of the level of income. 2010. 07. 7-10. ECHE. Helsinki, Finnország. http://eche2010.abstractsubmit.org/presentations/619/

Felhasznált dokumentumok:

Intézményi dokumentumok:

1. PSZÁF - Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete http://www.pszaf.hu/data/cms1744443/riskoutlook_0905.pdf

2. CIA The World Factcbook (2010): https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/uy.html

3. LSE – London School of Economics and Political Science (2008): Research and Expertise www.lse.ac.uk

4. MABISZ – Magyar Biztosítók Szövetsége (2008): www.mabisz.hu

5. NHS – National Health Service (2008): Accessing healthcare in Switzerland. www.nhs.uk

6. ESKI – Egészségügyi Rendszertudományi Iroda. www.eski.hu

7. EUM (2007) – Egészségügyi Minisztérium. A biztosítási piac megnyitása. (Szakmai vitaanyag). www.eum.hu

8. EBF– Egészségbiztosítási Felügyelet (2009) www.ebf.hu

9. KSH

10. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/structural_indicators/indicators/economical_context

Testületi dokumentumok:

1. OECD (2011) Health Data. http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html

2. OECD (2003) Health Data 2003, 3rd Edition

3. EUROPA (2007): Az Európai Unió dokumentumai. Az egészségügy zöld könyve. www.europa.eu.

4. WHO – Health System in Transition. www.eour.who.int.

5. WHO (2007) Healthcare in Switzerland. http://www.swissnetwork.com/?page=PrintArticled=86, [30.04.2007]

6. OECD (2004) Health Care Systems in Transition Germany

7. EUPHA (2008) European Observatory on Health Systems and Policies. HiT country Profiles. www.euro.who.int

8. MÖESZ (2007) Magyar Önkéntes Pénztárak Szövetsége www.penztarszovetseg.eu [2009.07.27]

9. MÖESZ (2009) - Magyar Önkéntes Pénztárak Szövetsége sajtóközlemények. www.penztarszovetseg.eu [2009.07.27]

10. Stabilitás Pénztárszövetség (2009) Évkönyv. www.stabilitas.hu

11. CEA (2011) www.cea.eu

Jogszabályok, rendeletek direktívák:

1998. évi XXXIX. törvény a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak és a társadalombiztosítás szerveinek állami felügyeletéről

1993. évi XCVI törvény az Önkéntes Kölcsönös Biztosító Pénztárakról, és az azt módosító 1996.évi XV. törvény. A törvény meghatározza a pénztárak alapításának feltételeit, a működésük alapelveit, a lehetséges pénztári tevékenységeket, előírásokat fogalmaz meg az alapszabály, a gazdálkodási terv tartalmára, a pénztár gazdálkodására és a pénztár szervezetére, valamint szabályozza a pénztárak felügyeletét.

1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

2006. évi CXVI. törvény az egészségbiztosítás hatósági felügyeletéről

268/1997 (XII. 22.) Kormányrendelet az önkéntes kölcsönös egészség- és önsegélyező pénztárak egyes gazdálkodási szabályairól. A kormányrendelet előírásokat tartalmaz a pénztári vagyonkezelésre (befektetések és likviditás), a gazdálkodása, és biztosításmatematikai feladatokra.

252/2000. (XII. 24.) Kormányrendelet az önkéntes kölcsönös egészség- és önsegélyező pénztárak beszámoló készítési és könyvvezetési kötelezettségének sajátosságairól. A kormányrendelet tartalmazza a pénztár beszámolási és számviteli rendszerére vonatkozó részletes szabályokat.

263/2003. (XII. 24.) Kormányrendelet az önkéntes kölcsönös egészség- és önsegélyező pénztárak által finanszírozható szolgáltatásokról. A rendelet tartalmazza pénztártagság keretében igénybe vehető szolgáltatásokat és az elszámolható adókedvezmények körét.

264/2005. (XII.14) Kormányrendelet az önkéntes kölcsönös egészség- és önsegélyző pénztárak által finanszírozható szolgáltatásokról szóló 263/2003. (XII. 24.) Kormányrendelet módosításáról

367/2007. (XII.23) Kormányrendelet az önkéntes kölcsönös egészség- és önsegélyző pénztárak egyes gazdálkodási szabályairól szóló 268/1997 (XII. 22.) Kormányrendelet módosításáról

2007. évi CXXXV. törvény a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéről

A Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletének útmutatásai.

A pénztárak alapszabályában megjelenő elvek és szempontok.

Az 1995. évi személyi jövedelemadóról szóló CXVII. törvény

2006/C 146/01. Közös értékek és alapelvek az Európai Unió egészségügyi rendszereiben http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:HU:PDF [2010. 08. 05]

1995. évi XCVI. törvény a biztosítóintézetekről és a biztosítási tevékenységről

EC. Council Directive 92/49/EEC of 18 June 1992 on the coordination of laws,regulations and administrative provisions relating to direct insurance other than life assurance and amending Directives 73/239/EEC and 88/357/EEC. OJEC. L228. p 1-23.

2002/83/EK . Life assurance and non-life insurance
http://ec.europa.eu/internal_market/insurance/life-nonlife_en.htm

M 2. ÁBRAJEGYZÉK

1. SZ. ÁBRA: AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁS ÉS FINANSZÍROZÁS SÉMÁJA 24

2. SZ. ÁBRA AZ EGÉSZSÉGÜGYI FORRÁSOK MEGOSZLÁSA 30

3. SZ. ÁBRA: A FRANCIA LAKOSSÁG MEGOSZLÁSA A PÓTLÓ ÉS KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁST ..... VÁSÁRLÓK SZÁZALÉKÁBAN 48

4. SZ. ÁBRA: A MAGÁN ÉS KÖZFINANSZÍROZÁS MAGYARORSZÁGON 53

5. SZ. ÁBRA: AZ EGÉSZSÉGET BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK 62

6. SZ. ÁBRA: KLASZTERKÉPZÉSI ELJÁRÁSOK 67

7. SZ. ÁBRA: CENTROID MÓDSZER ESETÉN A KLASZTEREK TÁVOLSÁGA 68

8. SZ. ÁBRA: MINKOWSZKI TÁVOLSÁG 68

9. SZ. ÁBRA: PEARSON FÉLE ÉS A CRAMER FÉLE MUTATÓ 69

10. SZ. ÁBRA: AZ ELSŐ FŐKOMPONENS ÉRTÉKEI 83

11. SZ. ÁBRA: A MÁSODIK FŐKOMPONENS ÉRTÉKEI 84

12. SZ. ÁBRA: EGÉSZSÉGI TERHELÉSEK A VIZSGÁLT ORSZÁGOKBAN 85

13. SZ. ÁBRA: A KLASZTEREK 86

14. SZ. ÁBRA: EGÉSZSÉGÜGYI-SZOCIÁLIS ÁLLAPOTOK A VIZSGÁLT ORSZÁGOKBAN, 2008 91

15. SZ. ÁBRA: ELSŐ FŐKOMPONENS 92

16. SZ. ÁBRA: MÁSODIK FŐKOMPONENS 93

17. SZ. ÁBRA: KLASZTERANALÍZIS (CERTOID) 94

18. SZ. ÁBRA: EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK MEGOSZLÁSAI ORSZÁGONKÉNT, 2008 95

19. SZ. ÁBRA: PRIVÁT BIZTOSÍTÁSI ARÁNYOK 96

20. SZ.. ÁBRA: A HÁZTARTÁSOK KÖZVETLEN FINANSZÍROZÁSÁNAK ARÁNYAI (%) 98

21. SZ. ÁBRA: A HÁZTARTÁSOK KÖZVETLEN FINANSZÍROZÁSI ARÁNYAI (%) 101

22. SZ. ÁBRA: A TAGLÉTSZÁM ALAKULÁSA AZ ÖNKÉNTES NYUGDÍJ ÉS EGÉSZSÉGPÉNZTÁRAKNÁL, 1998-2009 106

23. SZ. ÁBRA: A MUNKÁLTATÓI HOZZÁJÁRULÁSOK ARÁNYA 107

24. SZ. ÁBRA: AZ ELSŐDLEGES BEVÉTELEK MEGOSZLÁSA 2009.ÉV ELSŐ ÉS A NEGYEDIK NEGYEDÉVBEN 108

M 3. TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. SZ. TÁBLÁZAT: KONTINGENCIA TÁBLA 69

2. SZ. TÁBLÁZAT: A MÉLYINTERJÚS KUTATÁS ALANYAI 72

3. SZ. TÁBLÁZAT: ALAPADATOK, 2008 78

4. SZ. TÁBLÁZAT: STANDARDIZÁLT ALAPADATOK, 2008 79

5. SZ. TÁBLÁZAT: KORRELÁCIÓS MÁTRIX (S) 80

6. SZ. TÁBLÁZAT: SAJÁTÉRTÉKEK ÉS VARIANCIÁJUK 80

7. SZ. TÁBLÁZAT: KOMMUNALITÁSOK ÉRTÉKEI 81

8. SZ. TÁBLÁZAT: AZ EREDETI VÁLTOZÓK KAPCSOLATA A FŐKOMPONENSEKKEL 82

9. SZ. TÁBLÁZAT: EGÉSZSÉGÜGYI-SZOCIÁLIS RENDSZER MÉRŐSZÁMAI ..... EGYES EURÓPAI UNIÓS ORSZÁGOKBAN, 2008 88

10. SZ. TÁBLÁZAT: KORRELÁCIÓS MÁTRIX 88

11. SZ. TÁBLÁZAT: SAJÁTÉRTÉKEK 89

12. SZ. TÁBLÁZAT: KOMMUNALITÁSOK 90

13. SZ. TÁBLÁZAT: AZ EREDETI VÁLTOZÓK KAPCSOLATA A FŐKOMPONENSEKKEL 90

14. SZ. TÁBLÁZAT: REGRESSZIÓS EREDMÉNYEK 99

15. SZ. TÁBLÁZAT: AZ ÜZLETI BIZTOSÍTÓK ÁLTAL AJÁNLOTT ÖNÁLLÓAN KÖTHETŐ ..... BIZTOSÍTÁSI TERMÉKEK 118

16. SZ.: A BIZTOSÍTÓK BRUTTÓ DÍJBEVÉTELEINEK ALAKULÁSA (MILLIÓ FORINT) 121

M 4. A BUPA MAGÁNBIZTOSÍTÓ PÉLDÁJA

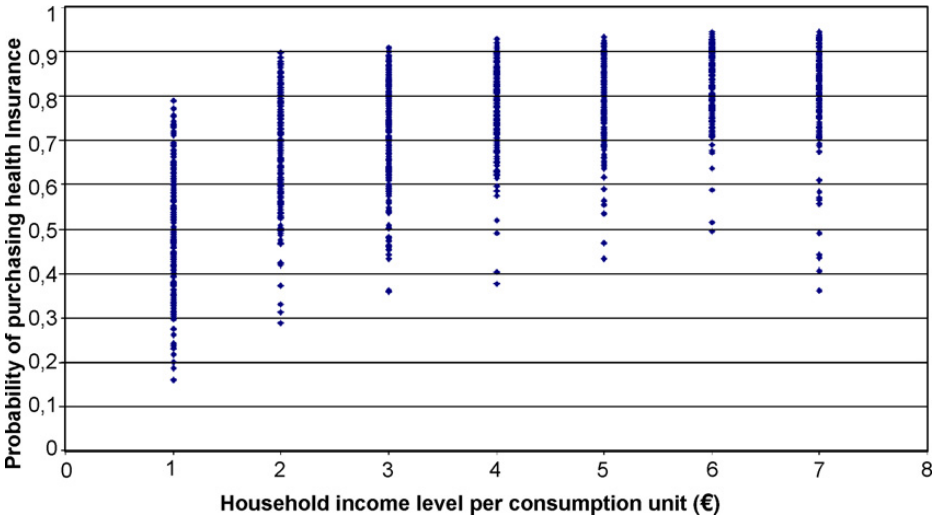
Az írországi BUPA, amely a VHI (voluntary helath insurance) Healthcare legnagyobb riválisa felhasználva azt a bizonytalanságot, ami a részleges és teljes alternatíva (complete or partial) értelmezésében rejlik beperelte az ír szabályozást az Európai Bíróság előtt. A BUPA azzal érvelt, hogy a kockázatkiegyenlítési rendszer valójában segítség a VHI-nek, amelynek profilját az idősebbek képezik, így a kockázatkiegyenlítés nettó nyertese a VHI. Továbbá, hogy a szélesebb körű szabályzókeret ellentmond a közösségi irányelvnek és nem igazolható a közjó elvével, mert Írországban a magánbiztosítás nem az általános gazdasági érdek szolgálatában áll, valamint nem jelent teljes vagy részleges alternatívát az állami egészségbiztosításra.

2008-ban az európai Bíróság elutasította a BUPA érvelését. úgy találta, hogy a magánbiztosítás az általános gazdasági érdek szolgálatában áll. Azért, mert az ír kormány annak tekinti, továbbá azért, mert a magánbiztosítást szabályozó keret is alátámasztotta a kormány érvelését, hiszen az egészségügyi rendszer második pillérének tekinti. Ezt a tényt az Európai Bizottság nem kérdőjelezheti meg. Az a tény, hogy ez a típusú biztosítás a piac felét lefedi elég alapot szolgáltatott a Bíróságnak, hogy a rivális BUPA keresetét elutasítsa.

A döntés olyan szempontból is érdekes, hogy egy év elteltével az Európai Bizottság pert indított Szlovénia és Belgium ellen. Az alap Belgium tekintetében a biztosítókkal való különböző elbánás volt, míg Szlovéniával szemben az anyagi szabályozás és a kockázatkiegyenlítési mechanizmust találták jogsértőnek. A szlovéneknél a kiegészítő biztosítási piacot, amely tulajdonképpen lefedi a co-paymentet, nem találták sem részlegesnek, sem teljes alternatívának az állami egészségügyi rendszernek. A szlovén kiegészítő biztosítási piac a lakosság mintegy 70%-át fedi le, és az egészségügyi rendszer második pillérének is tekintette a szlovén kormány, a BUPA eset után kifogásolható.

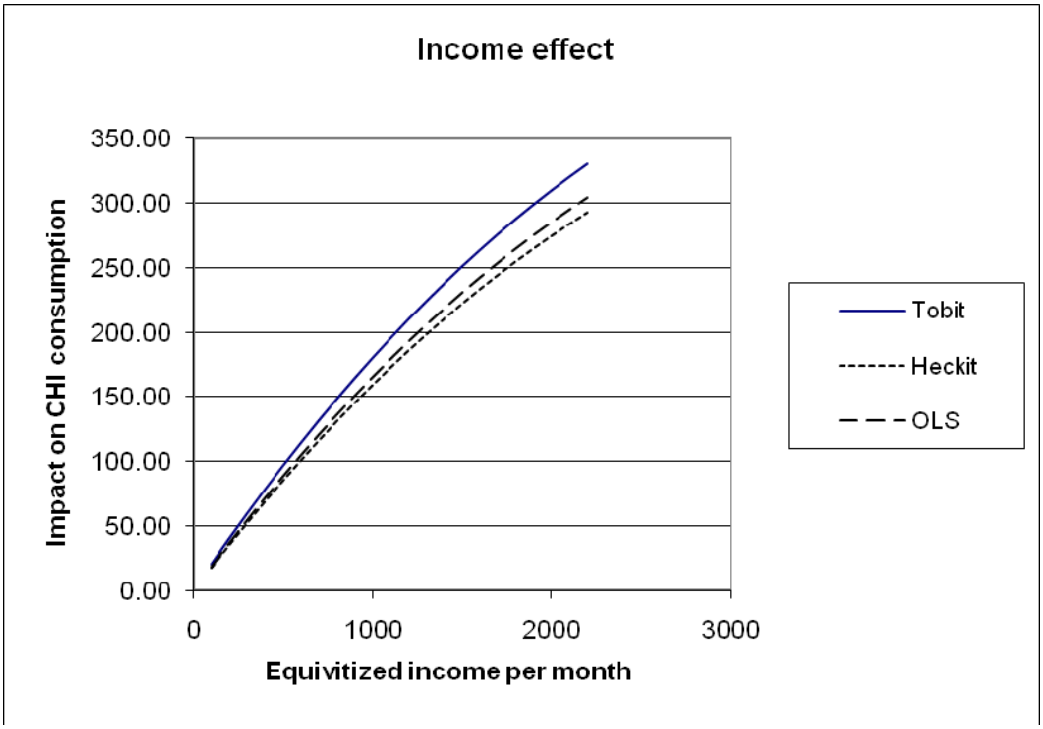
A belga jogeset után az Európai Bizottság hivatalosan is megerősítette, hogy a kormányoknak nehéz igazolniuk a biztosítottakkal fiskális vagy egyéb formában történő különböző elbánást.

M 5. MAGÁNBIZTOSÍTÁS VÁSÁRLÁSÁNAK VALÓSZÍNŰSÉGE



Forrás: Saliba és Ventelou (2007) kutatásai alapján

M 6. KAPCSOLAT A TÁMOGATOTTSÁG ÉS A MAGÁNBIZTOSÍTÁS VÁSÁRLÁSÁNAK VALÓSZÍNŰSÉGE KÖZÖTT



Forrás: Grignon et al. (2009)

M 7. AZ EGÉSZSÉGPÉNZTÁRAK MŰKÖDÉSI ALAPELVEI

Önkormányzati működés: A pénztárra vonatkozó alapvető döntések meghozatalára kizárólag a pénztártagok jogosultak. A döntés meghozatala során a pénztártagok azonos jogokkal rendelkeznek.

Zárt gazdálkodás elve: A pénztár gazdálkodása kizárólag csak az alapszabályban meghatározott szolgáltatások szervezésére és teljesítésére irányul. A pénztár gazdálkodásához alapokat képez, és a tagok részére egyéni számlát vezet. A pénztár szolgáltatásait rendszeres tagdíjbefizetésekből és egyéb bevételekből, a közgyűlés által elfogadott pénzügyi terv alapján szervezi, finanszírozza és teljesíti.

Kölcsönösség: Az egészségpénztári működésnek, a szolgáltatások szervezésének és finanszírozásának alapelve, amely szerint a pénztártagok közösen teremtik meg a szolgáltatások fedezetét és a pénztár szolgáltatásaira az igénybevétel szempontjából őket azonos jogok illetik meg. Minden pénztártag egyben tulajdonosa is a pénztárnak.

Önkéntesség: Pénztárat természetes személyek szabad akaratukból hoznak létre, a pénztár alapszabályának rendelkezései szerint csatlakozhatnak és léphetnek ki.

Függetlenség: A pénztárak a jogszabályi keretek között szabadon alakíthatják ki szolgáltatási körüket és üzletpolitikájukat

Szolidaritás: Az egészségpénztári működésnek, a szolgáltatások szervezésének és finanszírozásának az alapelve, amely szerint a pénztártagok egységes alapelvek alapján megállapított tagdíjat fizetnek, mely nem a kararányos tehermegosztás alapján független egyéni kockázatuk mértékétől.

Társulási elv: A tagsági kör meghatározásakor nem alkalmazható vallási, faji, etnikai, politikai meggyőződés, kor és nemek szerinti megkülönböztetés.

Non-profit működés: A pénztár gazdálkodásának eredményét sem osztalék, sem részesedés formájában nem fizeti ki, azt csak az alaptevékenység érdekében használhatja fel.

M 8. AZ ÖNKÉNTES KÖLCSÖNÖS GÉSZSÉGPÉNZTÁRAK ALAPÍTÁSÁRA ÉS MŰKÖDÉSÉRE VONATKOZÓ TÖRVÉNYEK ÉS JOGSZABÁLYOK

1993. évi XCVI törvény az Önkéntes Kölcsönös Biztosító Pénztárakról, és az azt módosító 1996.évi XV. törvény. A törvény meghatározza a pénztárak alapításának feltételeit, a működésük alapelveit, a lehetséges pénztári tevékenységeket, előírásokat fogalmaz meg az alapszabály, a gazdálkodási terv tartalmára, a pénztár gazdálkodására és a pénztár szervezetére, valamint szabályozza a pénztárak felügyeletét.

1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

2006. évi CXVI. törvény az egészségbiztosítás hatósági felügyeletéről

268/1997 (XII. 22.) Kormányrendelet az önkéntes kölcsönös egészség- és önsegélyező pénztárak egyes gazdálkodási szabályairól. A kormányrendelet előírásokat tartalmaz a pénztári vagyonkezelésre (befektetések és likviditás), a gazdálkodása, és biztosításmatematikai feladatokra.

252/2000. (XII. 24.) Kormányrendelet az önkéntes kölcsönös egészség- és önsegélyező pénztárak beszámoló készítési és könyvvezetési kötelezettségének sajátosságairól. A kormányrendelet tartalmazza a pénztár beszámolási és számviteli rendszerére vonatkozó részletes szabályokat.

263/2003. (XII. 24.) Kormányrendelet az önkéntes kölcsönös egészség- és önsegélyező pénztárak által finanszírozható szolgáltatásokról. A rendelet tartalmazza pénztártagság keretében igénybe vehető szolgáltatásokat és az elszámolható adókedvezmények körét.

264/2005. (XII.14) Kormányrendelet az önkéntes kölcsönös egészség- és önsegélyző pénztárak által finanszírozható szolgáltatásokról szóló 263/2003. (XII. 24.) Kormányrendelet módosításáról

367/2007. (XII.23) Kormányrendelet az önkéntes kölcsönös egészség- és önsegélyző pénztárak egyes gazdálkodási szabályairól szóló 268/1997 (XII. 22.) Kormányrendelet módosításáról

2007. évi CXXXV. törvény a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéről

A Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletének útmutatásai.

A pénztárak alapszabályában megjelenő elvek és szempontok.

Az 1995. évi személyi jövedelemadóról szóló CXVII. törvény

M 9. A TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁS ÉS AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ÁGAZAT

Magyarországon a munkásbiztosításnak régi hagyományai vannak. Az önsegélyezés visszanyúlik egészen a 12-13. századig. A bányamunkásság kezdeményezésére a bányatársládák felállítása már a 15-16-században elkezdődött, bár a segélyezés akkor még csak könyörületből adott alamizsnából állt. (Botos, 1998)

Az első bányatársláda 1496-ban Thurzó János bányájában alakult ki. A társládák az önkéntesség jegyében születtek, a kiadások fedezetét nagymértékben a tagok hozzájárulása biztosította, bár a munkáltatók is segítettek fenntartásukban. A 18. század közepéig a társláda-alapszabályok csak általánosságban rendelkeztek a munkaképtelen bányászok és családtagjaik támogatásáról. A valóban társadalombiztosítási jellegű intézmények Európa szerte csak a 19. században kezdtek kialakulni. A magyar társadalombiztosítás első, általános jellegű intézményét, az Általános Munkás Betegsegélyző és rokkantpénztárt 1870-ben hozták létre, amely már önállóan működött, igazgatását kizárólag a munkások végezték. Ezt követően betegsegélyző egyletek sora alakult, ahova önkéntesen be lehetett lépni. Az 1884. évi ipartörvény, amely az ipartestületeket segélypénztárak alakítására kötelezte, jelentős lépést jelentett a társadalombiztosításban. A betegsegélyző pénztárak létrehozása jogilag önkéntes elhatározáson alapult, de itt jelent meg először a kötelezőbiztosítás csírája, hiszen ott, ahol a betegsegélyző pénztár létrejött, kötelező volt a tagság a gyári munkások, segédek részére. (Prónai, 2004)

Magyarországon a kötelező betegségi biztosítást az 1891. évi XIV. tc. vezette be az ipari és gyári munkásság számára Európában Németország, és Ausztria után harmadikként.1907-ben a korábbi törvény hiányosságait figyelembe véve az országgyűlés a balesetbiztosítás mellett a társadalombiztosítás működésének legfontosabb alapelveit is törvényben rögzítette. E törvényre építve jött létre az Országos Munkásbeteg-segélyező és Balesetbiztosító Pénztár (Országos Pénztár) és annak helyi szervei, a munkásbiztosító pénztárak. 1928-ban került sor az Országos Társadalombiztosító Intézet (OTI) megszervezésére. Az öregségi és rokkantsági biztosítás bevezetésével öregségi rokkantsági, özvegyi és árvasági járadék-ellátást nyújtottak. A szélesebb dolgozói réteg számára a gyermeknevelési pótlékot 1938-ban vezették be.

A II. világháborút követően a társadalombiztosítást államosították és a szociális biztonságért az állam vállalt garanciát. 1945-50 között a különböző foglalkozási ágak és munkavállaló csoportok biztosítását szolgáló társadalombiztosítási szervezetek

fokozatosan beolvadtak az Országos Társadalombiztosítási Intézetbe. 1950-től a társadalombiztosítás igazgatását a Szakszervezetek Országos Tanácsára (SZOT) bízták. A felügyeletet a Minisztertanács gyakorolta. Az állami társadalombiztosítás központi igazgatási és ügyviteli feladatai az OTI-tól átkerült a frissen megalakult a Szakszervezetek Társadalombiztosítási Központjához (SZTK). 1975-ben kiadott társadalombiztosítási törvény egységes elvek alapján szabályozta a társadalombiztosítás ágazatait és ellátásait, a magyar lakosság számára pedig az állami egészségügyi szolgálaton keresztül alanyi jogon biztosította az egészségügyi ellátást. Ugyanebben az évben jött létre az Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság (OTF). Az intézmény élén álló főigazgató egyben az Országos Társadalombiztosítási Tanács titkára is volt. 1989. január 1-jével az országgyűlés döntése értelmében a társadalombiztosítás elkülönült a központi költségvetéstől. Az Alap önálló, állami garanciát élvező pénzalapként kezdett működni, s a társadalombiztosítási ellátások, valamint a külön jogszabályok alapján járó társadalombiztosítás által finanszírozott egyéb juttatások fedezetére szolgált.

A rendszerváltást követően a társadalombiztosítás több átalakuláson ment keresztül. 1991-es „A társadalombiztosítási rendszer megújításának koncepciójáról és a rövid távú feladatairól” elnevezésű törvény a költségvetéstől még 1989-ben elkülönített Társadalombiztosítási Alapot két részre osztotta: Egészségbiztosítási Alapra és Nyugdíjbiztosítási Alapra. Irányításukat az alapok szerint szerveződő önkormányzatokra bízta. 1993-ban alakult meg az Egészségbiztosítási és Nyugdíjbiztosítási Önkormányzat, s ezzel megszűnt az országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság. A korábbi egységes szervezet kettévált, létrejött az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) és az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság (ONYF) és egyidejűleg megtörtént a területi szervek szétválása is.1998-ig az Alap működése felett a társadalmi kontrolt az Önkormányzatok gyakorolták. Az Önkormányzatok 1998-ban feloszlatásra kerültek, az alapok felügyeletét kormányrendelet alapján 1998-tól először a Miniszterelnöki Hivatal, majd 1999-től 2001-ig a Pénzügyminisztérium politikai államtitkárára bízták. 2001-től az egészségügyi miniszter felügyelete alá tartozik az Egészségbiztosítási Alap, melynek kezelését az Országos Egészségbiztosítási Pénztár végzi. A társadalombiztosítás központi hivatali szerve az egészségbiztosítási ágazat tekintetében, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP). A magyar társadalombiztosítás 1963. óta a genfi székhelyű Nemzetközi Társadalombiztosítási Szövetség teljes jogú tagja. Az Egészségbiztosítási Alap állami garanciával működik. Fő bevételi forrását a járulékokból származó bevételek jelentik,

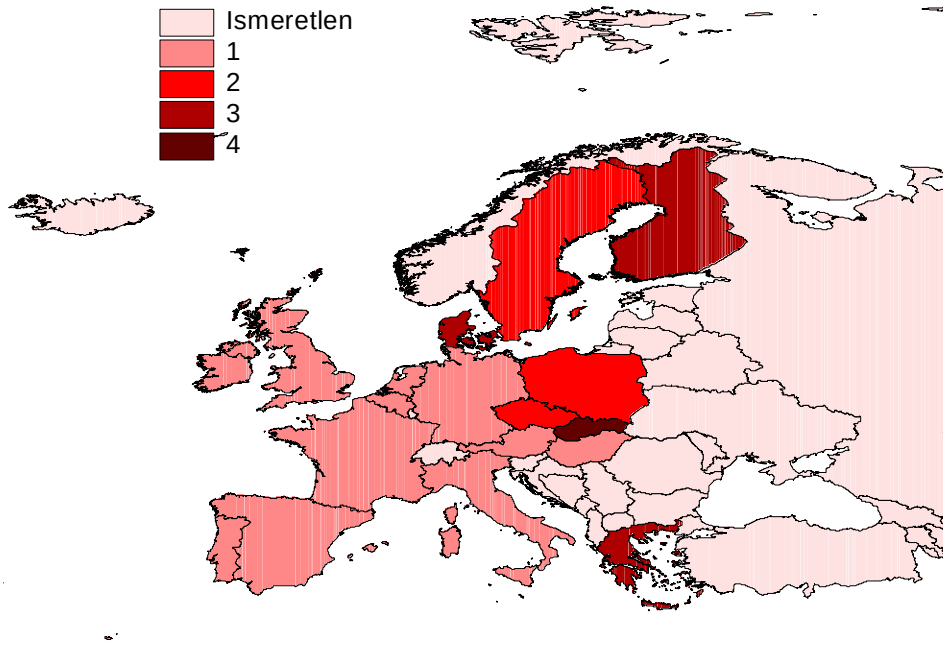
melyet 1999 óta az APEH szed be. A járulékok mértékét és megoszlását az egészségbiztosítási és nyugdíjbiztosítási alapok között az Országgyűlés törvényben határozza meg.

Az OEP jelenlegi működésére jellemző, hogy bizonyos feladatainak korlátozása miatt ma sem különül el teljes mértékben az állami költségvetéstől, így nem mondható el róla az, hogy önálló pénzalap kezelője lenne. Tehát nem mondható el az, hogy jelenleg Magyarországon a Bismarck-féle társadalombiztosítási modell tisztán érvényesülne, mégis ez a rendszer a magyar társadalombiztosítás alapja, és alapelveinek meghatározója. A járulék fizetése jelenleg Magyarországon jövedelemhatár nélkül kötelező minden munkavállaló számára, a tanulók, sorkatonák, nyugdíjasok után pedig az állam fizeti az egészségbiztosítási járulékot.

M 10. A STANDARDIZÁLÁS MÁTRIXA

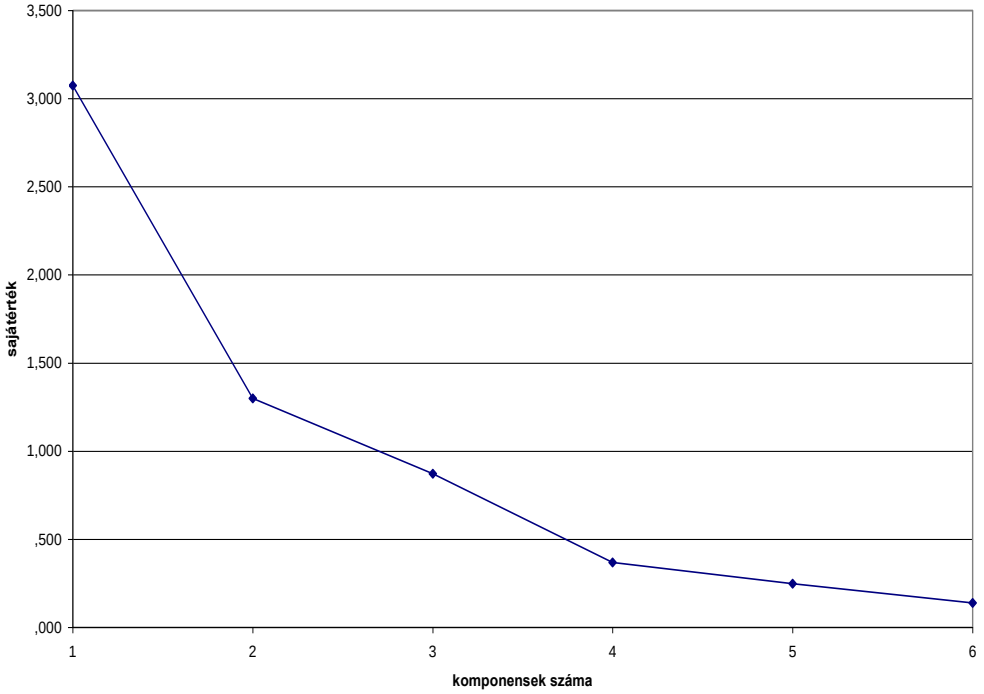
	Z_1	Z_2	$\cdots$	Z_j	$\cdots$	Z_l	$\cdots$	Z_p
	z_1	z_2	$\cdots$	z_j	$\cdots$	z_l	$\cdots$	z_p
M_1	z_{11}	z_{12}	$\cdots$	$z_{1j} = \dfrac{x_{1j} - \bar{x}_j}{s_j}$	$\cdots$	z_{1l}	$\cdots$	z_{1p}
M_2	z_{21}	z_{22}	$\cdots$	$z_{2j} = \dfrac{x_{2j} - \bar{x}_j}{s_j}$	$\cdots$	z_{2l}	$\cdots$	z_{2p}
$\vdots$	$\vdots$	$\vdots$		$\vdots$		$\vdots$		$\vdots$
M_i	z_{i1}	z_{i2}	$\cdots$	$z_{ij} = \dfrac{x_{ij} - \bar{x}_j}{s_j}$	$\cdots$	z_{il}	$\cdots$	z_{ip}
$\vdots$	$\vdots$	$\vdots$		$\vdots$		$\vdots$		$\vdots$
M_n	z_{n1}	z_{n2}	$\cdots$	$z_{nj} = \dfrac{x_{nj} - \bar{x}_j}{s_j}$	$\cdots$	z_{nl}	$\cdots$	z_{np}
$\bar{z}$	**0**	**0**	$\cdots$	**0**	$\cdots$	**0**	$\cdots$	**0**
s_z	**1**	**1**	$\cdots$	**1**	$\cdots$	**1**	$\cdots$	**1**

M 11. A KLASZTEREK (CERTOID)



Forrás: OECD (2008) Health Data adatai alapján saját számítások felhasználásával, saját ábra

M 12. SAJÁTÉRTÉKEK NAGYSÁGA



Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját ábra

M 13. A TELJES EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK MEGOSZLÁSAI ORSZÁGONKÉNT (%), 2008

orszag	A központi kormány és a társadalombiztosítás	Háztartások közvetlen finanszírozásai	Privát biztosítások és egyéb
Ausztria	76,90	15,10	8,00
Belgium	72,60	22,20	5,20
Csehország	82,50	15,70	1,80
Dánia	84,50	13,80	1,70
Finnország	74,20	19,40	6,40
Franciaország	77,80	7,40	14,80
Németország	76,80	13,00	10,20
Görögország	60,30	22,40	17,30
Magyarország	71,00	23,90	5,10
Írország	76,90	14,40	8,70
Olaszország	77,20	19,50	3,30
Hollandia	62,50	5,70	31,80
Lengyelország	72,20	22,40	5,40
Portugália	71,50	22,90	5,60
Szlovákia	69,00	25,70	5,30
Spanyolország	72,50	20,70	6,80
Svédország	81,90	15,60	2,50
Nagy-Britannia	82,60	11,10	6,30

Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján, saját szerkesztés

M 14. KÍSÉRLET A TÖBB BIZTOSÍTÓS RENDSZEREK ESÉLYÉNEK VIZSGÁLATÁRA

Az egészségügyi kiadások csoportosítása funkciók és finanszírozó szektor szerint

Ebben a részben arra a kérdésre keresem a választ, hogy az európai országokban az egészségügyi funkciók és a kiadások finanszírozási szektorai között találunk-e szoros kapcsolatokat, illetve ezeket a kapcsolatokat összefüggésbe tudjuk-e hozni az egészségügyi rendszerekkel.

A vizsgált országok köre némileg eltér az eddigiektől, ugyanis Görögországra, Olaszországra, Szlovákiára, Írországra, és Nagy-Britanniára már nem álltak rendelkezésre a megfelelő részletes adatok, így 13 Európai Uniós ország adatait tudom összehasonlítani. A 2003 és 2008 közötti időszakot vizsgáltam.

A számok ebben a részben is az OECD adatbázisából származnak, azonban az itteni adatok az egészségügyi számlák rendszerének részei. Ez a nemzeti számlák rendszerén alapul, ennek szatellit számlájának tekinthető, amely egységes szerkezete, elvei alapján korrekt összehasonlításokat tesz lehetővé az országok (vagy akár más szatellit számlák) között. Az általam megkövetelt részletes ismeretek mátrixos formában csak az egészségügyi számlák között lelhető fel.

A vizsgálat a kapcsolat szorosságának megállapítására irányul, ezt ún. szorossági mérőszámok segítségével végezem. Kettőnél több ismérvváltozat esetén alkalmazhatók már részletezett Pearson és Cramer-féle asszociációs mérőszámok. Alapgondolata a függetlenség feltételezésével számított gyakoriság. A következő táblázat tartalmazza az egészségügyi funkciók és a finanszírozó szektor közötti kapcsolatokat mátrixos formában, Magyarország teljes egészségügyi kiadásainak százalékában, 2008-ra.

Magyarország egészségügyi mátrixa, 2008 (%)

Funkciók/finanszírozó szektor	Központi kormány	Társadalombiztosítás	Privát biztosítások	Háztartások közvetlen finanszírozásai és egyéb	Összesen
A gyógyító és rehabilitációs gondoskodás szolgáltatásai	3,57	34,26	0,38	11,10	49,31
A hosszú távú ápolás szolgáltatásai	2,53	1,32	0,01	0,32	4,18
Egészségügyi ellátás kiegészítő szolgálatásai	0,80	3,61	0,00	0,14	4,54
Orvosi árucikkek készítése	1,14	19,60	1,56	14,30	36,60
Megelőzés és közegészségügyi-szolgáltatások	1,81	1,00	0,04	1,25	4,10
Egészségügyi adminisztráció és betegbiztosítás+egyéb	0,11	0,99	0,17	0,00	1,27
Teljes aktuális kiadás	9,96	60,77	2,16	27,11	100,00

Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját szerkesztés

A fenti táblázatból kiindulva a mátrixra kiszámított kontingencia táblázatból a függetlenséget mérő Φ^2 értéke:

$$\Phi^2 = \sum_{i=1}^{I}\sum_{j=1}^{J}\frac{(p_{ij} - p_{i.} \cdot p_{j.})^2}{p_{i.} \cdot p_{j.}} = 0{,}26976$$

Ebből a nevezetes statisztikák:

$$P = \sqrt{\frac{\Phi^2}{\Phi^2 + 1}} = 0{,}462498$$

$$T = \sqrt{\frac{\Phi^2}{\sqrt{(I-1)\cdot(J-1)}}} = 0{,}27211$$

Tehát 2008-ban, Magyarországon az egészségügyi funkciók és finanszírozó szektorok nem függetlenek egymástól, azonban a kapcsolatuk nem mondható nagyon markánsnak (a statisztikák 0 értéket adnak a teljes függetlenség, és 1 értéket a teljes függőség esetén). Ahhoz, hogy Magyarországon e kapcsolat értékeit viszonyítani tudjam térben és időben, ezért hasonló táblázatok segítségével az Európai Unió vizsgált országainak hasonló mutatóit évente ki kell számolnom. A rész- és végeredményeket a következő táblázatok tartalmazzák:

Φ^2 értékei országonként, 2003-2008

Φ^2	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ausztria	n.a.	0,390637	n.a.	n.a.	0,386134	n.a.
Belgium	n.a.	n.a.	0,539623	0,576009	0,424759	0,433192
Csehország	0,219015	0,247889	0,26205	0,267945	0,319966	0,302039
Dánia	0,132677	0,128909	0,121579	0,125013	0,120472	n.a.
Finnország	0,487211	0,498628	0,509087	0,51072	0,4556	n.a.
Franciaország	0,294076	0,300347	0,291606	0,303772	0,268788	0,276385
Németország	0,125822	0,115916	0,118999	0,11843	0,110708	0,106208
Magyarország	0,30352	0,276647	0,289199	0,286771	0,227821	0,269766
Hollandia	0,460258	0,480822	0,476921	0,457178	0,413657	n.a.
Lengyelország	0,67821	0,687585	0,467004	0,434449	0,430398	0,425397
Portugália	0,518962	0,507549	0,481413	0,51036	n.a.	n.a.
Spanyolország	0,17468	0,184596	0,19068	0,19026	0,177475	0,179477
Svédország	0,125321	0,128069	0,128317	0,138052	0,127948	0,127099

Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját szerkesztés

Pearson-féle koefficiens értékei

P	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ausztria	n.a.	0,490956	n.a.	n.a.	0,527797	n.a.
Belgium	n.a.	n.a.	0,521355	0,527557	0,54601	0,549779
Csehország	0,43831	0,449344	0,454338	0,456346	0,492346	0,481636
Dánia	0,395196	0,392798	0,387956	0,390255	0,327901	n.a.
Finnország	0,511681	0,51387	0,515834	0,516137	0,55945	n.a.
Franciaország	0,464787	0,466711	0,464019	0,467746	0,460268	0,465336
Németország	0,390789	0,384039	0,386191	0,385798	0,315711	0,309856
Magyarország	0,46767	0,459237	0,463265	0,462498	0,430754	0,460927
Hollandia	0,506316	0,510435	0,509667	0,505684	0,540939	n.a.
Lengyelország	0,543151	0,544465	0,507686	0,500893	0,548538	0,546298
Portugália	0,517653	0,515547	0,510551	0,51607	n.a.	n.a.
Spanyolország	0,418535	0,423315	0,426137	0,425945	0,388234	0,390085
Svédország	0,390459	0,392256	0,392416	0,398515	0,3368	0,335807

Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját szerkesztés

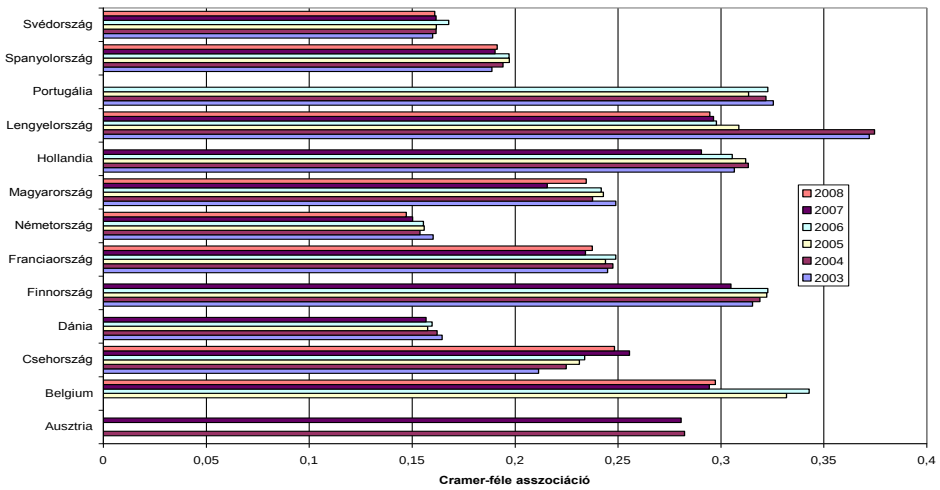
Cramer-féle koefficiens értékei

T	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ausztria	n.a.	0,28238	n.a.	n.a.	0,280748	n.a.
Belgium	n.a.	n.a.	0,331889	0,342896	0,294455	0,297363
Csehország	0,211438	0,224945	0,231281	0,233868	0,255564	0,248301
Dánia	0,164568	0,162214	0,157535	0,159744	0,156816	n.a.
Finnország	0,315359	0,319033	0,322362	0,322878	0,304947	n.a.
Franciaország	0,245006	0,247605	0,243975	0,249013	0,234235	0,237522
Németország	0,16026	0,153822	0,155854	0,155481	0,150327	0,14724
Magyarország	0,248909	0,237635	0,242966	0,241944	0,215647	0,234661
Hollandia	0,306512	0,313285	0,312011	0,305485	0,290581	n.a.
Lengyelország	0,372074	0,374637	0,308751	0,297794	0,296403	0,294676
Portugália	0,325473	0,321874	0,313477	0,322764	n.a.	n.a.
Spanyolország	0,188829	0,194115	0,197287	0,19707	0,190334	0,191404
Svédország	0,159941	0,161685	0,161841	0,167868	0,161608	0,161071

Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját szerkesztés

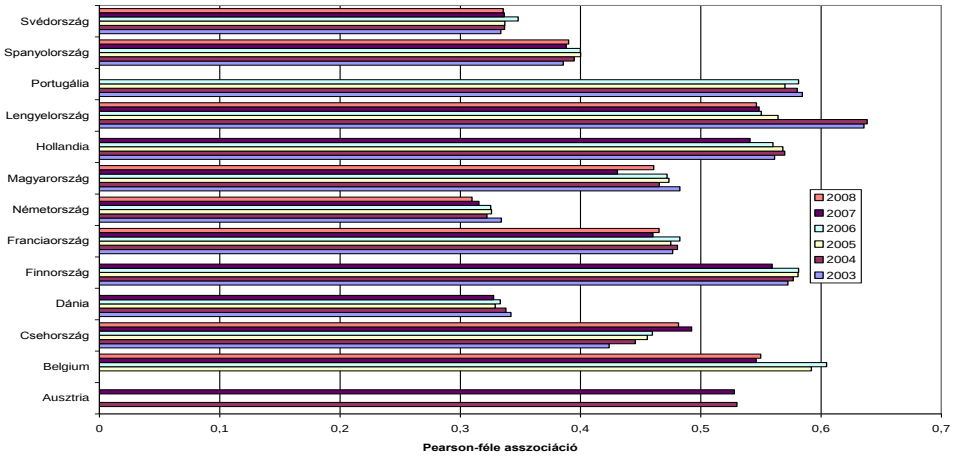
A táblázatokból leolvasható, hogy Magyarországon a vizsgált két változó közötti kapcsolat szorossága átlagosnak mondható. A legerősebb kapcsolat Belgium, Finnország, Portugália, Hollandia és Lengyelország esetén figyelhető meg. Ez utóbbi ország még 2003-ban és 2004-ben első helyen állt az egészségügyi funkciók és finanszírozó szektorok közötti összefüggés erejének tekintetében. Németország, Dánia és Svédország esetén a leggyengébbek ezek a kapcsolatok, a vizsgált évtől függetlenül.

Cramer-féle asszociáció értékei



Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját szerkesztés

Pearson-féle asszociáció értékei



Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját szerkesztés

A biztosítási rendszerek fajtájával összevetve a vizsgált mutatóinkat az alábbiak állapíthatóak meg:

A legerősebb és leggyengébb kapcsolatnál is több biztosítós egészségügyi rendszert üzemeltető ország (Belgium és Németország) található. Így ez a rendszer rugalmas az egészségügyi funkciók és finanszírozó szektorok közötti viszonyra. Hasonló igaz a vegyes egészségügyi rendszerekre.

Az egy biztosítós egészségügyi szisztéma átlag körüli szoros kapcsolatokkal jellemezhetőek. A területi önkormányzati rendszerhez kötött adóalapú egészségügyi rendszerekre a gyengébb asszociációk a jellemzőek.

Több biztosítós rendszerek esélyeinek vizsgálata logit modell segítségével

Esetünkben a bináris célváltozó az országok biztosítási rendszerére vonatkozik. Nulla az érték, ha az adott országban nincs több biztosítási rendszer, és 1, ha van.

Az eddig vizsgált (független) változókkal próbáljuk meg megmagyarázni a több biztosítós rendszer létét, vagy nem létét. Az első változó az *emberektől függő egészségi terhelés,* a második a *külső környezeti terheltség* (nagyobb értékek az egészségtelen életmód, illetve

környezet iránya felé tolódnak el). A harmadik változó *az egészségügyi dolgozók fordított aránya*, míg a negyedik az *egészségügyi-szociális feltételeket* mérő változóként interpretálható.

Ahogy az előző részben kifejtettem az asszociációs együtthatók és a több biztosítós rendszerek léte között nem mutatható ki szignifikáns kapcsolat.

18 ország adatait vizsgáltam meg. A magyarázó változóinkat kategorizáltam, oly módon, hogy minden változóra külön-külön a maximum és a minimum értékek közötti tartományt öt egyenlő részre osztottam fel, és ezekbe soroltam be az országokat, ahogy az a 18-dik ábrán látható.

Logit modell

orszag	allapot_1	allapot_2	eü_szoc_1	eü_szoc_2	eürendszer
Lengyelország	2	4	1	5	0
Belgium	5	2	5	2	1
Portugália	4	2	4	4	0
Görögország	5	5	4	3	0
Spanyolország	5	4	4	4	0
Magyarország	5	2	2	2	0
Szlovákia	1	3	1	3	1
Finnország	3	5	4	5	0
Ausztria	5	4	5	1	1
Németország	3	1	4	4	1
Olaszország	4	2	4	3	0
Írország	5	3	4	4	0
Franciaország	5	3	5	5	1
Svédország	2	3	5	5	0
Dánia	5	5	5	3	0
Hollandia	4	3	5	4	1
Csehország	3	3	2	3	1
Nagy-Britannia	4	3	5	4	0

Forrás: saját számítás

A modell magyarázóereje igen magas, amit a Nagelkerke-féle R^2 és a Cox és Snell R^2 biztosít. Az utóbbi a nulladik és az aktuális (utolsó) modell likelihoodjait hasonlítja össze (iterációs eljárással számol az SPSS program) úgy, hogy a mutató értéke 0 és 1 közé essen. Az előbbi mutató értéke minél nagyobb és pozitív, annál inkább közelít a legjobb illeszkedéshez. Hipotetikus maximális értéke az egység.

Logit modell illeszkedési próbái

Próba	Cox & Snell R^2	Nagelkerke R^2
érték	0,119	0,162

Egy harmadik illeszkedési mérőszám az R^2_L statisztika. Ez a loglikelihood függvény mínusz kétszereseit hasonlítja össze. Az említett függvény alakja:

$$D = -2\{n_{Y=1}\ln(P(Y=1)) + n_{Y=0}\ln(P(Y=0))\}$$

Az összehasonlítás alapja a kiinduló és az iterálás utáni modellek függvény-érték különbségeinek kiindulási értékkel normált mérőszáma.

$$R_L^2 = \frac{D_0 - D_v}{D_o}$$

A konkrét modellben:

$$R_L^2 = \frac{21{,}768 - 17{,}19}{21{,}768} = 0{,}21031$$

Azaz a független változók bevonása a modellbe 21 %-kal csökkenti az adott függvény értékét.

Más szavakkal a modellem magyarázó ereje legalább 21 %. Ez a megfogalmazás a logisztikus regresszió esetében szükségképpen mindig pontatlan, hiszen itt nem a függő változó heterogenitásának megmagyarázásáról van szó, hanem egy olyan maximum likelihood becslés alkalmazásáról, amely egy valószínűség maximalizálására törekszik. Inkább az a megfogalmazás lehet szerencsés, mely szerint 21,4%-kal sikerült javítanom az illeszkedést a függő változók iterációjának segítségével.

A modell eredményeit a lenti táblázat foglalja össze.[44]

Eredmények

változók	B	Wald	Exp(B)
allapot_1	0,066	0,02	1,068
allapot_2	-0,326	0,499	0,722
eü_szoc_1	-0,115	0,113	0,892
eü_szoc_2	0,658	1,537	1,93

Az eredmények a következők:

Az allapot_1 változó melletti esélyhányados azt jelzi, hogy ha az allapot_2, eü_szoc_1, eü_szoc_2 változókat kontroll alatt tartjuk, akkor az allapot_1 változó növekedésével a több biztosítós egészségügy esélye növekszik.

Az emberfüggő egészségi terhelés az egészségtelen életmód felé tolódik el, csökken az esélye a fenti rendszernek, vagy másképp fogalmazva egy társadalomban az elterjedt egészséges életmód növeli a több biztosítós rendszerek esélyét.

Az allapot_2 változóra hasonló megállapítást tehetünk, mint az előzőre. Azaz az emberfüggő egészségügyi terhelés, az egészségügyi dolgozók aránya és az egészségügyi-szociális feltételek állandó értéken tartása mellett a külső környezeti terheltség erősödése 0,722-ed részére csökkenti a több biztosítós rendszer megjelenésének esélyét. Vagy fordítva a környezeti terheltség (légszennyezettség) javulása növeli a biztosítók megjelenésének esélyét. Látható a 20. táblázatból, hogy az embertől függő terhelések

[44]Ahol exp(B) a parciális esélyhányados, míg Wald oszlop a Wald statisztika tesztelésére alkalmas.
A logisztikus regresszió outputjában a lineáris regresszió t-tesztjével analóg Wald statisztikát is feltüntettem. A Wald-statisztika azon hipotézis tesztelésére alkalmas, hogy az adott változóhoz tartozó B együttható egyenlő 0-val, azaz 1 a parciális esélyhányados. Közvetetten pedig az eredményeim szignifikanciáját méri.

jelentősebben képesek befolyásolni a több biztosítós rendszer esélyét, mint a környezet függők.

Az eü_szoc_1 változó parciális eredményei szerint az egészségügyi dolgozók fordított arányainak növekedésével, azaz az egészségügyi dolgozók arányainak csökkenésével növekszik a több biztosítós rendszer esélye. Talán úgy interpretálható ez az eredmény, hogy az ilyen egészségügyi rendszernek előfeltétele a hatékony humán-erőforrás kihasználtság. Azonban a Wald statisztika arról tájékoztat, hogy ez az eredmény nem szignifikáns, más szavakkal a modellünk eredményei a leírtak, azonban olyan nagy az értékek bizonytalansága ebben az esetben, illetve a megbízhatósági intervallumok olyan szélesek, hogy nem tekinthetők relevánsnak.

Az utolsó változónk eredményei szignifikánsak, és arról tájékoztatnak, hogy az egészségügyi-szociális feltételek totális növekedésével a több biztosítós rendszerek bevezetésének esélye növekszik (1,93). Ezt az érdekes eredményt többféleképpen interpretálhatjuk. Egyrészt megállapítható, hogy több országban az egészségügyi ellátási feladatok tradicionálisan állami feladatok, melyek működhetnek (így is) átlag felett. Másrészről úgy látszik, hogy több esetben az átlag alatti feltételek kényszerítették ki a több biztosítós rendszerek megjelenését. Nem szabad elfelejteni, hogy a vizsgált modellben a külső körülményeket vetettem össze az adott országok biztosítási rendszerével, azonban a politikai akaratok, eltökéltségek nem feltétlenül esnek egybe a vizsgált változókkal, azoktól függetlenül átrajzolhatják egy-egy ország egészségügyi rendszerét.

M 15. A MÉLYINTERJÚK SORÁN FELTETT KÉRDÉSEK

Mélyinterjú kérdések az üzleti biztosítók és az OEP vezető szakembereihez

TB kapcsolat

1. Jelenleg csak 1-2 példa (Vitalitas, Hotelmed, Procare Exkluzív) létezik egészségügy szolgáltatás nyújtására az üzleti biztosítók között. Ha a jövőben is fennmarad az OEP mind egyedüli társadalombiztosító a piacon, milyen lehetőségeket lát a TB-vel való együttműködésre?
   (Bizonyos emeltszintű biztosítások megkötéséhez orvosi vizsgálat is szükséges ezt ki végzi el?)
2. Érdeke lehet-e az OEP-nek, hogy az üzleti biztosítók esetlegesen átvegyék egy részét a biztosítási szolgáltatásoknak?

Piaci pozíció

3. Az egészségbiztosítás egy hatalmas és jövedelmező piac lehet. Mit gondol most a piacra lépés időpontjáról?
4. Ma kb. nyolc társaság meghatározó a piacon, többnyire az életbiztosításhoz kötődő termékekkel. Hány igazi versenytársra számítanak, ha lehetővé válik a piacra lépés?
5. Mekkora az érdeklődés az önálló egészségbiztosítási modul iránt? Többnyire a tehetősebb rétegnek ajánlanak új konstrukciókat jelenleg.(Unit-linkedhez kapcsolódó egészségügyi szolgáltatások). Kik jelenthetik még a közeljövő lehetséges piaci rését?
6. Biztosításkötési hajlandóság szempontjából kik jelentik az első számú célpiacot és kik jelenhetnek meg még vásárlói igényekkel?

Fejlesztés – Termékek

7. A hitelfelvétellel kombinált befektetéshez kötött életbiztosítás többletszolgáltatása lehet az éves szűrővizsgálat, miért lehet ez vonzó az ügyfeleknek?
8. Hogyan lehet kiszűrni a biztosított műtétek közül az un. halasztott műtéteket?

Vásárlói igények

9. Magyarországon az egészségügyi magánkiadások aránya (28,5%, ebből out of pocket: 25,1%) az összes egészségügyi célú ráfordításból messze meghaladja a legtöbb fejlett országét. (TK: csak Görögország előz meg minket). Ennek 60%-át a gyógyszervásárlásra fordított kiadások teszik ki.
   Terveznek e olyan biztosítást, mely valamilyen %-ban, co-payment formájában térítené a gyógyszervásárlásra fordított kiadásokat?
10. Ön szerint mekkora igény lenne rá?
11. Ha nincs „biztosítás használat", lehetőséget lát-e valamiféle bonus fizetésre, vagy visszatérítésre?

Sorrendiség

12. Különböznek e a fejlett államok polgárai abban, hogy az egészséget a prioritások felállításánál hova sorolják?
13. A kiegészítő magánbiztosítás kötése, ha több anyagi forrás áll rendelkezésre hova sorolódik?
14. Melyek azok az OEP által finanszírozott szolgáltatások, amelyek kikerülhetnek az alapellátási csomagból?

Külföldi példák, reformok

15. Ön szerint melyek azok a fejlett országok (uniós tagállamok), ahol kevésbé fog gondot okozni a jövőben előrelátható költségnövekedés és a lakosság demográfiai jellemzői?

16. Melyek azok a költségcsökkentő technikák, amelyek eredménnyel alkalmazhatóak lennének Magyarországon is?
17. Mi lehet az oka annak, hogy a magyar egészségügyi rendszerben az amortizációval nem számolnak?
18. A külföldi tapasztalatok milyen segítséget nyújtanak ez ügyben?
19. Hogyan definiálná az egészségbiztosítás fogalmát?
20. Kiegészítő egészségügyi járulék az egészségre káros termékek árában vagy a megelőzést segítő bonusz- program valósítható meg könnyebben Magyarországon?

Statisztikai elemzéshez kapcsolódó kérdések

21. Bár Svájc az Unión kívül esik és egészségügyi rendszere nagyban eltér a többi uniós tagállamétól érdemes e foglalkozni vele és milyen mértékben?
22. Az európai országok egészségbiztosítási rendszereit milyen ismérvek alapján csoportosítaná?
23. Milyen országok egészségbiztosítási rendszerei lehetnek relevánsak a magyar egészségbiztosítási rendszer átalakításához.
24. Hány országot érdemes vizsgálni és melyek azok?
25. Milyen szakanyagot tart fontosnak a téma kutatásához?
26. Az igen sokszínű magánbiztosítások közül melyek lehetnek azok amelyeket egyáltalán számításba vehetünk a kiegészítő biztosításoknál Magyarországon?
27. Az önkéntes kiegészítő biztosításokhoz sorolhatóak e a duplikáló és pótlólagos biztosítások?
28. Kiegészítő biztosítást milyen korosztály, nem vásárol? Melyik demográfiai „évjárat” lehet meghatározó?
29. Ön szerint az out of pocket (OOP) fizetések és az önkéntes kiegészítő biztosítások között találhatunk e összefüggést az egyes országokban, esetleg egészségügyi modellekhez kötően?

Fogalmak tisztázása:

1. Magyarországon többnyire társadalombiztosításról és kiegészítő biztosításokról beszélnek az egészségügyben, vagy megkülönböztetnek magán és társadalombiztosítást. A kiegészítő biztosítás fogalma mennyire kötődik csak a magánbiztosításhoz?
2. A nyugat-európai kutatók az egészségügyi rendszerükből fakadóan a magánbiztosításokat sorolják kategóriákba, úgy mint helyettesítő, pótlólagos és kiegészítő.

   A disszertáció címének helyessége szempontjából , ill. a vizsgált területet figyelembe véve helyes e a kiegészítő biztosítás használata vagy helyesebb az önkéntes magánbiztosítás fogalma, amely tartalmazza vagy nem tartalmazza mindhárom kategóriát? Vagy kiegészítő önkéntes biztosítás?

Vizsgált országok, témák köre:

3. Tanulmányok alapján a kiegészítő biztosítások iránti keresletet demográfiai, gazdasági és szociális tényezők befolyásolják, azonban maga a rendszer típusától és minőségi tényezőitől is függ.

   Mi az, ami még befolyással bírhat erre a keresletre? (Pl: adókedvezmény)
4. Kutatta ezt a témát már valaki Magyarországon?
5. Tud e arról, hogy a Tárki vagy más kutató cég készített e felmérést, hogy kik kötnek Magyarországon kiegészítő biztosítást?
6. Kiadhatja-e az ületi biztosító ilyen jellegű információit?

Vélemény:

7. Ön szerint a for és non profit elv mennyiben befolyásolhatja az önkéntes magánbiztosítások térnyerését?
8. A TB valószínűleg marad, akkor mik lehetnek a magánbiztosítások mozgatórugói?
9. Kiket javasol felkeresni még a téma szakértői közül?
10. Az elkövetkezendő években milyen realitása lehet annak, hogy a kiegészítő biztosítások piacán növekedés legyen tapasztalható? Milyen szerepet lát az önkéntes pénztáraknak a jövőben?
11. Milyen együttműködési lehetőségek vannak a TB mellett működő egészségpénztárak és az üzleti biztosítók között?

M 16. A STABILITÁS PÉNZTÁRSZÖVETSÉG TAGPÉNZTÁRAI

Egészségpénztárak:

Allianz Hungaria Egészségpénztár
Aranykor Országos Önkéntes Egészségpénztár
AXA Önkéntes Egészségpénztár
Dimenzio Egészségpénztár
Generali Önkéntes Kölcsönös Egészségpénztár
K&H Medicina Egészségpénztár
MKB Egészségpénztár
OTP Egészségpénztár
Tempo Egészségpénztár

Nyugdíjpénztárak:

Aegon Önkéntes és Magánnyugdíjpénztár
Allianz Önkéntes és Magánnyugdíjpénztár
Aranykor Önkéntes és Magánnyugdíjpénztár
AXA Önkéntes és Magánnyugdíjpénztár
Chinoin Önkéntes és Magánnyugdíjpénztár
HONVÉD Önkéntes és Magánnyugdíjpénztár
Dimenzió Magánnyugdíjpénztár
ELMŰ Nyugdíjpénztár
Első Hazai Nyugdíjpénztár
ING Önkéntes és Magánnyugdíjpénztár
Generali Önkéntes és Magánnyugdíjpénztár
K&H Önkéntes és Magánnyugdíjpénztár
Mobilitás Nyugdíjpénztár
MKB Nyugdíjpénztár
OTP Magánnyugdíjpénztár

M 17. EGÉSZSÉGPÉNZTÁRI TAGDÍJAK

Egészségpénztár neve	Egységes tagdíj (éves szintre vetítve)	Sávhatárok száma*	Első sávhatár (éves szintre vetítve)	Első sávhatár alatti összegből		
				fedezeti	működési	likviditási
				tartalék		
Adoszt	6 000 Ft	1	6 000 Ft	20%	78%	2%
Allianz Hungária	24 000 Ft	2	10 000 Ft	90%	9,90%	0,10%
Aranykor	30 000 Ft	3	100 000 Ft	93%	6,90%	0,10%
AXA	30 000 Ft	0	-	92%	7,90%	0,10%
Balzsam	24 000 Ft	1	24 000 Ft	90%	9%	1%
Budai	40 000 Ft	3	40 000 Ft	90,15%	9,75%	0,10%
Danubius	48 000 Ft	0	-	85%	14%	1%
Dimenzió	36 000 Ft	1	67 200 Ft	84%	15%	1%
Egészségért	24 000 Ft	2	24 000 Ft	92%	7%	1%
Életerő	12 000 Ft	1	12 000 Ft	74%	25%	1%
Életút	36 000 Ft	2	36 000 Ft	91,50%	7,50%	1%
E.R.Ö.	24 000 Ft	0	48 000 Ft	96%	4%	0%
Fitt	30 000 Ft	1	120 000 Ft	90%	9,50%	0,50%
Generali	24 000 Ft	1	100 000 Ft	91%	9%	0%
Herendi	5 200 Ft	0	-	95%	4,90%	0,10%
Honvéd	60 000 Ft	1	60 000 Ft	91,90%	8%	0,10%
K&H Medicina	30 000 Ft	4	40 000 Ft	90,50%	9%	0,50%
Kardirex	30 000 Ft	1	120 000 Ft	91,50%	8%	0,50%
Long Life	30 000 Ft	1	30 000 Ft	83%	15%	2%
MKB	12 000 Ft	4	100 000 Ft	92,90%	7%	0,10%
Optiplusz	36 000 Ft	0	-	87%	12,90%	0,10%
OTP	24 000 Ft	1	100 000 Ft	92%	7,90%	0,10%
Patika	24 000 Ft	2	96 000 Ft	87,50%	12,50%	0,50%
Postás	48 000 Ft	2	60 000 Ft	91%	8,90%	0,10%
Pro Sanitate	12 000 Ft	0	-	83%	16%	1%
Pro V1ta	30 000 Ft	1	30 000 Ft	91%	8,50%	0,50%
Quaestor	24 000 Ft	2	24 000 Ft	89%	10%	1%
Servus	24 000 Ft	0	-	90%	9,50%	0,50%
Tempo	24 000 Ft	1	110 000 Ft	87,90%	12%	0,10%
Test-Vér	12 000 Ft	0	-	57%	43%	0%
Tradíció	6 000 Ft	0	-	80%	19%	1%
Új Pillér	120 000 Ft	1	200 000 Ft	96,80%	3%	0,20%
Vasutas	60 000 Ft	1	60 000 Ft	90,50%	9%	0,50%
Vitalitás	24 000 Ft	1	48 000 Ft	93%	6,50%	0,50%
Vitamin	36 000 Ft	1	36 000 Ft	91%	8,50%	0,50%
Wellness	24 000 Ft	0	-	95%	4,90%	0,10%
Átlagos értékek	**30 089 Ft**	**1,17**	**63 007 Ft**	**86,81%**	**12,68%**	**0,53%**

Forrás: Egészségbiztosítási Felügyelet (2008) Az önkéntes egészségpénztári szektor átfogó jellemzése.

M 18. EGÉSZSÉGPÉNZTÁRAK

Banki, biztosítói, biztosítói:

Allianz Egészségpénztár
AXA Egészségpénztár
Generali Egészségpénztár
K&H Medicina Egészségpénztár
MKB Egészségpénztár
OTP Egészségpénztár

Független:

Aranykor Egészségpénztár
Dimenzió Egészségpénztár
Honvéd Egészségpénztár
Quaestor Egészségpénztár
Tempo Egészségpénztár
Wellness Egészségpénztár

Ágazati, munkahelyi

Postás Egészségpénztár
Vasutas Egészségpénztár
Vitamin Egészségpénztár

M 19. EGÉSZSÉGPÉNTÁRI SZOLGÁLTATÁSOK KÖRE

A meghatározott feltételeknek megfelelő egészségügyi szolgáltatónál igénybe vett egészségügyi szolgáltatás, amely a társadalombiztosítási ellátás keretében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatást kiegészíti, vagy helyettesíti,

- otthoni gondozás;
- a természetgyógyászati jellegű szolgáltatások,
- gyógytorna, gyógymasszázs, fizioterápiás kezelések,
- gyógyfürdő, mozgásszervi betegeket ellátó nappali kórház, szanatórium, gyógyvíz-ivócsarnok és gyógybarlang egészségügyi szolgáltatásainak, gyógyellátásainak igénybevétele,
- közfürdők fürdőgyógyászati részlege által nyújtott gyógykezelések igénybevétele
- sporttevékenységhez közvetlenül kapcsolódó kiadások, (pl. pálya-, uszoda-, terem-foglalkozáson részvételre jogosító bérlet)
- aktív testmozgást segítő sporteszköz vásárlásának támogatása (a pénztártag naptári évenként legfeljebb 70 ezer forint összegben)
- braille írással készült könyvek, magazinok árának a támogatása;
- mozgáskorlátozott, megváltozott egészségi állapotú személyek életvitelét megkönnyítő speciális eszközök árának támogatása, lakókörnyezetük szükségleteikhez igazodó átalakítása költségeinek támogatása. (pl.: korlátok, kapaszkodók felszerelése, ajtók, kijárok, folyosók szélesítése, emelőeszközök beszerelése)
- vakvezető kutyával összefüggésben felmerült költségek támogatása;
- egészségügyi szolgáltató, vagy természetgyógyász által nyújtott alábbi szolgáltatások:
- szenvedélybetegségekről való leszoktatásra irányuló kezelések;
- méregtelenítő kúra;
- léböjt kúra;
- preventív kúra mozgásszervi panaszok megelőzésére;
- fogyókúra program.

A pénztár az alábbiakban felsorolt pénzbeli szolgáltatásokat nyújthatja:

- gyógyszer és gyógyászati segédeszköz árának támogatása;
- pénztártag betegség miatt keresőképtelensége esetén a kieső jövedelmének teljes vagy részbeni pótlása;

- a pénztártag vagy közeli hozzátartozója halála esetén a hátramaradottak segélyezése.
-

A hatályos jogszabályok értelmében a prevenciós szolgáltatások igénybevételére költött összeg 10 százaléka adókedvezményként számolható el.
A prevenciós szolgáltatások körét a jogszabály[45] szigorúan rögzíti. Az adókedvezmény és ezzel együtt a szolgáltatások igénybevételének feltétele, hogy a pénztártag egészségi állapotáról a pénztárral szerződött szakorvos felmérést készítsen, s abból személyre szabott egészségtervet alakítson ki. Az egészségterv egyebek mellett olyan életmódra vonatkozó javaslatokat tartalmaz, amely kiterjed:

- a táplálkozási szokásokra;
- a sporttevékenységekre;
- a gyógyászati szolgáltatásokra;
- az esetleges kúraszerű ellátásokra.

Ezek alapján indokolt, az egészség megőrzését és a megbetegedések megelőzését elősegítő gyógyfürdő, gyógytorna és sporteszköz beszerzéséhez kapcsolódó szolgáltatások prevenciós szolgáltatásnak minősülnek. Mindezeken túl prevenciós szolgáltatásnak minősülnek az elkerülhető megbetegedések korai felismerésére irányuló szűrővizsgálatok, ideértve az OEP által nem, vagy csak bizonyos feltételek mellett finanszírozott szűrések is:
- méhnyakrák szűrés;
- emlőrákszűrés;
- vastagbélrák szűrés;
- prosztatarákszűrés;
- mozgásszervi szűrés;
- AIDS-szűrés;
- mentális zavarok korai felismerését célzó szűrés;
- fogászati szűrés.

A felsorolt szolgáltatások csak akkor minősülnek prevenciós szolgáltatásnak, ha a pénztártag a javaslatokat elfogadja, és a megvalósításban együttműködik, továbbá, ha a személyes egészségterv a szolgáltatás igénybevételének időpontját megelőző két éven belül készült.

[45] 263/2003. (XII. 24.) Korm. rendelet

Természetesen az itt megjelölt szolgáltatások összetétele jelentősen függ az Országos Egészségpénztár által finanszírozott szolgáltatások összetételétől és módjától, valamint azok elérhetőségétől és színvonalától.

M 20. ÜZLETI BIZTOSÍTÓK LEGNÉPSZERŰBB KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI AJÁNLATAI

a) Műtéti térítés: a szerződés tartama alatt bekövetkezett betegség vagy baleset miatt szükséges műtét vagy egyéb sebészi beavatkozás esetén nyújt egyösszegű anyagi támogatást. A térítés mértéke függ a műtét súlyosságától és a szerződésben szereplő biztosítási összegtől. Átlagosan 50-100 ezer forint között mozog a biztosítási fedezet.
b) Kórházi napi térítés: a biztosító egy előre meghatározott összeget fizet a kórházban töltött napokra, mely független a kórházi költségektől. Átlagosan 2-3 ezer forint a biztosítási fedezet.
c) Rettegett betegségekre (kiemelt kockázatú betegségek) kötött biztosítások: a biztosító akkor fizeti ki az előre meghatározott biztosítási összeget, ha a szerződés időtartama alatt súlyos betegséget diagnosztizálnak a biztosítottnál. Ez a biztosítás általában a magas ápolási költséggel járó, a munkaképességet tartósan és jelentősen befolyásoló betegségekre vonatkozik. Ilyenek például a koszorúér-betegségek, daganatos betegségek, szervátültetések, krónikus veseelégtelenség, AIDS stb. A 40 év felettiek körében a legnépszerűbb. A biztosító átlagosan 500 ezer és egymillió forint közötti összeget fizet.
d) Gyógyulási támogatás: a műtét utáni felépülés, a rehabilitáció idejére nyújt anyagi támogatást. Betegség idején csökken a jövedelem, hiszen a táppénz nem a teljes fizetés összege. A kisebb bevétel és a megnövekedett kiadások terhe okozta nyomás késleltetheti a gyógyulás folyamatát. A gyógyulási támogatás segíthet ennek leküzdésében.
e) Végleges, 100 százalékos munkaképesség-csökkenés
f) Keresőképtelenségi napi térítés: biztosított betegsége vagy balesete esetén akkor nyújt szolgáltatást, ha a biztosított keresőképtelen állományba kerül.
g) TB I. és II. rokkantság

M 21. ÉLETBIZTOSÍTÁS MELLÉ KÖTHETŐ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK

Biztosító	Életbiztosítás mellé köthető kiegészítő biztosítások
OTP Garancia	- Kórházi szolgáltatásokra - Rokkantság esetére - Keresőképtelenség esetére - Rettegett betegségek esetére - Díjfizetés átvállalására
Ahico	- Kórházi napi térítésre - Műtéti térítésre - Kritikus betegségekre - Rokkantság esetén díjmentesítésre - Orvosi konzultációra
Aviva	- Gyerekek egyes súlyos betegségeire - Díjmentesítés rokkantság esetén
K&H	- TB I-II. rokkantságra - Munkaképesség-csökkenésre szóló - Csonttörésre - Kórházi napi térítésre - Műtéti térítésre - Kritikus betegségekre
Signal	- Betegség eredetű kórházi napidíjra - Műtéti térítésre - Csonttörés vagy egyéb súlyos sérülés esetén nyújtandó azonnali szolgáltatásokra - Munkaképtelenség esetére - TB I-II. rokkantságra - TB III. rokkantsági csoportra
ING Főnix II.	- Kritikus betegségekre, illetve halálesetre szóló biztosítás - Műtéti térítésre szóló biztosítás - Kórházi napi térítésre szóló

	kiegészítő biztosítás - Rokkantsági járadék kiegészítő biztosítás
Generali-Providencia Testőr	- Kórházi napi térítésre - Műtéti térítésre - Kritikus betegségekre
Aegon Vénusz, Gyógyforrás, Mix	- Kórházi napi térítésre - Műtéti térítésre - Kritikus betegségekre
Allianz Medicina, Medicina plusz	- Kórházi napi térítésre - Műtéti térítésre
Axa Nefelejcs, Hajnalka	- Kórházi napi térítésre - Műtéti térítésre - Kritikus betegségekre
Uniqua MultiHelp	- összegtérítéses kiegészítő - Kórházi napi térítésre - Műtéti térítésre

Forrás: Biztosítók honlapjai alapján és személyes felmérés alapján, saját szerkesztés

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönöm családomnak, akik mindennap támogattak és biztattak, hogy ne adjam fel.

Dr. Borszéki Éva konzulensemnek, aki szakmailag támogatott a dolgozat megírásában. Köszönöm a hasznos tanácsait, ajánlásait, bíráló megjegyzéseit.

Ezúton köszönöm a mélyinterjús kutatásom résztvevőinek, akik időt szakítottak a beszélgetésre, és őszinte véleményükkel hozzájárultak a kutas eredményeihez.

Köszönet dr. Lukács Mariannának, aki kritikai megjegyzéseivel, szakmai hozzáértésével nagyban hozzájárult az anyag megszületéséhez.

A statisztikai elemzésben Dr. Kincses Áron segítségét, aki a módszertani problémák esetén volt segítségemre.

Dr. Majoros Pálnak, aki a dolgozathoz kötődő publikációs tevékenységemet mindvégig segítette, és támogatást nyújtott a dolgozat szerkezetének kialakításában.

Sajósiné dr. Kováts Magdolnának, aki arra buzdított, hogy kezdjem el a PhD tanulmányaimat és mindvégig támogatott a kutatásom során, mind emberileg, mind szakmailag.

Ezen kívül több olyan kollégámnak is köszönöm a közreműködését, akik bátorítottak és hittek abban, amiben fáradozok, új erőt adva ezzel a munka befejezéséhez.