

# Magánfinanszírozás múltja, jelene és jövője Magyarországon

*Private health financing: past, present, future in Hungary*

**Dr. Váradi Péter**

Prémium Pénztárszolgáltató Kft.

Az egészségügyi kiadások elemzése nem öncélú tevékenység, hiszen érzékelhető (ha nem is teljes) pozitív kapcsolat áll fenn az egészségre fordított kiadások – amik az egyéneket és közösségeket a számukra szükséges szolgáltatásokhoz juttatják – és egy adott társadalom egészségi állapota között. Jelen tanulmányban a nem állami szereplők által finanszírozott kiadások és a gazdasági fejlettség összefüggéseit, a magyarországi egészségügyi kiadások összecszerűségét, összetételét és ezek időbeli változásait, a magyar intézményrendszert és a lehetséges továbblépés lehetőségeit tekintjük át, kiemelt figyelemmel a háztartások közvetlen kiadásaira és önkéntes finanszírozási rendszerekre.

A korábban uralkodó felosztás szerint egy adott ország egészségügyi ráfordításait a köz- és magánkiadások dichotómiájában értelmeztük. Az egészségügyi kiadások rendszerezésére alkalmazott módszertan a System of Health Accounts (SHA, 2011) eltérő, de sokkal átfogóbb megközelítést alkalmaz. Ennek segítségével vizsgáljuk a magyar helyzetet.

Az utóbbi évtizedekben a magyar egészségügyi kiadások 30%-át a magán szereplők finanszírozzák. Néhány kivételtől eltekintve a Közép-Kelet Európai régióban nem kísérte a GDP meredek emelkedését a háztartások egészségügyi kiadásainak jelentős csökkenése. Lengyelországban számottevően visszaesett, Csehországban és Szlovákiában nőtt, míg Romániában és Magyarországon stagnál ez a mutató.

Magyarországon az az intézményesített kiadások részaránya a folyó egészségügyi kiadásokon belül 2010 (5,5%) óta fokozatosan csökken, 2019-ben 3,5% körül alakult. Mind a nonprofit szervezetek, mind a biztosítók és pénztárak összesített kiadásai még nominálisan is alacsonyabbak voltak 2019-ben, mint 10 évvel azelőtt.

Ha Magyarországon csökkenteni akarjuk a háztartások közvetlen egészségügyi terheit, azaz a zsebből történő fizetést (out of pocket payment, OOP), akkor a többletforrás vagy az államtól, vagy a munkáltatóktól származhat. E mellett kockázatporlasztás miatt a háztartások közvetlen kiadásait az intézmények felé kell csatornánunk.

Az elsődleges cél, hogy a rendelkezésre bocsátott forrásokat a legnagyobb hatékonysággal konvertáljuk egészségnyereséggé. Ennek érdekében minél szélesebb rétegekhez el kell juttatnunk többletforrást költséghaté-

kony csatornákon keresztül az eltérő társadalmi szolgáltatási igényeket figyelembevéve és mindezt úgy, hogy növeljük az egyén felelősségét.

Megvalósítható cél lehet 5 éves időtávon belül az OOP 15% alá csökkentése, intézményesített finanszírozás, előtakarékosság és biztosítási elemek révén. Ezzel a háztartások katasztrofális egészségügyi kiadással sújtott arányát a V4 átlagához közelíthetjük.

**Kulcsszavak:** Egészségügyi finanszírozás, háztartások közvetlen egészségügyi terhei, magán egészségbiztosítás, egészségpénztárak.

*The analysis of health expenditure is not an end in itself, as there is a perceptible (even if not complete) positive relationship between spending on health - which provides individuals and communities with the services they need - and the health status of a given society. In this paper, we review the correlations between health care expenditures and economic development, the amount and composition of private health expenditure in Hungary and its changes over time as well as the Hungarian health financing institutional system and possible ways forward. A particular attention is paid to the voluntary health care payment schemes and household out-of-pocket payment health care financing schemes.*

*According to the previously prevailing categorization, the healthcare expenditure of a given country was interpreted in terms of the dichotomy of public and private expenditures. The System of Health Accounts (SHA, 2011), a methodology introduced a decade ago to provide a systematic description of the financial flows related to the consumption of health care goods and services, takes a different but much more comprehensive approach. We will apply it to analyze the Hungarian situation in this study.*

*In recent decades, 30% of Hungarian healthcare expenditure has been financed by private individuals and institutions. This is an extremely high ratio by European and regional standards. Within this, the proportion of voluntary health care payment schemes, that provides an opportunity for risk sharing, portability or is paid by another organization, is extremely low and decreasing (11%). Thus, 90% of the costs are paid out of pocket by households (OOP, direct contribution of households). Consequently, the probability that Hungarian households will face catastrophic healthcare*

*costs is extremely high. With a few exceptions, the steep rise in GDP in the Central and Eastern European region was not accompanied by a significant decrease in OOP. It dropped significantly in Poland, increased in the Czech Republic and Slovakia, and stagnated in Romania and Hungary.*

*In Hungary, the share of voluntary health care payment within current health expenditure (CHE) has been gradually decreasing since 2010 (5.5%), reaching around 3.5% in 2019. The aggregate expenditure of both non-profit organizations and insurers and/or health funds was even lower in nominal terms in 2019 than 10 years earlier. If we want to reduce the OOP in Hungary, the additional resources can come either from the state or from employers. In the current uncertain economic and geopolitical situation, it is unlikely that the Hungarian government will be able to further increase its own expenditure, so we need to extend employer contributions and try to channel household resources into voluntary health care payment schemes (health fund, insurance) to mitigate the risk of high spending through health savings and risk sharing.*

*The primary objective is to convert the available resources into health gain. To do this, we need to provide additional resources to the widest possible range of people through cost-effective channels, considering the different social service needs and all of this by increasing individual responsibility.*

*A feasible goal could be to reduce the OOP below 15% within a 5-year period, through institutionalized financing, medical savings and insurance elements, bringing the proportion of households with catastrophic health expenditure closer to the V4 average.*

*Keywords: health financing, out-of-pocket expenditures, private health insurance, medical savings account*

## BEVEZETÉS

A WHO által 2015-ben megfogalmazott cél, hogy minden egyén és közösség megkapja a számára szükséges egészségügyi szolgáltatásokat anélkül, hogy anyagi nehézségeket okozna számára. Ez az egészségügyi szolgáltatásokhoz való egyetemes hozzáférés (Universal Health Coverage). Az egészségügyi kiadások elemzése tehát nem öncélú tevékenység, hiszen érzékelhető (ha nem is teljes) pozitív kapcsolat áll fent az egészségre fordított kiadások – amik az egyéneket és közösségeket a számukra szükséges szolgáltatásokhoz juttatják – és egy adott társadalom egészségi állapota között. Ugyanakkor kiemelten fontos a háztartásokat terhelő közvetlen lakossági hozzájárulások alacsony tartása, mert ez biztosítja az egészségügyi javakhoz való, a szükségletek szerinti hozzáférést.

Az utóbbi évtizedekben a magyar egészségügyi kiadások 30 %-át teszi ki a magánfinanszírozás. Ez mind európai, mind régiós összehasonlításban rendkívül magas szám. Tovább rontva a helyzetet, a magánkiadásokon belül rendkívül alacsony és csökkenő (11%) a valamilyen kockázat megosztásra, porlasztásra lehetőséget adó, vagy más szervezet által fizetett intézményesített kiadások (voluntary health care payment schemes) aránya. Így a költségek 90%-át a háztartások zsebből fizetik (household out-of-pocket payments, OOP, háztartások közvetlen hozzájárulása). Egy populáció fizetőképessége korlátos, így minél magasabb a zsebből fizetett arány, annál több a kielégítetlen egészségügyi igény és ezzel potenciális egészségkárosodás. Így nem csoda, hogy a magyar családok jelentős arányban szembesülnek katasztrofális egészségi kiadással. Ennek meghatározására számos módszert kidolgoztak és ezek egymástól lényegesen eltérő eredményeket adnak. A WHO által használt „share of budget” metodológia szerint az arány 7,8%, míg WHO Regional Office for Europe által alkalmazott „capacity to pay” módszer szerint 11,6%, azonban mindkét esetben több mint a duplája az uniós és a V4-átlagnak. [1,2,3]

Jelen tanulmányban a nem állami szereplők által finanszírozott kiadások és a gazdasági fejlettség összefüggéseit, a magyarországi egészségügyi magánkiadások összegszerűségét, összetételét és ezek időbeli változásait, a magyar intézményrendszert és a továbblépés lehetőségeit tekintjük át.

## EGÉSZSÉGÜGYI MAGÁNKIADÁSOK MEGHATÁROZÁSA

### Az egészségügyi számlák rendszere

A korábban uralkodó felosztás szerint egy adott ország egészségügyi ráfordításait a köz és magánkiadások dichotómiájában értelmeztük. Az egészségügyi kiadások rendszerezésére alkalmazott módszertan az Organisation for Economic Cooperation and Development – Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (OECD), a World Health Organization – Egészségügyi Világszervezet (WHO) és az Európai Unió statisztikai hivatala, az Eurostat által közösen kidolgozott System of Health Accounts (SHA, 2011) eltérő, de sokkal átfogóbb megközelítést alkalmaz. Az SHA 2011 három szempont szerint elemzi az egészségügyi kiadásokat, melyekhez még egy további, forrás alapú felosztás társulhat [4]:

Kiadásoldali elemzés:

- ICHA-HF (International Classification for Health Accounts financing schemes – egészségügyi számlák nemzetközi osztályozása – finanszírozási alrendszerek),
- ICHA-HC (functions of health care – egészségügyi ellátás funkciói),
- ICHA-HP (health care provision – egészségügyi ellátás szolgáltatói).

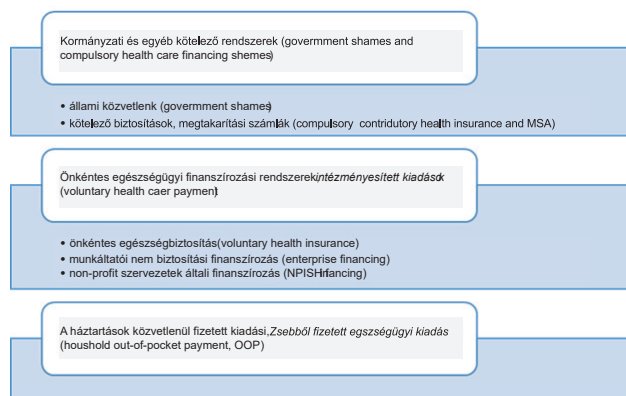
Forrásoldali elemzés:

- ICHA-FS (revenues of health care financing schemes egészségügyi finanszírozási alrendszerek bevételei),

Az adatgyűjtés lehetővé teszi, hogy egységes nomenklatúra alapján, nemzetközi összehasonlításban meghatározhassuk, hogy egy adott ország milyen elsődleges forrásból (ICHA-FS), pl: háztartások által fizetett adók, háztartások egyéb kifizetései, munkáltatók befizetései, társadalombiztosítási járulék, milyen kifizetési rendszeren keresztül (ICHA-HF), pl: állami kifizető (NEAK), magán biztosítás, egészségpénztár, háztartások közvetlen kifizetései, non-profit rendszerek, milyen szolgáltatón keresztül (ICHA-HP), kórház, járóbeteg ellátó, gyógyszerár, milyen egészségügyi szolgáltatást (ICHA-HC), pl. járóbeteg ellátás, gyógyszer, diagnosztika nyújt az állampolgárainak és az ott tartózkodóknak. Leegyszerűsítve: Miből (FS), ki fizet (HF), milyen szolgáltatónak (HP), milyen szolgáltatásért (HC).

Az egészségügyi kiadások ebben rendszerben két módon oszthatók köz- és magánkiadásokra, a forrás és elosztó szerint. Jelen munkában az utóbbit követjük, azaz egészségügyi magánkiadásokként azokat az egészségügyi kiadásokat értjük, ahol a kifizető nem egy kötelező (az adott állam által jogszabályban rögzített) állami vagy magánbiztosítás, hanem önkéntes biztosítás, munkáltatói program, nonprofit szervezet vagy háztartás közvetlenül. Ez a felfogás magában hordoz némi torzítást, hiszen a pl. egy egészségpénztár kifizetései részben a tagok által igénybe vett adókedvezményt, azaz állami forrást is tartalmazhatnak. Ugyanez vonatkozik egy állami támogatással egészségügyi feladatot ellátó nonprofit szervezetre is.

Az köz és magánkiadásokat tehát az OECD az egészségügyi finanszírozási alrendszerek keretében (HF) írja körül, lásd 1. ábra. Jelen írásban a finanszírozási alrendszert és kifizető rendszert szinonimaként használjuk.



### 1. ábra

**Az egészségügyi finanszírozás rendszerei** (forrás saját szerkesztés és egyszerűsítés a *System of Health Accounts, 2011* besorolás alapján)

A munka további részében két fő elemmel foglalkozunk.

1. A háztartások közvetlenül fizetett kiadásai = Zsebből fizetett egészségügyi kiadás = Household out-of-pocket payment, (OOP). Az egészségügyi termékekért és szolgáltatásokért a háztartások elsődleges jövedelmükből vagy megtakarításaikból szolgáltatás vásárlásakor vagy felhasználásakor fizetnek. A vásárló és szolgáltató viszonyába nem lép be harmadik fél finanszírozóként.
2. Önkéntes egészségügyi finanszírozási rendszerek = Intézményesített kiadások = Voluntary health care payment schemes. A vásárló és szolgáltató viszonyába belép valamilyen – nem állami és nem külföldi – finanszírozó, aki az igénybe vevő helyett vállalja a költségeket. A finanszírozó intézmény lehet: egészségpénztár, biztosító, valamilyen egészségcélú nonprofit szervezet vagy a munkáltató közvetlenül is.

## Adatgyűjtés Magyarországon

Az SHA alapján történő adatszolgáltatás az Európai Bizottság 2015/359 rendelete alapján valamennyi uniós tagország számára kötelező, az adatátadás N + 2 évvel történik. [5] Az adatok a KSH és az Eurostat honlapján kereshetőek.

Az áttekintés után néhány kérdés merül fel a magyar adatgyűjtés és szolgáltatás egyes elemeivel kapcsolatban. Úgy tűnik, a magán egészségbiztosításokra, így azok kiadásaira vonatkozóan nem történik kellő mélységben adatkollektió. Nem elkülöníthetőek az összeg és szolgáltatásfedező (lásd később) biztosítási elemek. Míg a Magyar Biztosítók Szövetsége (MABISZ) évkönyvekben található adatsorok alapján a magánfinanszírozott egészségbiztosítás szolgáltatási kiadásai 2019-ben meghaladták a 12 milliárd Ft-ot – piaci információk szerint, ennek kétharmada már szolgáltatásfedező biztosítás – a KSH/Eurostat adatsorokban csak néhány milliárd Ft súllyal szerepelnek. Szintén korrekcióra szorulhat az egyes kifizető rendszerek forrás szerinti megoszlása, hiszen az adatszolgáltatás az önkéntes biztosítási kifizetőrendszer összes bevételeinél a háztartásokat nevezi meg elsődleges forrásként, ugyanakkor mind a magán egészségbiztosítás, mind az egészségpénztárak esetén munkáltatói és az adójóváírás, adókedvezmény révén állami hozzájárulás forrás is megjelenik. Hasonlóan megkérdőjelezhető, hogy a nonprofit szervezetek egészségügyi kiadásai állami, magánforrásokat nem, csak egyéb bevételeket használtak fel, miközben ezen szervezetek nyilvánvalóan részesülnek magánadományokban, állami támogatásban, kapnak az 1%-os személyi jövedelemadó felajánlásokból. Ugyanakkor az adatok korlátozásokkal, de használhatóak következtetések levonására. [6]

## A ZSEBBŐL FIZETETT EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK (OOP)

### Európai kitekintés



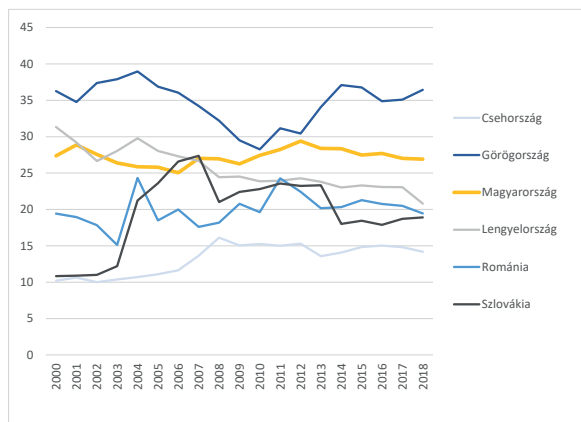
**2. ábra**  
**A zsebből fizetett egészségügyi kiadások (Out-of Pocket Payments, OOP) a folyó egészségügyi kiadások (Current Health Expenditure, CHE) százalékában, a vásárlóérték paritáson mért GDP függvényében (GDP per capita PPP) 2018, Európa és Közép-Ázsia.**  
 (forrás: saját szerkesztés a Word Bank adatai alapján)

Az OOP kiadások egy ország egészségügyi kiadásaihoz viszonyított aránya több tényezőtől függ. A 2. ábra alapján fő szabályként kijelenthetjük, hogy minél fejlettebb egy ország, annál kisebb a háztartások közvetlen hozzájárulásának aránya. Ugyanakkor ez az összefüggés meglehetősen nagy egyedi változatossággal érvényesül. A Magyarországhoz hasonló bevételekkel rendelkező Görögországban és Portugáliában lényegesen magasabb a zsebből fizetett költségek aránya, míg Horvátországban sokkal alacsonyabb.

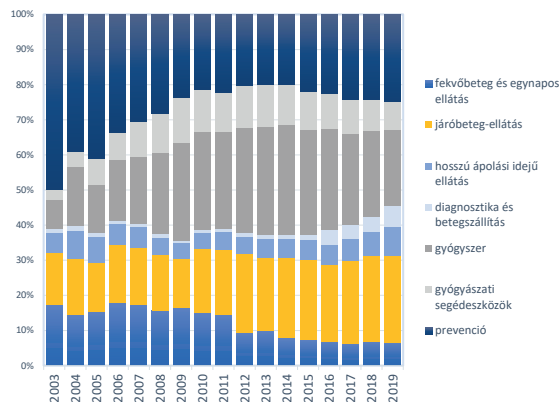
Megvizsgálva az arányszám változását az elmúlt 20 évben, kiderül, hogy egy adott ország egészségügyi rendszerének hagyományainak kiemelt szerepe van. Néhány kivételtől eltekintve a Közép-Kelet Európai régióban nem kísérté a GDP meredek emelkedését a háztartások egészségügyi kiadásainak jelentős csökkenése. Lengyelországban számottevően visszaesett, Csehországban és Szlovákiában nőtt, míg Romániában és Magyarországon stagnál ez a mutató, lásd 3. ábra.

### Magyar jellemzők

A háztartások egészségügyi OOP folyó egészségügyi kiadásokhoz mért aránya az elmúlt 20 évben a 25-29,5%-os sávban ingadozott. Mélypontját 2006-ban, csúcspontját 2012-ben érte el. Szerkezete az elmúlt 18 évben érdemben nem rendeződött át. A gyógyszerkiadások területén látható jelentős növekedés 2006-ban, ami a gyógyszergazdaságosági törvény nyomán megnövekedett lakossági terhek hatásának tudható be. Jelentős mértékben nem változott sem a prevencióra, sem a járóbeteg ellátásra fordított összegek részaránya, lásd 4. ábra.



**3. ábra**  
**A zsebből fizetett egészségügyi kiadások (Out-of Pocket Payments, OOP) és a folyó egészségügyi kiadások (Current Health Expenditure, CHE) aránya 2000-2018.** (forrás: saját szerkesztés a Wordbank adatai alapján)



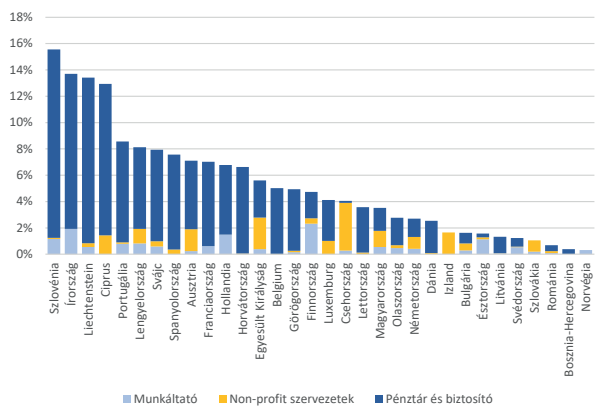
**4. ábra**  
**A magyar háztartások közvetlen egészségügyi kiadásainak (OOP) megoszlása a felhasználás célja szerint 2003-2019** (forrás: saját szerkesztés a KSH adatok alapján)

## INTÉZMÉNYESÍTETT KIADÁSOK

### Európai kitekintés

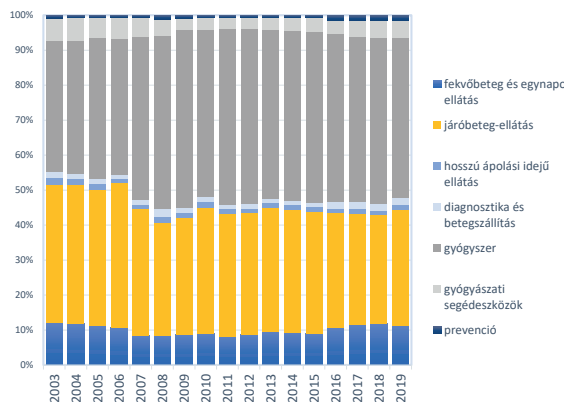
Az intézményesített finanszírozás összetevőit vizsgálva megállapítható, hogy a legnagyobb részt Európában az önkéntes biztosítási elemek teszik ki, lásd 5. ábra. Ezek rendkívül erősek Szlovéniában, Írországon, Cipruson, de Lengyelországban és Spanyolországban is. A munkáltatók által finanszírozott nem biztosítás jellegű programok jelentős súllyal az Egyesült Királyságban és Finnországban jelennek meg, míg a nonprofit szervezetek részaránya Csehországban

kiugró. Egészségügyi megtakarítási számla (Medical Savings Account) típusú rendszerek nem jellemzőek Európában. A magyar Egészségpénztárakat az önkéntes biztosítási elemek között találjuk meg.



5. ábra  
Egyes országok önkéntes egészségügyi kiadásai a folyó egészségügyi kiadások (CHE) százalékában (forrás: EUROSTAT)

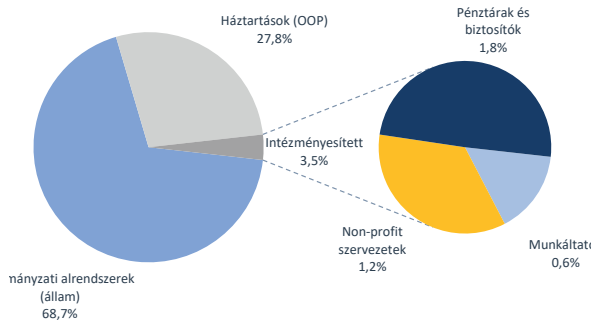
A KSH adatgyűjtésében a biztosítók szolgáltatási kiadásai alábecsültek (a MABISZ adataival nem korrelálnak), így megítélésem szerint valójában ők harmadik legnagyobb intézményi szereplők és 15-20 milliárd Ft-tal



7. ábra  
A magyar önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszerek egészségügyi kiadásainak megoszlása a felhasználás célja szerint 2003-2019. (forrás: saját szerkesztés, KSH)

### Magyarországi jellemzők

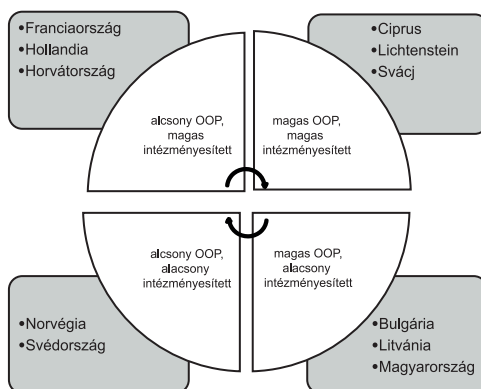
Magyarországon az az intézményesített magánkiadások részaránya a folyó egészségügyi kiadásokon belül 2010 (5,5%) óta fokozatosan csökken, 2019-ben 3,5% körül alakult, lásd 6. ábra. Mind a nonprofit szervezetek, mind a biztosítók és pénztárak összesített kiadásai még nominálisan is alacsonyabbak voltak 2019-ben, mint 10 évvel ezelőtt. A folyamat háttérében a munkáltatói egészségügyi juttatási rendszerek alább részletezett adó diszpreferenciája áll. Jelenleg a legnagyobb szereplők az egészségpénztárak, a kiadások közel fele folyik át rajtuk. A nonprofit szervezetek segítenek a források több, mint harmadát csatornázni.



6. ábra  
A magyar egészségügyi ellátás finanszírozásának összetétele 2019. (forrás: saját szerkesztés, KSH, EUROSTAT)

magasabb intézményesített magánkiadással számolhatunk, de ez érdemben nem változtatja meg a képet.

Az intézményesített kiadások körében a 2003-as szintről a prevenció részaránya - ami nagyrészt a foglalkozás-egészségügyi ellátást fedi le - 50% körüli értékről 30% körüli értékre esett vissza. Az utóbbi években érdemben nőtt a járóbeteg ellátásra fordított kiadások mértéke, a gyógyszerkiadás rovására, lásd 7. ábra.



8. ábra  
Egyes mintaországok az OOP, intézményesített finanszírozás mátrixban (forrás: saját szerkesztés)

## OOB ÉS INTÉZMÉNYESÍTETT KIADÁS VISZONYA EURÓPÁBAN

A különböző európai országok esetén az OOB és az intézményesített kiadások kapcsolatában 4 csoportot különböztethetünk meg, lásd 8. ábra. Vannak olyan országok ahol a magas közvetlen háztartási kiadásokhoz (20%-ot meghaladó) magas (10%-ot közelítő vagy a feletti) intézményesített kiadások társulnak (Svájc, Ciprus). Egy másik csoport, ahová Magyarország is tartozik, ahol az OOB kiadások aránya magas, de az intézményesített magánkiadások alacsony szinten vannak, tehát az állami források szűkös voltát nem kompenzálják fejlett kockázatmegosztó rendszerek. Egy újabb csoport, ahol alacsonyak a háztartások közvetlen kiadásai és relatíve magas az intézményesített magánkiadások aránya. Ezek jellemzően olyan egészségügyi rendszerek, ahol az állami finanszírozási egészségügyben kiterjedt co-payment kötelezettség van, amit fejlett biztosítói rendszer fedez le (Franciaország, Szlovénia). Az utolsó csoport, ahol az állami finanszírozás aránya magas és így alacsony mind az OOB, mind az intézményesített finanszírozás (Norvégia, Svédország).

## INTÉZMÉNYI SZEREPLŐK A MAGYAR MAGÁNFINANSZÍROZÁSBAN

Az intézményi szereplők jellegzetességeit az 1. táblázat hasonlíttja össze.

	EGÉSZSÉGPÉNZTÁRAK	EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÓK
MŰKÖDÉSI FORMA	Nonprofit, a tagok tulajdonában	For-profit, külföldi vagy magyar magánszemélyek vagy gazdasági társaságok vagy államok tulajdonában
KOCKÁZATPORLASZTÁS (POOLING)	jellemzően időbeli (in time) egyéni számla, jelentős mértékben családon belüli (inter-personal) és még kisebb mértékben, a szolidáris alapokban kockázatközösség alapú (inter-personal)	kockázatközösség alapú (inter-personal)
SZOLGÁLTATÁSOK	A magánegészségügyi kiadások csaknem teljes palettája	A magánegészségügyi kiadások kb. 35 %-a (nem fogászati járóbeteg ellátás, diagnosztika, kisebb mértékben fekvőbeteg ellátás)
DÍJBÉVÉTEL	~55 Mrd	~20 Mrd
SZOLGÁLTATÁSOKRA KIFIZETETT HÁNYAD A DÍJBÓL	95%	60%
ÜGYFELEK BEFIZETÉSEI	85% magánszemély, 15% munkáltató	10% magánszemély, 90% munkáltató

### 1. táblázat

**Egészségpénztárak és az üzleti egészségbiztosítás összehasonlítása (forrás: saját szerkesztés)**

## Egészségpénztárak

### Indulás és jellemzők

Az egészségpénztárak rendszere a 90-es években indult. Az akkori elképzelések a nyugdíjrendszer reformjához kapcsolódtak. Az egészség és nyugdíjcélú önkéntes megtakarítások kezelésére a részvénytársasági for-profit forma helyett egy önkormányzatiságon alapuló nonprofit formát választottak. A törvényi alapokat az 1993-as önkéntes pénztári törvény teremtette meg. Francia mintára nonprofit kölcsönös biztosítókat képzeltek el (mutuelle).

A főbb alapelvek: önkormányzati működés, zárt gazdálkodás (nem végezhet egyéb tevékenységet), kölcsönösség (közösön biztosítják a feltételeket, mindenkit azonos jogok illetnek meg, minden tag egyben tulajdonos is), önkéntesség (szabad csatlakozás és kilépés), függetlenség, szolidaritás (a tagdíj egységes, nem függhet az egyéni kockázat mértékétől, felvételi kérelem nem utasítható el), társulási elv (nem alkalmazható vallási, faji, etnikai, politikai meggyőződés, kor és nemek szerinti megkülönböztetés) és a nonprofit működés elve. Ha áttekintjük ezeket az alapvetéseket, egy francia esetleg szlovén típusú kiegészítő biztosító jelenik meg a szemünk előtt. Hiszen rendkívül hangsúlyos a szolidaritás és kölcsönösség, ami meghatározó jellemzője az alacsony kockázatú ügyfelek szelekciójának (cherry picking) kizárására törekvő biztosítási rendszereknek.

A pénztárak funkcionalitása mindig kettős volt, hiszen az egyéni számlavezetés mellett megjelentek biztosítási elemek is: a nyugdíj oldalon a járadékszolgáltatás, az egészségpénztári oldalon az ún. szolidaritási alapok, melyek közösségi programok megvalósítását célozzák. A szolidáris alapokat a pénztártagok összességének vagy csoportjainak lehet (régebben volt kötelező) létrehozni. Az igénybe vehető szolgáltatások körét biztosításmatematikai módszerekkel kell meghatározni, folyamatosan követni. A Pénztárak indulásakor a befizetett összegek 40%-át ilyen rendszerben kellett kifizetni. A pénztárakban egyéni számlán jóváírt befizetéseket idősorosan a 9. ábra mutatja be.

## Önkéntes magán egészségbiztosítás

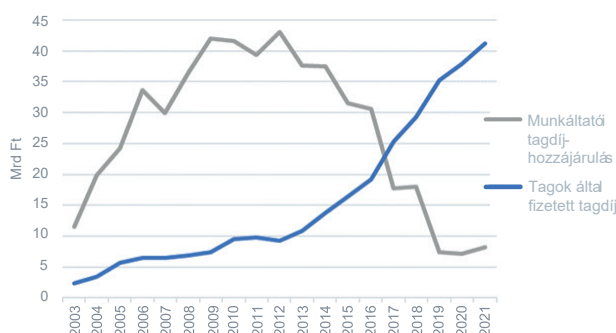
### Jellemzők

Az egészségbiztosítás definíciója a biztosítási szakmán belül, illetve a MABISZ adatgyűjtésében nem egységes. Alapvetően kétfajta egészségbiztosítást különböztethetünk meg.

Az összegbiztosítás egy egészségügyi káreseményhez kapcsoltan biztosítási összeget folyósít a biztosítottaknak. Tipikus példa a műtėti és kisebb egészségügyi károsodásokhoz, pl. csonttöréshez kapcsolódó egészségügyi térítés, de elterjedtek Magyarországon a kritikus betegség (tipikusan daganat, szívinfarktus, szélütés) bekövetkezéséhez kapcsolódó nagyobb összegű biztosítások is. Az összegbiztosításoknál a Biztosító az adott biztosítási eseményre a biztosítási feltételekben meghatározott összeget téríti, a

kifizetés nem feltétlenül fordítódik egészségügyi szolgáltatások vagy termékek igénybevételére, fedezheti az egészségkárosodással együtt járó jövedelemkiesést, akár nem egészségügyi jellegű többletköltségeket is.

A másik típus az ún. **szolgáltatást fedező egészség-biztosítás**. Ebben az esetben a biztosított valamilyen biztosítási esemény bekövetkezte – jellemzően ellátási igény (újnan fellépő betegség, régi betegség gondozása stb.) – után egészségügyi szolgáltatást vehet igénybe, melyet vagy a biztosító közvetlenül szervez meg és fizet ki, vagy a költségeit megtéríti az azt fizető biztosított részére.



**9. ábra**  
Egészségpénztárakban egyéni számlán jóváírt befizetések változása, azok forrása szerint (2003-2021) (forrás adatait szerkesztés MNB idősorai)

Ez utóbbi biztosítástípust tekinthetjük klasszikus egészségbiztosításnak. A szolgáltatást fedező egészségbiztosítások csoportos és egyéni formában jöhetnek létre. A világon mindenhol, így Magyarországon is a csoportos forma a népszerűbb, hiszen itt a nagyobb kockázatközösséghez kapcsolódó intenzív kockázatporlasztás miatt az ügyfelek alacsonyabb áron juthatnak ugyanazokhoz a szolgáltatásokhoz. A csoportképző elem lehet egy munkahely, valamilyen más szolgáltatást igénybe vevő csoport, egy város, vagy akár egy egészségpénztár tagsága is.

Az egyéni termékek jellemzően sokkal drágábbak, mert fokozottan érvényesül az ún. pozitív kockázati szelekció jelensége. Biztosítást nagyobb eséllyel azok vásárolnak egyénileg, akik az egészségügyi szolgáltatást igénybe is akarják venni. Természetesen az egészségbiztosításoknál ez fájóbb probléma, mint a vagyonszerzés esetében. Hiszen (a kriminális esetektől eltekintve) nagyobb eséllyel jószolgát meg, hogy a következő fél évben gasztroenterológusra lesz szükségünk, mint hogy elég a házuk. A Biztosító ezt a többletkockázatot megjeleníti az áraiban.

## Fejlődés

A szolgáltatásfedező egészségbiztosítás a 2012-es törvényi változások után indult növekedésnek Magyarországon. A kezdeti vérmes reményekkel szemben térnyerése lassú folyamatnak bizonyult. Korlátozta mind az adózási környezet stabilitásával szembeni bizonytalanság, mind a termék ismeretlensége, mind – a különösen vidéken – fejletlen magán-szolgáltatói hálózat. Az évtized végére megérkezett a dinamizmus, a növekedés minden évben kétszámjegyű lett, egyre több szereplő lépett be a piacra. A munkáltatói juttatás adózásiában 2019-ben bekövetkezett negatív folyamat (az adómentesség megszűnt) népszerűségét nem törte meg, mert a magánellátás iránti fokozott igény a keresleti oldalt a cégek részéről változatlanul biztosítja.

A 2020-as évek elejére az egészségbiztosítási piacon érési folyamat kezdődött el, az árverseny fokozódott, a termékek szofisztikáltabbá váltak. Versenyelemként jelent meg az egyes szolgáltatások digitalizálása, az igénybevételi folyamat könnyítése. 2020-ban betegségbiztosítás díjbevétele meghaladta a 21 milliárd Ft-ot, a kárkifizetések a 13,5 milliárd Ft körül alakultak. Piaci információk szerint ennek meghatározó része már szolgáltatásfedező egészségbiztosítás.

A magas értékesítési (akár a díj 30%-a) és ellátásszervezési költségek (a díj 10-20%-a) miatt ma a biztosítási termékek 60%-os kárhányad (a szolgáltatóknak az egészségügyi szolgáltatásokra ténylegesen kifizetett összeg) mellett is veszteséget termelhetnek.

## Munkáltatói finanszírozás

A Munkáltatók a kötelező foglalkozásegészségügyi ellátáson keresztül, valamint direkt szolgáltatásvásárlással járulnak hozzá az intézményesült magánkiadásokhoz. A foglalkozásegészségügyi ellátást elvileg minden magyar munkavállaló számára biztosítani kell. Gyakorlatban a dolgozók jelentős része (talán harmada) nem, vagy csak formálisan kap szolgáltatást. A piac kevésbé koncentrált, a nagyobb cégek összesen 30%-os részesedéssel rendelkezhetnek. Így a minőség is változó, nagymértékben függ a helyi munkaerő adottságoktól. A 2022-ben érvényes szabályozás szerint a foglalkozás egészségügy nem rendelkezik utalványozási joggal a közellátásban, így a betegút megszakad, ami nagymértékben rontja a prevenciók aktivitás hatékonyságát.

A foglalkozásegészségügyi ellátás kereteit szétfeszítő munkáltatói prevenciók, vagy ellátási programok adózása nem kedvező, ha azokat közvetlenül az egészségügyi szolgáltatótól vásárolják meg. Így ezek manapság inkább biztosításba csomagolva, vagy egészségpénztári célzott támogatások formájában jelennek meg.

## NONPROFIT SZERVEZETEK ÁLTAL FINANSZÍROZOTT EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK

A nonprofit szervezetek egészségügyi kiadásai az utóbbi években 30 milliárd Ft körül alakultak Magyarországon. Az adatokat az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program (OSAP) 1156 keretében gyűjti és elemzi a KSH. Összesen közel 3000 társaság tartozik a körbe, melyben az egészségügy szélesen értelmezett spektruma megtalálható, a sebészeti orvosokat támogató alapítványoktól kezdődően egészen a bohóc doktorokig és egyéb alternatív egészségügyi ellátást elősegítő szervezetekig.

## JÖVŐBENI IRÁNYOK, LEHETŐSÉGEK

Ha Magyarországon csökkenteni akarjuk a háztartások közvetlen egészségügyi terheit (OOP), akkor a többletforrás vagy az államtól, vagy a munkáltatóktól származhat. A jelenlegi bizonytalan gazdasági és geopolitikai helyzetben nem valószínű, hogy a magyar állam a saját kiadásának további fokozására képes lesz. Az orvosi bérrendezés érezhetően növelni fogja Magyarországon a közkiadások részarányát, de hatása a hatalmas inflációs nyomás következtében néhány éven belül érdemben nem lesz érzékelhető. A realitás tehát, hogy kisebb mértékű állami forrásbővülés mellett a munkáltatókat motiváljuk támogatásra.

A munkáltatói forrásbevonás ösztönzése megvalósulhat az adó, illetve járulékpolitikán keresztül. Elsődleges eszköze a széles (nem adójogi) értelmezett béren kívüli juttatás, amin a munkaadó által egészségügyi célokra felhasználható szolgáltatásokat vagy pénzügyi jellegű jutásokat értünk.

Álláspontom szerint nem indokolható és védhető, hogy mára Magyarországon a munkáltató juttatások teljes mértékben eltolódtak az utazás, szabadidő és az éttermi szolgáltatások támogatása felé. A Széchenyi Pihenőkártyára a munkáltatók által töltött összegek 2022-ben megközelíthetik a 500 milliárd Ft-ot, míg a munkáltatók általi egészségfinanszírozás – beleértve a foglalkozás-egészségügyet, munkáltatói egészségprogramokat, egészségpénztári befizetéseket és biztosításokat – nem éri el ennek a tizedét sem.

Megvalósítható cél lehet 5 éves időtávon belül az OOP 15% alá csökkentése, intézményesített finanszírozás, előtakarékoság és biztosítási elemek révén. Ezzel a háztartások katasztrofális egészségügyi kiadással sújtott arányát a V4 átlagához közelíthetjük. Mindezt úgy, hogy a költségvetés ne terhelődjön jelentős mértékben és fokozzuk az egyén felelősségét.

## ISMERTTÉ VÁLT KORÁBBI KONCEPCIÓK

### Az MNB jóléti alap elképzelése

2019-ben jelent meg az MNB versenyképességi programja, melyben egy nagyszabású, a jelenlegi pénztári rendszerre támaszkodó új forrásgyűjtési elemet vázoltak. Az úgynevezett jóléti alapokba a lengyel nyugdíjrendszer példáját követve egységesen lépnének be a munkavállalók, a forrásteremtést az egyén, a munkáltató és az állam együttesen biztosítaná. A rendszer úgynevezett opt-out típusú, azaz a csatlakozás automatikus, de az egyén bármikor elhagyhatja azt. A forrásokat élethelyzettől függően egészségre, lakhatásra és nyugdíjra is fordíthatná a megtakarító. Az egészségügyi rendszer szempontjából rendkívül hasznos lenne egy, az egész munkavállalói közösségre kiterjedő egészségügyi megtakarítási forma bevezetése, ugyanakkor kérdéseket vet fel a többi megtakarítási céllal való versenyhelyzet és annak következményei. Az elképzelés nem tudott utat törni a kormányzati döntéshozók felé, így további lépések nem történtek. [7]

### Nagy volumenű állami vagy magán kiegészítő egészségbiztosítás

Több alkalommal felröppent egy állam által menedzselte, vagy piaci alapon működő kiegészítő biztosítási rendszer ötlete. Az elképzelést nyilvánosan hozzáférhető tanulmányokban nem elemezték, de minden bizonnyal a munkáltatói befizetésekre és toborzásra támaszkodna, melyet az állam vagy adókedvezményekkel, vagy direkt ráhatással promóválta. Az önkéntes kiegészítő egészségbiztosítások (voluntary health insurance) természetes igényeket szolgálnak ki, de rontják a szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférés esélyeit. [8]

Ma Magyarországon az üzleti, kiegészítő, szolgáltatást fedező egészségbiztosításnak – mely zömmel járóbeteg, és kisebb részben fekvőbeteg ellátást finanszíroz – nincsenek megoldásai a fogászatra, a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz kiadásokra. Ugyanakkor az átlagkereset, vagy az alatti jövedelemszinttel rendelkező bérből és fizetésből élő családok számára a magánegészségügy iránti igény jóval alacsonyabb, kiadásai nagyobb részét az egészségügyi termékek és a fogászati ellátás teszi ki. Szintén probléma, hogy magán szolgáltatói kapacitás a megyeszékhelyeknél kisebb településeken érdemben nem létezik. Így az üzleti biztosítás nagy volumenű kiterjesztése nem találkozik az ország nagyobb részének igényeivel.

Állam által tulajdonolt és menedzselte kiegészítő biztosító Európában egyedül Írországból létezik. 1957-ben alapították és a piac felét birtokolja. Az ír rendszerben a lakosság mintegy kétharmada csak jelentős önrész megfizetése mellett fér hozzá az állami ellátáshoz, az állami kórházak ágyainak 20%-án magánbetegeket látnak el és az állampolgárok közel fele rendelkezik valamilyen kiegészítő fedezettel [9]. Állami kiegészítő biztosító létrehozása (NEAK+) megítélésem szerint akkor lenne indokolt Magyarországon,



ha az állami egészségügyi intézményekben széles körben hozzáférhetőek lennének magánúton finanszírozott szolgáltatások, azaz politikai döntés születne az alapsomag meghatározásáról. Egyéb esetben egy állami szereplő nem rendelkezne semmilyen többlet előnnyel, tapasztalattal sem az ügyféltoborzásban, ügyfélkiszolgálásban, sem a szolgáltatásvásárlásban. Amennyiben kizárólagosságot nem kapna – valószínűleg ez sértené az uniós elveket – a piacon csak kis eséllyel válhatna meghatározó szereplővé.

### Szempontok a munkáltatói forrásbevonáshoz

Az elsődleges cél, hogy a rendelkezésre bocsátott forrásokat a legnagyobb hatékonysággal konvertáljuk egészségnyereséggé. Ennek érdekében az alábbi szempontokat érdemes figyelembe vennünk:

1. Minél szélesebb rétegekhez juttassunk többletforrást
2. Olyan intézményeket, csatornákat használjunk fel, amik hatékonyan (a szolgáltatáshoz mérten alacsony költséggel) működtethetők
3. A forrás felhasználási lehetőségei feleljenek meg a megcélzott társadalmi rétegek egészségügyi fogyasztási szokásainak
4. Növeljük az egyén felelősségét a saját egészségével kapcsolatban

**A forrásbevonásból nem maradhatnak ki az alacsony jövedelmi szinttel rendelkező háztartások:** a jelen jogszabályi és adókörnyezetben mind az egészségpénztári, mind a magánegészségbiztosítási rendszer felsőbb jövedelmi osztályokat szolgálja ki. Az egészségpénztári oldalon a munkáltatói szerepvállalás, az adó diszpreferencia miatt visszaszorult, a magánegészségbiztosítási szektorban pedig olyan munkáltatók vásárolnak, akik magasabb képzettségű és jövedelmi besorolású alkalmazottjaiknak kívánnak többletszolgáltatást nyújtani.

Amikor az intézményesített kiadások növeléséről beszélünk, rendkívül fontos, hogy olyan rendszereket próbáljunk építeni, ahol lehetőség van az alacsonyabb jövedelműek bevonására, ezáltal új – egészségre fordítható – források megjelenésére azokban a háztartásokban, ahol a szükséges egészségügyi költségek a megélhetéssel, a gyerekek iskoláztatásával versenyeznek. A dedikált források igénybevehető formáit bővítenünk kell. Elérhetővé téve azok számára is, akik a jelenlegi ösztönzőket (személyi jövedelemadó visszatérítések, munkavállalói programok) nem tudják igénybe venni.

**Ne legyen drágább a leves, mint a hús. Azaz ne használjunk drága forrásközvetítőket:** Jelenleg az üzleti egészségbiztosítás esetén a befizetett összegek 60%-a, az egészségpénztárak esetén a hozammal is számolva 95%-a kerül tényleg vissza az ellátórendszerbe, azaz ekkora hányadukból történik termék, vagy szolgáltatásvásárlás. A foglalkozás-egészségügy és a nonprofit szervezet esetén nem állnak rendelkezésre ilyen adatok.

Az önkéntes rendszerek esetén az értékesítési kiadások és az értékesítési jutalékok szabályozása kiemelten fontos, mert ma a pénztárak és üzleti biztosítás közötti fent részletezett különbség egyik meghatározó része ebből fakad. Az egyensúlyt szabályozással (jutalékmértékek maximalizálása, szektorsemleges reguláció, profitmaximalizálás) érhetjük el. Ennek a hiányában a nehezen megszerzett forrásokat nem társadalom megcélzott rétegei, hanem az értékesítési hálózatok és a közvetítő intézmények zsebébe tesszük.

**A családok olyan juttatásokat kapjanak, amiket ténylegesen fel is tudnak használni:** A kockázatporlasztásra alkalmas forrásoknak olyan módon kell megérkezni a háztartásokhoz, hogy annak felhasználhatósága találkozzon a jövedelmi szintnek megfelelő egészségügyi igényekkel. Magyarországon a katasztrofális egészségügyi kiadások több, mint 70 %-áért a gyógyszerköltségek tehetőek felelőssé [3]. Így elkerülhetetlen, hogy megmaradjon a családon belüli és időbeli kockázatporlasztásra alkalmas, széles körben felhasználható (gyógyszer, gyógyászati segédeszközök, fogászat), rugalmas egészségpénztári típusú egyéni számla és az üzleti egészségbiztosítás nyújtotta szűkebb körű, de kockázatközösségre épülő forma is.

**Az egyén felelőssége:** a többletforrások folyósítása során hangsúly kell fektetnünk az egyén felelősségére, egészségtudatosságának növelésére. Ennek eszközei lehetnek az egészségpénztári típusú juttatásoknál az egyéni befizetésekhez, prevenciók aktivitásokhoz kötött munkáltatói hozzájárulások. A biztosításoknál az önrészes, vagy egyéni egészségtudatos életvitelt jutalmazó ún. „preferred life” termékek. Ugyanakkor figyelembe kell vennünk, hogy ezeket az eszközöket nem célszerű uniformizáltan, dogmatikus módon alkalmazni, mert a közösségek nem egyformán érettek, képesek az üzenetek befogadására. Ha arányt tévesztünk, előfordulhat, hogy nem motiválunk, hanem kizárunk bevonni kívánt csoportokat.

### IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] OECD, 2019, Affordability and financial protection: Insights from Europe, DOI:10.2471/BLT.18.209031, <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/53f66e20-en/index.html?itemId=/content/component/53f66e20-en>
- [2] World Health Organization: Distribution of health payments and catastrophic expenditures Methodology / by Ke Xu. World Health Organization. [https://apps.who.int/iris/handle/10665/69030\(2005\)](https://apps.who.int/iris/handle/10665/69030(2005)): (Megtekintve: 2022.11.13)
- [3] Cylus J, Thomson S, Evetovits T: Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods, Bull World Health Organ. 2018 Sep 1; 96(9): 599–609., DOI:10.2471/BLT.18.209031,
- [4] OECD: System of Health Accounts, <https://www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm> (Megtekintve: 2022.11.13)

- [5] Asztalos P: A háztartások közvetlen hozzájárulása az egészségügyi kiadásokhoz Magyarországon, Statisztikai Szemle, 95. évfolyam 8–9. szám, DOI: 10.20311/stat2017.08-09.hu0873
- [6] MABISZ, Magyar Biztosítók Szövetségének Évkönyve 2020: <https://mabisz.hu/wp-content/uploads/2018/09/mabisz-e%CC%81vko%CC%88nyv-2020-v2j2-HU.pdf>
- [7] Magyar Nemzeti Bank: Versenyképességi program 330 pontban 2019, 139-142, <https://www.mnb.hu/kiadvanyok/jelentesek/versenykepessegi-program-330-pontban/versenykepessegi-program-330-pontban> (Megtekintve: 2022.11.13)
- [8] WHO: Voluntary Health Insurance: potentials and limits in moving towards uhc, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HGF-Health-Financing-Policy-Brief-18.5> (Megtekintve: 2022.11.13)
- [9] Sagan A, Thomson (eds.): Voluntary health insurance in Europe, Country experience, [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/310799/Voluntary-health-insurance-Europe-country-experience.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/310799/Voluntary-health-insurance-Europe-country-experience.pdf), 72-77 (Megtekintve: 2022.11.13)

## A SZERZŐ BEMUTATÁSA



**Dr. Váradi Péter** ügyvezető, orvos, Prémium Pénztár csoport, Prémium Pénztárszolgáltató Kft. A szegedi Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetemen szerzett általános orvosi diplomát 1992-ben, majd ideggyógyászati szakvizsgát tett. Üzleti tanulmányait a Budapesti Műszaki Egyetem MBA képzésének keretében végezte el. Szakmai pályafutását a Dimenzió Egészségpénztárban kezdte, itt szolgáltatási ügyvezető-helyettes volt. Ezt követően, 2004-től a nem sokkal az előtt alapított Credit Suisse, később Winterthur, majd AXA Egészségpénztár ügyvezetőjeként,

majd igazgatótanácsának elnökeként dolgozott. Ezzel párhuzamosan az AXA Biztosító vezető orvosaként tevékenykedett. Jelenleg a Prémium Egészségpénztár vezető stratégiai tanácsadója, és Prémium Pénztárszolgáltató Kft. ügyvezetője, az Önkéntes Pénztárak Országos Szövetségének alelnöke. Pályafutása során komoly tapasztalatokat szerzett az egészségügyi és egészségbiztosítási szolgáltatások kidolgozása és menedzselése, az értékesítési csatornák fejlesztése, valamint az egészségügyi informatika területén.