

**Szent István Egyetem
Gödöllő**

**Gazdaság- és Társadalomtudományi Kar
Gazdálkodás és Szervezéstudományok Doktori Iskola**

**A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK SZEREPE AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN AZ EURÓPAI
UNIÓBAN ÉS MAGYARORSZÁGON**

DOKTORI (PH.D.) ÉRTEKEZÉS TÉZISEI

**Készítette:
VALLYON ANDREA**

**GÖDÖLLŐ
2011**

A doktori iskola megnevezése: Szent István Egyetem
Gazdálkodás és Szervezéstudományok Doktori Iskola

A doktori iskola tudományága: gazdálkodás és szervezéstudományok

A doktori iskola vezetője: Dr. Szűcs István
MTA doktora (közgazdaságtudomány), egyetemi tanár,
Szent István Egyetem, Gödöllő
Gazdaság- és Társadalomtudományi Kar
Közgazdaságtudományi és Módszertani Intézet

Témavezető: Dr. 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

1.BEVEZETÉS

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 jóléti államok válságát okozó tényezők közül az egyik legsúlyosabb a lakosság elöregedése, mely ráadásul párosul az aktív szakasz lerövidülésével is. Az idősödő népesség szempontjából különösen érintett Olaszország, Németország, Japán, Ausztria valamint Hollandia lakossága. 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. Az egészségügyi kiadások a gazdasági növekedésnél gyorsabb ütemben növekedtek, és növekednek. Olyan más költséggeneráló determinánsokról sem szabad megfeledkezni, mint a potyautas szindróma, epidemiológiai változások, az információs technika fejlődése, vagy a moral hazard (az erkölcsi kockázat) kérdése. A fentiekben vázolt problémák egyre nagyobb teherként jelentkeznek a jóléti államokban, és megoldást várnak. Számos reformfolyamatot figyelhetünk meg az Európai Unió országaiban, így Magyarországon is. Úgy gondolom, hogy e törekvések, illetve kiigazítások a társadalombiztosítás rendszerén állandósulnak, hiszen egyre gyorsabban változó világunk kikényszeríti ezt. A kérdés azonban az, hogy vajon elegendőek lesznek-e a jövőben várható problémák megoldásához.

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

A szakirodalom feldolgozása után az elemzések során három kérdésre 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, kiemelten 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 a fejlett országok, majd az EU országaiban.
2. A kiegészítő egészségbiztosítások szerepének bemutatása és gazdaság statisztikai elemzése a rendelkezésre álló legfrissebb OECD Health Data (2011) adatbázisának felhasználásával a kölcsönhatások feltárása céljából.
3. Kvalitatív célkitűzésem a kiegészítő egészségbiztosítások szerepének, helyének definiálása az egészségügyben a magyarországi piacon lévő üzleti biztosítók, egészségpénztári vezetők és a szakma elméleti szakértőinek mélyinterjúk megkeresése, véleményeik megismerése alapján.

A fenti kérdések 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.

Kutatási eredményeim, javaslataim során törekedtem arra, hogy a témát politikamentesen, szigorúan a tényekre alapozva közelítsem meg. A dolgozat eredményeképpen olyan új és újszerű kutatási eredményeket fogalmaztam meg, mely az Európai Unió 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. ANYAG ÉS MÓDSZER

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. Mivel a kiegészítő biztosítások alatt a különböző európai országokban más és mást értenek, igyekeztem mindig pontosan behatárolni a vizsgált területet.

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*.

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 adatai alapján. Az OECD Health Data adatbázis alkalmazását az indokolja, hogy kifejezetten az Uniós országok adatait nyilvántartó Eurostat rendszerben ilyen típusú adatbázis nem található. A többi Európai Unió országára 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 alaptételeit vettem figyelembe.

Az egyén egészségi állapotát genetikai állománya és a külső tényezők együttesen határozzák meg. (Kincses, 1999) Jelen kutatás nem vizsgálta a belső tényezők országonkénti eltéréseit és összefüggéseit, kizárólag csak a **külső tényezőkre** fókuszált, amelyek az életmóddal, az egészségügyi ellátás hozzáféréseinek egyenletességével és fejlettségével jellemezhetőek. Az általam választott külső tényezőket jellemző determinánsok kiválasztásánál igyekeztem 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: a születéskor várható élettartamot, a GDP arányos egészségügyi kiadásokat¹, a felsőfokú végzettségű egészségügyi dolgozók arányát², az eltartottsági rátát³, a munkanélküliségi rátát, a felsőfokú végzettségűek arányát vettem figyelembe.

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. A kutatás első fázisában a statisztika módszertanából ismert többváltozós elemzési módszereket alkalmaztam. A **főkomponens-, klaszteranalízist, valamint különféle asszociációs mérőszámokat, továbbá többváltozós regressziót**. Az elemzéshez az SPSS 17.0 rendszerét használtam. Az adatok térképen való ábrázolásához pedig az ArcView 3.2 nevű szoftvert.

A **második kutatás** a magyarországi kiegészítő biztosítások jövőbeli lehetséges szerepének vizsgálatára vonatkozott. Ehhez a lehetséges primer információgyűjtési módszerek közül a **kvalitatív mélyinterjúk készítését** választottam, melyek a problémák azonosításában és feltárásában bizonyultak hasznosnak. 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. 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. Az interjúalanyok kiválasztásánál a kutatás minősége érdekében a mintavételi keretbe kizárólag felelős vezetők, a szakma elismert képviselői kerültek be az egészségbiztosítás különböző területeiről. Az adatfelvételi periódus során 17 interjú készült 2008 őszétől 2010 tavaszáig tartó időszakban. Az interjúalanyok a listában (lásd a 1. sz. táblázat) betű és számjellel jelennek meg, valós beosztásukkal. Az eredmények bemutatása során az anyagban jelzésükkel hivatkozom rájuk, mely egyúttal a kutatás adott területét is jelzi. A kvalitatív adatgyűjtés során félig strukturált interjúkat, interjú sorozatokat készítettem. 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

¹ Teljes egészségügyi kiadások a GDP %-ában

² A 100 000 fős népesség arányában.

³ 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.

elképzeléseivel, ötleteivel, véleményével gyakran még csak szóban jelenik meg. 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.

1. sz. táblázat: A mélyinterjúk 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 | Fővárosi egészségpénztár vezető |
| | C3 | Vidéki egészségpénztár vezető |
| | 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 hozzátette |
| | E4 | Brókerszövetség elnöke |

Forrás: saját tábla

3. EREDMÉNYEK

Az elemzésem két fő részből áll. Az első részben kísérletet teszek arra, hogy az Európai Unió 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 egészségügyi finanszírozási arányokat. A második részben a magyarországi kiegészítő biztosítások terén kialakult helyzetet elemzem, különös tekintettel az önkéntes egészségpénztárak helyzetére. A mélyinterjúk kutatás és a rendelkezésre álló adatok alapján megkísérlem feltárni a jelenbeli helyzet problémáit, és a jövőbeni várható tendenciákat, felhasználva az első részben kapott eredményeket.

3.1 Az Európai Unió országok egészségügyi statisztikai vizsgálatai

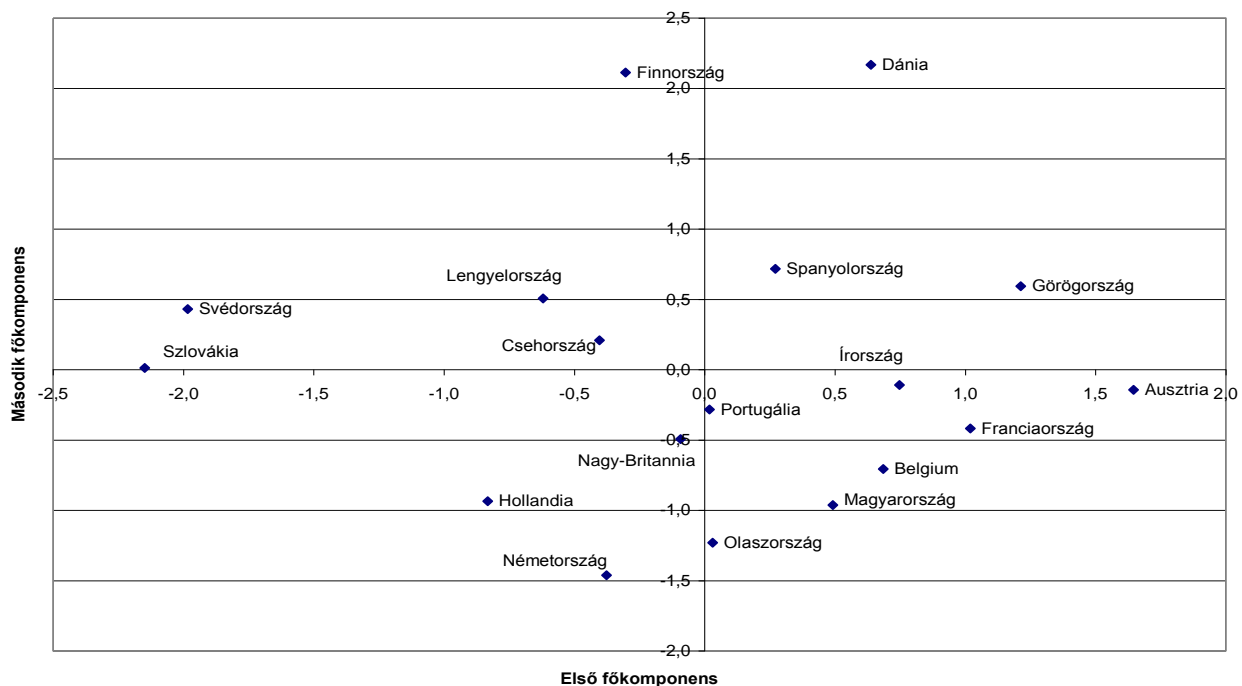
Az elemzésem során arra kerestem a választ, hogy vajon van-e bármiféle összefüggés egy ország gazdasági és szociális tényező és a között, hogy az egyes országokban az egészségügyi magánbiztosítások milyen szerepet töltenek be. Az eddig általam ismert és tanulmányozott kutatások döntő többsége csak a biztosítást vásárlók jövedelmi szintje és a biztosítások száma között mutatott ki erős és szignifikáns kapcsolatot. Azonban nem találtak kapcsolatot arra, hogy az egyén egészségügyi kockázata hatna-e a biztosítás vásárlására. Paccagnella (2005) és társai a SHARE országokra irányuló kutatásukban mindössze annyit állapítanak meg, hogy az önkéntes egészségbiztosítás vásárlását befolyásoló tényezők különbözőek a vizsgált országok tekintetében, és ezek a különbségek 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 egészségi terheltségi, szociális jellemzők befolyással lehetnek-e egy ország egészségügyi rendszerére. A vizsgálatban szereplő 18 ország tekintetében van-e olyan tényező, amely konvergál az Európai Unióban?

A statisztikai elemzésem négy részből áll. Az első részben a különböző országok egészség-terheltségével, a másodikban az egészségügyi-szociális állapotokkal, a harmadikban az erre adott társadalmi válaszok különbözőségeivel foglalkozom. A negyedik részben pedig az első három pillér közötti összefüggéseket elemzem.

Az országok **egészségügyi tényezőinek vizsgálatakor elsőként a környezet és az emberek egészségi terheltségét elemeztem.** Az életmód és a káros környezeti hatások az egészségi állapotot nagymértékben meghatározzák. Ezen tényezők pedig társadalmi minta és jövedelempozíció függvényei. (Kincses, 1999) 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 népességben belüli arányával, a légszennyezettséget pedig a gazdaság évenkénti, kilogrammokban mért, egy főre jutó nitrogén-oxid és szénmonoxid kibocsátásával mértem. Főkomponens analízist alkalmaztam a hat tényező redukálására. Ennek eredményeképpen két főkomponenst különítettem el. 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 emberektől függő egészségi terheléssel. Az 1. sz. ábrán az egészségi terheltséget leképező két főkomponens értékeit egyszerre ábrázoltam a vizsgált 18 országban.

1. sz. ábra Egészségi terhelések a vizsgált országokban

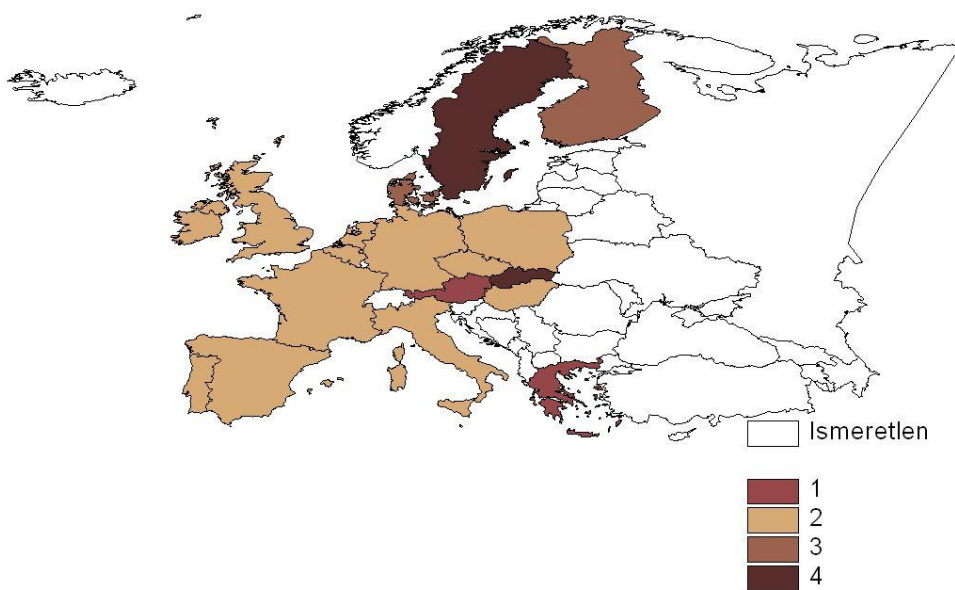


Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját ábra

A dohányzók arányának kapcsolata az első főkomponenssel a leggyengébb. A második főkomponens a légszennyezettség mérőszámaival, azaz inkább a külső környezeti terheltséggel mutatott szignifikáns kapcsolatot. Egészségi terheltség szempontjából megállapítható, hogy a legkevésbé rombolják egészségüket a svédek, lengyelek és szlovákok. A vizsgált tényezők alapján az osztrákok és a franciák egészségi terheltsége a legnagyobb. A környezeti ártalmak leginkább a finneket, görögöket és dánokat, legkevésbé a magyarokat, németeket, portugálokat és olaszokat érintik. Kimutattam, hogy Görögország, Dánia és Spanyolország esetén a környezet és az emberfüggő egészségi terheltség értékei is magasak, míg Németország, Nagy-Britannia és Hollandia esetén éppen fordított. Megállapítottam, hogy ha a fenti ország-csoportok finanszírozási modelljeit és az eddig elért eredményeket alapul véve egyértelmű meghatározottság nem mutatható ki. 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 rendszer van. A két másik egészséges nemzet rendszere bismarcki alapokon nyugszik. Az alapadatokból nyert standardizált két főkomponenst egyszerre vizsgáltam. Az eredmény a 2. sz. ábrán lévő térképen látható.

2. sz. ábra: A klaszterek



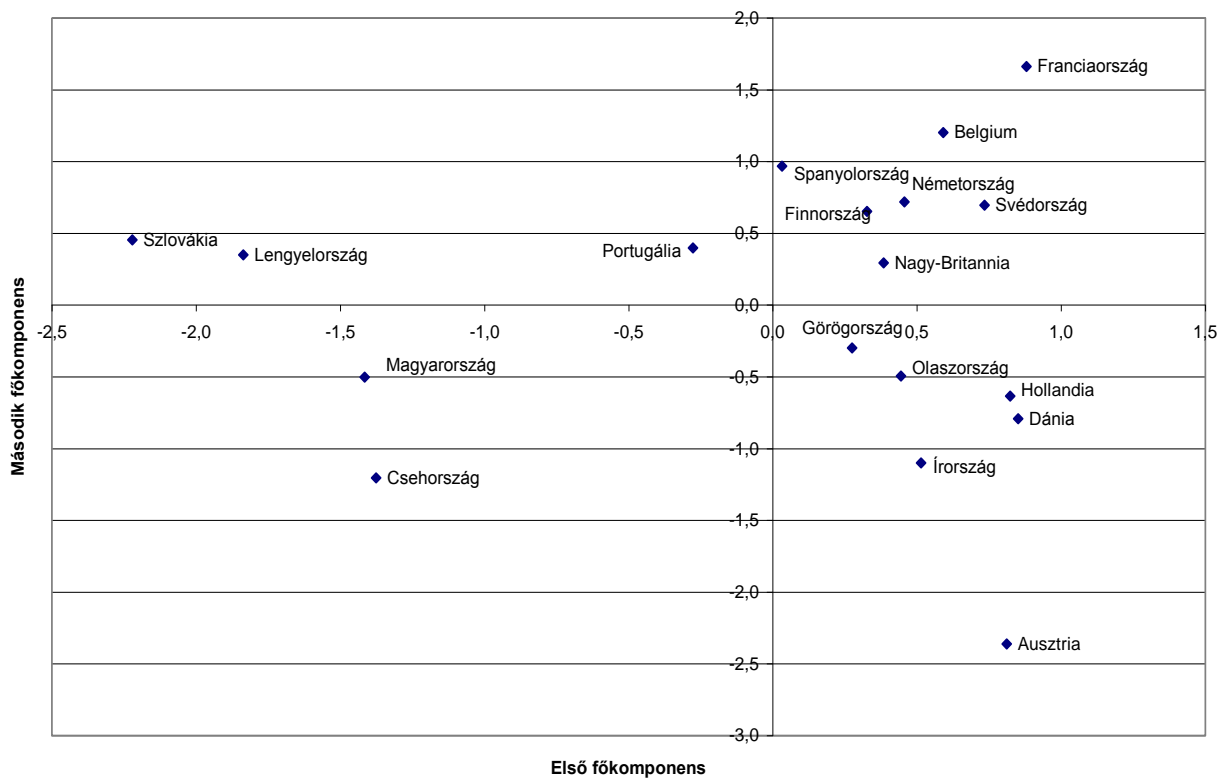
Forrás: OECD (2011) Health Data adatai alapján saját számítások felhasználásával, saját ábra

Eszerint hazánk sokkal inkább a nyugat-európai országokra hasonlít, velük alkot egy tömböt. 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. Ausztria és Görögország, valamint Dánia és Finnország alkotja a másik két klasztert az emberek egészségi terheltségének szempontjából. 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.

Második lépésben az általam **egészségügyi-szociális állapotnak** nevezett jellemzőket kíséreltem meg feltárni a vizsgált 18 EU országban. Egyrészt az egészségügyi helyzetet reprezentáló

születéskor várható élettartamot, a GDP arányos egészségügyi kiadásokat⁴, és a felsőfokú végzettségű egészségügyi dolgozók arányát vettem figyelembe. Másrészt néhány társadalmi mutatót vettem számba, az eltartottsági⁵ és a munkanélküliségi rátát, illetve a felsőfokú végzettségűek arányát a teljes népesség százalékában. Az elemzéshez a főkomponens és a klaszteranalízis eszközeit használtam.

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



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

Megállapítottam, hogy a választott hat egészségi – szociális 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 egy csoportot alkot. A visegrádi országok egységes megjelenése a vizsgálat során területi egységet jelent, a többi európai országgal szemben.

⁴Teljes egészségügyi kiadások a GDP %-ában

⁵Az 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.

A következő lépésként a 18 uniós országban **az egészségügyre fordított forrásainak megoszlását** vizsgáltam. Az átlaghoz (8,12%) képest magas a magánbiztosítások aránya Hollandiában (31,8%), Görögországban (17,3%), Franciaországban (14,8%), és Németországban (10,2). Svédországban, Csehországban, Olaszországban, és Dániában pedig jóval átlag alattinak mondható. A 2006-os adatokhoz képest Hollandia, Belgium és Görögország tekintetében számottevő változások figyelhetők meg az arányokat illetően. Görögországban és Hollandiában a magánbiztosítás aránya jelentősen megnövekedett. Ez a változás a 2006-os holland egészségbiztosítási rendszer reform következménye. Ha a kiugróan magas eredményeket összevetjük az adott országban alkalmazott finanszírozási modellel, vagy az első és második fejezet eredményeivel egyértelmű következtetésre nem juthatunk. Hollandia és Németország tekintetében a relatíve magas privát biztosítási arányok egybeesnek a relatíve egészséges egészségügyi terheltségi eredményekkel. De a többi ország tekintetében ilyen egyértelműség nem áll fenn.

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

Megállapítottam, hogy 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 kérdéseire vezet. Úgy gondolom, hogy a kiegészítő egészségbiztosítások szerepének **vizsgálatakor a megelőzés lehet egy olyan terület, amely összekapcsolhatja az egészségbiztosítási piac szereplőit, és teremthet szinergiát.**

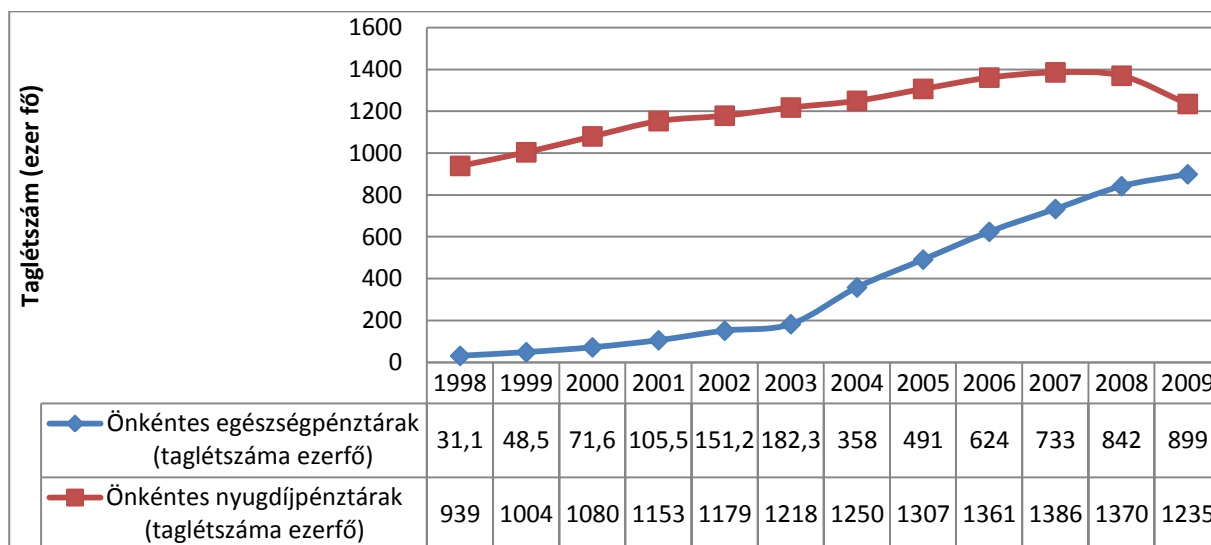
Megállapítottam, hogy ahol a központi kormányzat és a társadalombiztosítás arányai magasak, ott kevesebb a felsőfokú egészségügyi dolgozók aránya. Míg a környezettől függő egészségi terheltség (környezetszennyezés) sokkal kisebb, mint más helyekben.

Kimutattam, hogy a háztartások közvetlen finanszírozásai leginkább ott magasak, ahol gyengébbek az egészségügyi, szociális feltételek.

3.2 Kiegészítő biztosítások és egészségpénztári szolgáltatások Magyarországon

Magyarországon magán egészségbiztosításra két eltérő intézményrendszeren keresztül nyílik lehetőség. Az egyik az 1995. évi XCVI. biztosítási törvény alapján nyújtott pénzbeli szolgáltatásokat jelentő egészségbiztosítások. A másik lehetőség pedig az 1993.évi XCVI. pénztári törvény alapján önszerveződő, non-profit egészségpénztárak által kínált tagságon keresztül elérhető kiegészítő egészségcélú öngondoskodás.

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



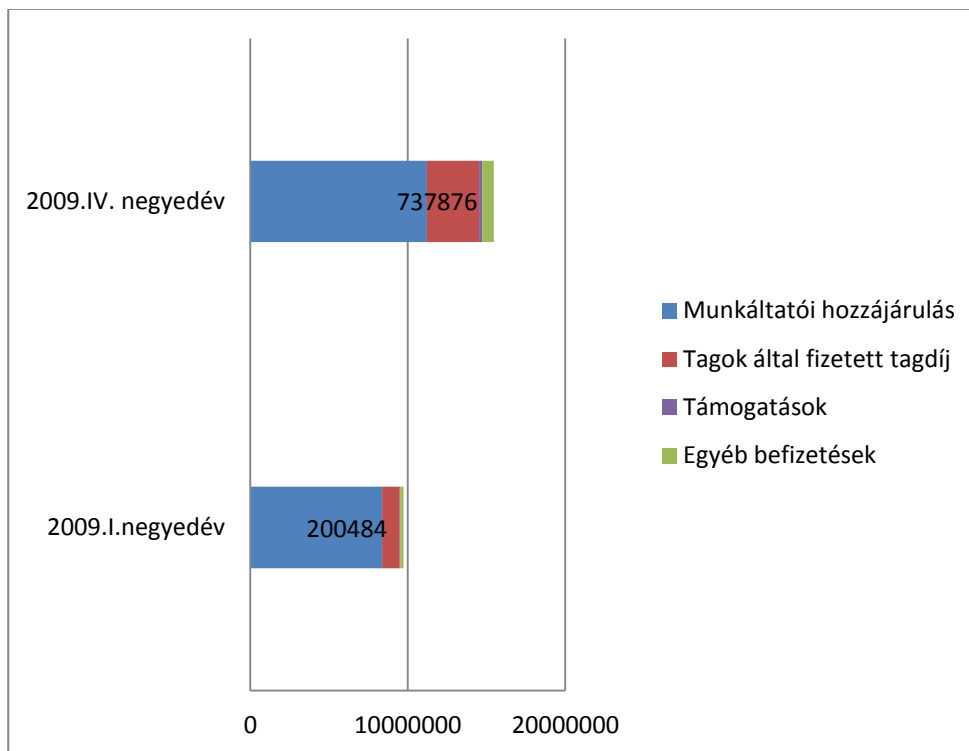
Forrás: PSZÁF adatai alapján, saját szerkesztés

Az **egészségpénztárak súlya a háromszereplős önkéntes pénztári piacon** mind vagyon, bevétel és 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 önszegélyző pénztárak fejlődése 2006. évtől kezdve megakadt, 2008-ra bevételeük, az öt évvel ezelőtti harmadára csökkent. Az egészségpénztári szféra térnyerése elsősorban az önszegélyző pénztárak zsugorodó populációjának, és az azzal párhuzamosan csökkenő bevételeknek köszönhető. 2003-tól az éves növekedés üteme felgyorsult a pénztáraknál. Ez egyrészt a pénzügyi alapítású pénztárak megjelenésével, illetve eredményes tagtoborzásukkal, valamint a pénztári szférában az érvényesíthető adókedvezmények egységesülésével magyarázható. Másrészt azzal, hogy az egészségpénztári hozzájárulások megjelentek a cafetéria rendszerben.

A **bevétel és vagyonnövekedést** illetően is hasonló dinamika figyelhető meg, mint a taglétszámoknál az elmúlt éveket tekintve. Az egészségpénztári bevételeknek elsődleges és másodlagos forrásainak döntő hányadát a munkáltatói hozzájárulások jelentik. Ez 2002 óta 80%

körül ingadozik. Az elsődleges bevételi források között megjelennek a tagok által fizetett egyéni tagdíjak (14,5%) és eseti befizetések (4%), valamint a kapott támogatások értéke (1,5%). Az elsődleges bevételeknél szezonális ciklikusság figyelhető meg.

5. sz. ábra: Az elsődleges bevételek megoszlása 2009.év első és a negyedik negyedében



Forrás: Stabilitás Szövetség adatai alapján saját szerkesztés

A negyedik negyedév rendszeresen erős és az első negyedévben visszaesés figyelhető meg. 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 pénzüik minél kevesebb időt töltsön a pénztárban, így az utolsó negyedév befizetései erősen meghaladják az előző negyedéveket, míg a taglétszámok a többi időszakhoz hasonlóan növekednek. 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 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.

Bemutattam, hogy míg a **gyógyító ellátásokat adókedvezmény támogatja**, a **prevenációs szolgáltatásokat adófizetési kötelezettség** terheli. Ez a tény szükségszerűen ahhoz vezet, hogy a megelőzés fontossága háttérbe szorul az egészségpénztári tagoknál.

A **kiegészítő biztosítások magyarországi szerepét vizsgáló felmérésben** magát a **kiegészítő biztosítás fogalmának értelmezéseit** kutattam. Kimutattam, hogy az „alternatív kiegészítő biztosítás”, mint ún. kiegészítő funkcióval rendelkező biztosítási forma, ugyan már a gyakorlatban ismert fogalom, a szakirodalomban nem található a tipizálása. A társadalombiztosítás mellett létező forma, mely nem a hagyományos értelemben vett kiegészítő jelleggel bír, hanem duplikáltan létezik mellette. 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 helyettesítő biztosítás megjelenése kettős Magyarországon. Egyrészt a **társadalombiztosításból kiszorultak** számára köthető magánbiztosítás, mely alternatívát jelenthet a kiszorulók számára. Másrészt a társadalombiztosítás által kínált szolgáltatással **elégedetlenek számára**. Ők azok, akik hajlandóak és tudnak többet fizetni jobb színvonalú egészségügyi szolgáltatásért még úgy is, ha mellette a kötelező egészségbiztosítási járulékot a társadalombiztosítási rendszerbe befizették. [A2]

Az interjúk során a válaszadók döntő többsége a kiegészítő biztosításokat a „társadalombiztosítás által meghagyott térben működő” [A1], ún. második szintként [A3], vagy második és harmadik pilléreként [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 alapsomagon 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].

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 becsülésével 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. 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 nem szabad elfelejtkezni róluk, mint a magánfinanszírozás megjelenési formáiként. 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 **társadalombiztosítás és az üzleti biztosítók együttműködési lehetőségeit** jellemezve a válaszadók mindegyike az **alapsomag definiálatlanságát** említette meg alap problémaként. A jellemző vélemény szerint, ha meg lenne határozva 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 az alapszolgáltatást kiegészítve egészségügyi szolgáltatást nyújtsanak a kiegészítő biztosítások területén. 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) Tovább kutatva a problémát azonban kiderült, hogy bár sokak részéről az elsődleges válasz az alapsomag definiálatlansága, azonban akár informatikailag, akár a szakmai protokollokat, vagy a betegségek nemzetközi osztályozási rendszerét (BNO) tekintve az meghatározott. Az interjúalanyaim közül csak ketten említették (D1, A1) „Tulajdonképpen meg van határozva annak az egzaktságnak megfelelően, ahogy lehet” (D1), de az az érzete mindenkinek, hogy nincs. Ez pedig attól az ún. „gumi szabályból” ered, ami az egyedi méltányosságot figyelembe véve működik. Tehát az alapsomagból való ki- és bekerülésnél van egy határsáv, amely egyedi elbírálást, döntést igényel, és ez okozza a bizonytalanságot.

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. Ez ellentétes az **autószelekcióval**, amikor is a veszélyérzete az ügyfélnek megvan, az átlagnál jobban tart egy bizonyos kár bekövetkezésétől és ezért így magas

összegű kockázati biztosítást köt. Ez jellemzően az életbiztosítás Magyarországon. Így természetesen 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 az mondható el, hogy kialakulóban vannak, mint átalakulóban. Magyarországon a piaci igényekhez való alkalmazkodás folyamatos, de nagyon kis lépésekben történik. A legtöbb biztosítónál ún. **összegbiztosítási csomagot** lehet vásárolni, de már megjelentek az úgynevezett **szolgáltatásfinanszírozó biztosítások** is. A Magyarországon működő üzleti biztosítók közül jelenleg hét magánbiztosítónál találunk önállóan köthető egészségbiztosítási terméket. Ezek közül az önállóan köthető egészségbiztosítási lehetőségek közül összesen három olyan termék van (Vitalitas, Procure Exkluzív, Pivate Med), amely tulajdonképpen az „igazi”, a társadalombiztosítás által nyújtott szolgáltatásokon túl nyújt természetbeni szolgáltatásokat is. 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 egy **nagyszabású kísérlet volt**, melynek során az ügyfelek magas színvonalú kiszolgálása mellett, megfelelő tapasztalatot kívánt gyűjteni annak érdekében, 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)

Bár már 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, mint havonta fixen kifizetni több ezer forintot. Az üzleti biztosítóknak csak akkor éri meg befektetni az egészségbiztosításokba, ha a szolgáltatások nem vásárolhatók meg hálapénzért. Az üzleti biztosítók szerepe jelenleg marginális, azonban véleményem szerint jelentős növekedési potenciállal bírnak a jövő tekintetében. Azonban 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 a betegbiztosítás marginális szereppel bír. Ezt támasztja alá az a tény is, hogy 2010-ben a biztosítók által kötött szerződések 0,8%-át adták a kiegészítő egészségbiztosítások. 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.

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 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 alapsomag hiányát említik, mint egyik fő akadályát az illeszkedésnek [C3, C4]. 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 megtekintnék, már akkor is számos jó ötlettel és javaslattal gazdagodhatnak, különösen az ellenőrzés tekintetében. Mind a pénztárak, mind pedig az üzleti biztosítók nagy hangsúlyt fektetnek a szolgáltatások minőségi és mennyiségi ellenőrzésére. „Az OEP-nél a szolgáltatásokat 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.

3.3 Új és újszerű tudományos eredmények

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

1. A jövőben a kiegészítő egészségbiztosítások az EU országokban nem 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 Szlovákiában, a Svédországban és a Hollandiában 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 népességben belüli aránya.
- Az Ausztriában és Franciaországban élőknel 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 biztosító rendszer esetén a háztartások közvetlen finanszírozásai átlagosan fele akkora, mint az egy biztosítónál.

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

3. Az „alternatív kiegészítő biztosítás”, mint ún. 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 kiszorulóknak 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 preventív 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.
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.
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. 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 számára, valamint a pénztárak számára lehetővé válik az, hogy mint elismert pénztár működjenek, akkor szerepük változhat.

4. KÖVETKEZTETÉSEK ÉS JAVASLATOK

Az EU 1994. évi 3. direktíva, eltávolította a potenciális akadályokat a határokon átívelő biztosítási piac és szolgáltatások szabad áramlása elől. Tehát elviekben 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 **fogyasztókat előtérbe helyező szabályozásnak kell ezt követnie**. 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.**

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 alapt biztosítás 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 alapsomag definiátlansága, az antiszelekció hatása, a hálapénz, mind konkurencia jelenléte, az erős középosztály hiánya⁶, 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 **alapsomag definiálásra** kerül, a készpénzfizetéses ellátások piaca szélesedhet. Ez természetesen olyan módon kell, hogy történjen, hogy ne sértse az egyenlő hozzáférés elvét. A túl tágran 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

⁶ A vezetők, alkuszok szerint Magyarországon az egészségbiztosítási keresletek jó részénél nem mindig a jövedelem a meghatározó.

hazánkban, bár kétségkívül a díjak várhatóan csökkennének. Ha lehetőség lenne 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 működésüket illetően. Ezek véleményem szerint a következők: a prevenció szerepének növelése a szolgáltatási körben, az adókedvezmények fenntartása, átcsoportosítása, valamint 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. A pénztárak előnyt élveznek nagyszámú tagságukkal abban a tekintetben is, hogy a megelőző szűrések szervezése olcsóbbak lesznek/lehetnek a tagok számára az üzleti biztosítókhöz 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 Unió 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.

A DISSZERTÁCIÓ SZERZŐJÉNEK AZ ÉRTEKEZÉS TÉMAKÖRÉBEN MEGJELENT KÖZLEMÉNYEINEK JEGYZÉKE

Tudományos folyóiratcikkek idegen nyelven

- 1.) Vallyon Andrea: The role of voluntary supplementary health saving funds in financing health care. Pénzügyi Szemle. 2011. 2. évf. 257-269 old. ISSN 0031-496-X.
- 2.) Vallyon Andrea: Analysis of the Voluntary Supplementary Insurance Market. EU Working Papers 2011/4. szám, BGF KKKF. ISSN 1418-6241.

Tudományos folyóiratcikkek magyar nyelven

- 1.) Vallyon Andrea – Forgács Anna: Egészségügyi rendszerek. Heller Farkas Füzetek: Közgazdaság- és Társadalomtudományi Folyóirat 2. évf. 2004/2. szám. 42-82 old. Tarsoly Kiadó. ISSN 1785-2455.
- 2.) Vallyon Andrea – Forgács Anna: Egészségügyi rendszerek az Európai Unióban és kívül (avagy, mérhető-e az egészségügyi rendszerek gazdasági, intézményi jellemzőinek hatása a lakosság egészségi állapotára?) EU Working Papers 7. évfolyam 2003/2. szám, 3-29 old. BGF KKKF. ISSN 1418-6241.
- 3.) Vallyon Andrea – Forgács Anna: Hat ország egészségügyi rendszerének története, reformjai és jelenlegi problémái. EU Working Papers 7. évfolyam 2003/3. szám, 3-45 old. BGF KKKF. ISSN 1418-6241.

Szakkikk

Magyar nyelven megjelent szakkikk

- 1.) Vallyon Andrea – Forgács Anna: Hol jobb betegnek lenni? I. Az Amerikai Egyesült Államok. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben - Az egészségügyi vezetők szaklapja. 2004. 3. évf. 7. sz., 12-17 old. ISSN 1588-6387.
- 2.) Vallyon Andrea – Forgács Anna: Hol jobb betegnek lenni? II. Németország. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben - Az egészségügyi vezetők szaklapja. 2004. 3. évf. 8. sz. 18-23 old. ISSN 1588-6387.

Tudományos Konferenciákon elhangzott előadások konferencia kiadványban megjelentetve

Idegen nyelven megjelent konferencia anyag

- 1.) Vallyon Andrea – Jäckel Katalin: Role of Private Health Insurance in Welfare Countries. 3rd International Conference on Business, Management and Economics. Yasar University, Cesme, İzmir – Turkey 13-17 June 2007. [e-conference –proceeding cd], session 39: Health and Privatization. ISSN 13061089.
- 2.) Jäckel Katalin – Vallyon Andrea: Higher Education as a Service - Frontline Audit in Higher Education. 3rd International Conference on Business, Management and Economics. Yasar University, Cesme, İzmir – Turkey 13-17 June 2007. [e-conference –proceeding cd], session 49: Education. ISSN 13061089.
- 3.) Vallyon Andrea – Semeginé Dr. Tariszka Éva: Health Insurance Systems in Switzerland and in the United States. MendelNet PEF 2007. European Scientific Conference of PhD Students 28. November 2007. e- conference proceeding. sekce ekonomie. ISBN: 978-80-903966-6-1
- 4.) Semeginé dr. Tariszka Éva – Vallyon Andrea: The Role of Informal Communication and its Effects on Organizational Operation. MendelNet PEF 2007. European Scientific Conference of PhD Students 28. November 2007. e- conference proceeding. sekce ekonomie. ISBN: 978-80-903966-6-1

Magyar nyelven megjelent konferencia anyag

- 1.) Jäckel Katalin – Vallyon Andrea: Frontvonal audit a felsőoktatásban. XIII. Ifjúsági Tudományos Fórum, Pannon Egyetem Georgikon Mezőgazdaságtudományi Kar 2007. március 22. p.5 Konferencia cd kiadvány. ISBN 978-963-9639-36-2.
- 2.) Vallyon Andrea – Jäckel Katalin: A kiegészítő biztosítások szerepe az egészségügyben Magyarországon és az Európai Unióban. XIII. Ifjúsági Tudományos Fórum, Pannon Egyetem Georgikon Mezőgazdaságtudományi Kar 2007. március 22. p.5 Konferencia cd kiadvány. ISBN 978-963-9639-36-2.
- 3.) Vallyon Andrea: Egészségbiztosítási trendek. A magyar- és világtudomány napja XI. 2007. november 8. Szolnoki Főiskola. Szolnoki tudományos közlemények XI. kötet. Konferencia cd kiadvány. ISN-419-256-X.

- 4.) Vallyon Andrea: A kiegészítő egészségügyi biztosítások szerepe és hatása az állami egészségbiztosításra Európa országában többváltozós gazdasági elemzési módszerek segítségével. A magyar és világtudomány napja, Szolnok 2008. november 6. Szolnoki tudományos közlemények XII. kötet. Konferencia cd kiadvány. ISN-419-256-X
- 5.) Vallyon Andrea: Az önkéntes egészségpénztári szektor szerepe és helye az öngondoskodásban. BGF Magyar Tudomány Ünnepe konferenciasorozat. 2009. november 5-16. Szakmai Füzetek 2010/28. szám 34-45 old. BGF KKK. ISSN 1587-5881.
- 6.) Az önkéntes egészségpénztárak szerepe az egészségügy kiegészítő magánfinanszírozásában. A Magyar- és Világtudomány Napja XIII., Szolnok 2009. november 12. Szolnoki tudományos közlemények XIII. kötet. Konferencia cd kiadvány. ISN-419-256-X