



*Szolnoki Tudományos Közlemények XII.
Szolnok, 2008.*

VALLYON ANDREA¹

A KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGÜGYI BIZTOSÍTÁSOK SZEREPE ÉS HATÁSA AZ ÁLLAMI EGÉSZBIZTOSÍTÁSRA EURÓPA ORSZÁGAIBAN TÖBBVÁLTOZÓS GAZDASÁGI ELEMZÉSI MÓDSZEREK SEGÍTSÉGÉVEL

BEVEZETÉS

Jelen dolgozat arra keresi a választ - a többváltozós gazdasági elemzés eszköztárát segítségül hívva, - hogy az önkéntes egészségügyi magánbiztosítás keresletét milyen tényezők befolyásolják Európa fejlett országaiban. Az OECD adatai azt mutatják, hogy az önkéntes magánbiztosítás vásárlói rendkívül differenciáltak a különböző országokat illetően. Néhány országban (Németország, Hollandia) – a népesség kétharmada rendelkezik egészségügyi magánbiztosítással, míg máshol ez az arány jóval alacsonyabb. Kutatásom egyrészt abban az irányban indult el, hogy e sokszínűség ellenére vajon léteznek-e olyan közös vonások a különböző egészségügyi rendszerekben, amelyek szerint koncepcionális csoportok, alcsoportok alkothatók így értelmét adhatják egy nemzetközi összehasonlításnak.

Másodsorban, pedig figyelembe véve a különböző egészségügyi rendszerekből fakadó sajátosságokat megpróbáltam megkeresni azokat az egészségre ható demográfiai, gazdaságszociológia, fiziológiai, pénzügyi determinánsokat melyek meghatározhatják az egyes országokban az egészségügyi magánbiztosítások felé irányuló keresletet.

1. KÖZ- ÉS MAGÁN EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS AZ EURÓPAI ORSZÁGOKBAN

Az európai országok közül elsősorban az Európai Unió 15 tagországát vizsgáltam, ez a továbbiakban kibővül az újonnan csatlakozók közül Magyarországgal, Csehországgal,

¹ BGF KKKF Pénzügy Intézeti Tanszék, főiskolai adjunktus, PhD hallgató
1165 Budapest Dióssy Lajos utca 22-24, e-mail: vallyon.andi@gmail.com

Szlovákiával és Lengyelországgal. Svájc ugyan nem Uniós tagállam de Európában egyedülálló egészségügyi finanszírozási rendszerét is úgy gondoltam, hogy érdemes tanulmányozni.

Az egészségbiztosítási fedezet finanszírozási forrásait döntően két forrás alkothatja: köz és magánfinanszírozás. Tiszta, tipikus forma a világ egyetlen országában sem létezik, de a fentiek aránya dönti el, határozhatja meg az egyes egészségbiztosítási típusokat.

A közösségi (public) egészségbiztosításnál és a magánbiztosításnál más és más elv kerül elsősorban érvényesítésre.

Stiglitz szerint (Stiglitz,2000) a társadalombiztosításnál a szolidaritási elv érvényesül, itt az egyének a teherviselő képességük arányában vesznek részt az egészségügyi rendszer finanszírozásában. A magánfinanszírozásnál pedig az ekvivalencia elv érvényesül, a biztosító az egészségi állapotból fakadó kockázat alapján állapítja meg a díjat az egyén vagy csoport számára. A közösségi forrást megkülönbözteti a forrásteremtés módja szerint: általános adók, címkézett adók és kötelező biztosítás formájában.

Mihályi (Mihályi, 2003) hét féle rendszert különböztet meg:

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

Balázs Péter (Balázs szerk., 2001) az állami bürokratikus tervgazdasági Szemaskó modellt állítja szembe a piacgazdasági megoldásokkal. Nála a magánbiztosításra alapozott USA modell mellett, a szociális biztosításra alapozott ún. Bismarck modell, és az állami költségvetéses finanszírozású NHS modell jelenik meg.

Az európai országok vizsgálatánál az NHS-moddellel és a Bismarck típusú modellel találkozunk elsősorban a továbbiakban e két típust elemzem bővebben, bár a tisztán magánbiztosításra alapozott modell megjelenik a Svájci egészségbiztosításban – így ennek bemutatását is indokoltnak vélem.

A vizsgált országokat a történelmileg kialakult egészségügyi rendszerek szerkezetét tekintve négy csoportba sorolhatóak. Így a Nemzeti Egészségügyi Szolgálatot működtető államok alkotják az első csoportot, mint Görögország, Svédország, Spanyolország, Nagy Britannia, Olaszország. Itt állami irányítású, finanszírozású és nagyrészt közösségi szolgáltatókkal működő rendszereket találunk. A második csoportban Németország, Franciaország, Ausztria, Franciaország található szinte a teljes lakosságot lefedő társadalombiztosítási alapon működő egészségügyi rendszerekkel. A harmadik csoportot tulajdonképpen egy ország alkotja, Svájc, ahol 1996 óta kötelező magánbiztosítási rendszer működik. Az újonnan csatlakozó volt szocialista közép-kelet európai országok alkotják a negyedik csoportot. (Magyarország, Csehország, Szlovákia és Lengyelország)

2. KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK, BIZTOSÍTÁSI TÍPUSOK A KÜLÖNBÖZŐ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREKBE

Az OECD Health Data (OECD) adatai azt mutatják, hogy az önkéntes magánbiztosítás vásárlói rendkívül differenciáltak a különböző országokat illetően. Néhány országban (Németország, Hollandia) a népesség kétharmada rendelkezik egészségügyi magánbiztosítással, míg máshol ez az arány jóval alacsonyabb.

A meglévő történelmileg kialakult hagyományok, tradíciók és társadalmi elvárások ellenére koncepcionális alcsoportok alkothatók, melyek hasonlóságot mutatnak egészségügyi rendszerük tekintetében. (Rékassy, 2006)

Svájcban a *kötelező magánbiztosítás* jelenti az alapbiztosítási formát a lakosság számára. Svájc igen fejlett egészségügyi rendszerében a lakosság döntő hányada biztosított, magas színvonalú szolgáltatások jellemzik. Ezek a sikerek azonban kiugróan magas pénzügyi költségekkel járnak együtt. 1996-ig a svájciak önkéntes alapon köthettek egészségbiztosítást, a díjak az egyéni kockázatviselésen alapultak. Mivel a biztosítási díjak kifizetéséhez az állam az általános adókból támogatást nyújtott a népesség 98% rendelkezett biztosítással. 1996-ban az Egészségbiztosítási Törvény létrehozta a mai kötelező egészségbiztosítási rendszert. Így egy szabályozatlan, önkéntes alapon működő rendszerből egy erősen szabályozott keretek között működő rendszert hoztak létre, mely egyfajta kombinációja a teljesen magán, a támogatott magán és az állami biztosításnak - általános lefedettséget biztosítva a lakosságnak.

Van ahol a magán egészségbiztosítás jelenti az elsődleges biztosítási formát a lakosság egy része számára. Ezekben az országokban (Németország, Spanyolország, Ausztria) a public egészségbiztosítás nem választható vagy nem alkalmas forma így válik a népesség számára elsődleges formává. Ebben az esetben *helyettesítő* magán egészségbiztosításról van szó.

A holland egészségügyi rendszer 2006. január 1-től a kötelező egészségbiztosításon alapul. A korábbi, a lakosság nagyobb hányadát lefedő kötelező egészségbiztosítás és a magánbiztosítás kombinációjából álló rendszert felváltotta egy mindenkit lefedő univerzális rendszer. Az új egészségbiztosítási törvény értelmében Hollandia minden adófizető állampolgára köteles biztosítót választani. 2006-ig a hosszú távú betegbiztosításon (AWZ) felül, alternatívan választhattak a magán vagy az állami biztosítás között, illetve egy jövedelmi plafó fölött kikerültek az állami rendszerből.

2006-tól a biztosítók kötelesek minden szolgáltatási csomagra egy fix nominális díjat meghatározni. 2006-ban ennek összege átlagosan évi 1038 euró volt. Tiltva van a díjak kor, nem és kockázat szerinti változtatása. A 18 év alatti lakosok egészségbiztosítási díjait az állam fizeti. Az alacsony-jövedelmű csoportok jövedelemarányos támogatásban részesülnek az államtól a biztosítás vásárlására. A nominális díjon felül minden alkalmazásban álló személy 6,5% járulékot fizet jövedelme után évi 30 ezer euróig, mely kb. 2000 eurót tesz ki. A vállalkozók, nyugdíjasok és más specifikus csoportok járulékát 4,4%-ban állapították meg. A 6,5% járulékot a munkaadó köteles visszatéríteni a munkavállalónak. A „No-claim refund” elv szerint, ha a biztosított évi 255 eurónál kevesebbet használ fel egészségügyre (a házi orvosi vizitek kivételével), fix biztosítási díjának egy részét visszatérítik. Választható olyan biztosítási forma is („Personal excess”), ahol

egy bizonyos összegig a biztosított fizeti az ellátás költségeit. Ennek ellenében a biztosító kedvezményt ad a fix biztosítási díjból. E formának jelenleg öt szintje van: 100, 200, 300, 400 és 500 euró.

A holland három szintű biztosítási rendszerben a középső elem változott, a korábbi állami biztosító (ZFW), és az alternatívan választható magánbiztosítás (PHI) kettőssége megszűnt és helyét egy univerzális, minden állampolgár számára kötelező állam által szabályozott „magán” állami biztosítás lépett. A fogyasztók szabadon választhatnak a biztosítók és csomagok között, azonban mindenki számára kötelező az alapsomag megvásárlása. (Ez többé - kevésbé megegyezik az előzőleg fennálló kötelező biztosítás tartalmával.

Ausztriában a magánbiztosításnak két területen van jelentős szerepe: a *kiegészítő* (complementary) és a *pótlólagos* (supplementary) biztosítás területén.

Németországban a népesség 9,1%-a rendelkezik teljes körű magán egészségbiztosítással. A magánbiztosítás itt alternatívan választható, duplikált módon jelenik meg egy bizonyos jövedelemhatár felett. Többnyire egyéni vállalkozók és tisztviselők által választott egészségbiztosítási forma, mely *helyettesítő* magánbiztosításként jelenik meg.

A 2000. január 1-jén hatályba lépett Teljeskörű Egészségügyi Fedezetre (CMU) vonatkozó Törvény óta Franciaország állandó lakosai átfogó egészségügyi fedezetet élveznek. A kötelező biztosítás a lakosság 99,9%-ának nyújt védelmet. A kötelező biztosítás bevételeit a munkáltatók és a munkavállalók által fizetett járulékok képezik, amelyeket a bruttó bérekre vetítenek. A bruttó bér után a munkáltatók járuléka 12,8%, munkavállalók által fizetendő járulék 0,75%, bruttó jövedelem 5,25%-át kitevő CSG (Általános Társadalmi Hozzájárulás), keresetekből, szerencsejátékokból származó jövedelmek, tőkejövedelmek 5,25%-a, nyugdíjak 3,95%-a.

Franciaországban a *kiegészítő* (complementary) biztosítások szerepe kiemelkedik, hiszen a lakosság 92%-a rendelkezik ilyenfajta biztosítással, mely az állami kötelező biztosítás által nem fedezett szolgáltatásokra nyújt fedezetet.

3. A KUTATÁS EREDMÉNYEI, KÖVETKEZTETÉSEK

Az elemzés során figyelembe véve a különböző egészségügyi rendszerekből fakadó sajátosságokat megpróbáltam megkeresni azokat az egészségre ható demográfiai, gazdaságszociológia, fiziológiai, pénzügyi determinánsokat melyek meghatározhatják az egyes országokban az egészségügyi magánbiztosítások felé irányuló keresletet.

Mind a helyettesítő, kiegészítő és pótlólagos biztosításokat figyelembe véve vizsgáltam a magánbiztosításokat.

A függő változót a legalább egy magánbiztosítással rendelkező háztartás jelentette. Hat csoport magyarázó változót vizsgáltam: életkor, családi állapot, iskolai végzettség, egészségi állapot, foglalkoztatottsági állapot, pénzügyi helyzet, a várható életkor.

A különböző országokban a meghatározó változók különbözőek, nagyrészt az adott ország egészségügyi rendszeréből adódóak, azt tükrözik. A többváltozós elemzéses módszer segítségével megállapíthatóak pozitív korrelációk a biztosítás vásárlóinak pénzügyi státusza, iskolai végzettsége és a biztosítás megléte között.

A foglalkoztatottsági státusz (önálló vállalkozó, közalkalmazott, nagyvállalati alkalmazott) és a magán egészségbiztosítás megléte erős kapcsolatot mutat.

A jelenlegi egészségi státusz, valamint a jövőbeli várható egészségi állapot és a magánbiztosítás megléte között csak némely esetben mutatható ki szignifikáns összefüggés. Ez állapítható meg a gazdasági státusz és a magánbiztosítás tekintetében is.

IRODALOMJEGYZÉK

1. Dr. Balázs Péter (2006) Egészségügyi rendszerek nemzetközi összehasonlítása. *Egészségügyi gazdasági Szemle*. 43. évf. 5. szám, 14-19. old.
2. Dr. Rékassy Balázs: Magán és kiegészítő egészségbiztosítások lehetőségei Magyarországon. Budapest, 2006. Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2006/magan_biztositasok.pdf
3. Egészségbiztosítási reform Hollandiában. <http://www.eski.hu/hol/ckh.cgi?id=874>. [2008.09.30]
4. Gulácsi László – Oesterle, August: A magánbiztosítás szerepe Ausztriában - egészségügy In: *Egészségügyi gazdasági szemle*, 2008. 46. évf. 2. sz. p. 13-15.
5. Health at a Glance: OECD Indicators – 2005 Edition,
6. Health Care Systems in Transition, 2005. <http://euro.who.int/countryinformation>
7. Mihályi Péter: Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába. Veszprém, 2003. Veszprémi Egyetemi Kiadó
8. Népegészségtan. Szerkesztette: Balázs Péter. Budapest, 2001. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar
9. OECD Health Data 2008, June 08
10. Paolucci, Francesco, et al. "Supplementary Health Insurance as a Tool for Risk-Selection in Mandatory Basic Health Insurance Markets." *Health Economics, Policy and Law* 2.2 (2007): 173-92. [EconLit](http://www.econlit.org)
11. Stiglitz, Joseph E.: A kormányzati szektor gazdaságtana. Budapest, 2000. KJK Kerszöv

ABSTRACT

This paper seeks the answer for the question – with the help of multivariate analysis – to reveal the main determinants of the different purchasing styles of voluntary health insurance policies. To this purpose I took into account the possible variables that can explain the purchasing style of health insurance: demographic, physical health status, economic and financial characteristics and estimate a probit model for each country.

Even though I found positive effect on subscribing of voluntary health insurance policy with the extent financial status, socio-demographic situation, the reasons of buying these policies differ in each country reflecting the various health care systems.