



*Szolnoki Tudományos Közlemények XIII.
Szolnok, 2009.*

VALLYON ANDREA¹

AZ ÖNKÉNTES EGÉSZSÉGPÉNZTÁRAK SZEREPE AZ EGÉSZSÉGÜGY KIEGÉSZÍTŐ MAGÁNFINANSZÍROZÁSÁBAN²

Az előadás keretében kísérletet teszek az egészségpénztári törvény és az egészségpénztári szektor irodalmának kritikai elemzésére, illetve bemutatom az egészségpénztári szektort és elemzem a szektor főbb jellemző adatait. A pénztárak vezetőivel folytatott mélyinterjúk felmérés eredményei segítségével próbálok választ adni a következő kérdésekre:

- *Milyen szerepe van jelenleg az önkéntes pénztáraknak Magyarországon és milyen lehetőségei lesznek a jövőben a válság indukálta megszorításokkal?*
- *Vajon segíthet-e a kiegészítő egészségbiztosítási intézményrendszer, kiemelten az egészségpénztári szektor bevonása a társadalombiztosításra nehezedő finanszírozási gondokon, és ha igen, milyen feltételekkel?*
- *Melyek a fejlesztés lehetséges irányai?*

BEVEZETÉS

Jelen tanulmányban arra teszek kísérletet, hogy bemutassam az önkéntes egészségpénztári szektor létezésének alapjait, működési alapelveit, lényegesebb mutatószámait és elemezzem jövőbeli szerepét, kilátásait, valamint problémáit. Az anyag egy bővebb kutatás részét képezi a kiegészítő biztosításokról készülő doktori disszertációmnak, mely az egészségpénztárakon kívül az üzleti biztosításokat is vizsgálja nemzetközi és magyarországi vonatkozásban.

A téma aktualitását a már a kilencvenes évek eleje óta tapasztalható intézményesült jóléti rendszerek finanszírozási gondjai és problémái adják, melyek egyre inkább megoldhatatlan feladat elé állítják a fejlett országokat, köztünk hazánkat is. Magyarországon és Európa szinte minden országában tapasztalható az egészségügyi reformtörekvések megakadása, vagy mellékvágányon való haladása. A társadalombiztosítási rendszer sajátosságait tekintve úgy gondolom, hogy olyan új szempontokat és megközelítéseket kell találnunk, amely a jövőben jelentkező problémákra meg tudja találni a gyógyírt, s a társadalom minden rétegének az eddigi elért eredmények mellett, a szolidaritás elve alapján megfelelő ellátást nyújt.

¹ Budapesti Gazdasági Főiskola, Külkereskedelmi Főiskolai Kar, Pénzügy Intézeti Tanszék
vallyon.andrea@bgf.kkf.k.hu

² Szaklektorált cikk. Leadva: 2009. szeptember 15. Elfogadva: 2009. december 10.

A jóléti államok válságát okozó tényezők közül az egyik legsúlyosabb, a lakosság elöregedése (a csökkenő születésszám és az életkor jelentős meghosszabbodása miatt), amely ráadásul párosul az aktív szakasz lerövidülésével (korai nyugdíjazás, hosszú tanulás) is.

A másik olyan tényező, amely az utóbbi két évtizedben drámai költségnövekedést idézett elő ezen a területen az orvostudomány, a gyógyászati technika, valamint, a biotechnológia fejlődése. A drágább diagnosztikai, illetve terápiás módszerek megjelenése, valamint a bérek emelkedése ebben a munka-intenzív ágazatban, jelentős mértékben megnövelte a ráfordításokat. Az egészségügyi kiadások a gazdasági növekedésnél gyorsabb ütemben növekedtek. Olyan más költséggeneráló determinánsokról sem szabad megfeledkezni, mint a potyautas szindróma, epidemiológiai változások, információs technika fejlődése, vagy a „moral hazard” azaz az erkölcsi kockázat kérdése.

A kedvezőtlen demográfiai és egyéb változások egyrészt finanszírozási, másrészt költségoldalról is érintik az egészségügyi rendszert, mivel az új eljárások elterjedése radikális költségnövekedést eredményez. Az egyre növekvő költségek pedig a társadalombiztosítás által fedezett szolgáltatási kör szűkülését hozza magával.

A tanulmányban a következő kérdésekre keresem a választ:

- Milyen szerepe van jelenleg az önkéntes pénztáraknak Magyarországon és milyen lehetőségei lesznek a jövőben?
- Vajon segíthet-e a kiegészítő egészségbiztosítási intézményrendszer, kiemelten az egészségpénztári szektor bevonása a társadalombiztosításra nehezedő finanszírozási gondokon, és ha igen, milyen feltételekkel?

Az anyag első részében kísérletet teszek az egészségpénztári törvény és az egészségpénztári szektor irodalmának kritikai elemzésére, majd bemutatom az egészségpénztári szektort és elemzem a szektor főbb jellemző adatait. A harmadik részben, pedig a pénztárak vezetőivel folytatott mélyinterjúk felmérés eredményeit mutatom be. A tanulmány összefoglaló fejezete után az egészségpénztári intézményrendszer lehetséges fejlesztésére teszek javaslatokat.

MÓDSZER

A kutatás módszerének kiválasztását, használatát a vizsgált témakör természete legtöbbször indukálja. A magyarországi egészségpénztárak jövőbeli lehetséges szerepének definiálásához a lehetséges primer információgyűjtési módszerek közül a kvalitatív mélyinterjúk készítését választottam, mivel a kutatási célból következően úgy gondolom, hogy ez a módszer alkalmas lehet arra, hogy a kiegészítő biztosítások magyarországi szerepének, helyének komplex kérdésére választ kaphassak. Mindezek mellett a gazdasági összehasonlító statisztika alkalmazásával az egészségpénztári piac nagyságát és trendjét térképeztem fel a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete, a Központi Statisztikai hivatal és az Egészségbiztosítási Felügyelet és az egészségpénztárak adatait felhasználva.

Az egészségpénztári törvény és a pénztárak alapszabályainak ismertetésekor, pedig a tartalomelemzés módszerét alkalmaztam.

AZ EGÉSZSÉGPÉNZTÁRI SZEKTOR

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

Úgy gondolom, fontos megemlíteni, hogy a társadalombiztosítás mellett nemcsak ez a két finanszírozási pillér van jelen, hanem egyéb, nem biztosítás alapú finanszírozások is megjelennek. Az egészségügy finanszírozásában a társadalombiztosítás, az egészségpénztárak és az üzleti biztosítók betegségbiztosításain kívül a kormányzat és az önkormányzatok által nyújtott szociális segélyek, a non-profit civil szervezetek, a karitatív magánintézmények által nyújtott adományok, a munkáltatók által fizetett betegszabadság, továbbá a háztartások által fizetett hálapénz is részt képvisel. Figyelembe véve a fentieket, jelen dolgozatomban most kizárólag az egészségpénztári szektort vizsgálom és elemzem.

AZ EGÉSZSÉGPÉNZTÁRI TÖRVÉNY

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

1993-ban a rendszerváltás után, a törvény megalkotásakor a cél a lakossági előtakarékoskodás előmozdítása, ösztönzése volt a cél. Így a pénztárak intézményes formát adnak az öngondoskodásnak, ahol a pénztári tag vagy annak közeli hozzátartozói a befizetett összeget egészségük védelmére, illetve a társadalombiztosítást kiegészítő ellátásokra fordíthatják.

Mintául a francia mutuálék szolgáltak, melyek az önkormányzatiságra épülve több szolgáltatási területen a társadalombiztosítás szerves részévé váltak. A későbbiekben azonban láthatjuk, hogy a lemásolt minta megmaradt célként, s a társadalombiztosítás működési alapelveitől lényegesen eltérő pénztári forma alakult ki az elmúlt 16 év során.

Az egészségpénztárak meghonosítása Magyarországon részét képezi a rendszerváltást követően a társadalombiztosítás reformjának, az 1993-as törvény megszületésekor fontos

szerepet szántak nekik. Erre utal a későbbiekben még szereplő elismert pénztár fogalma is. A törvény megszületése óta a kormányok eltérő súllyal és mértékben számítanak a pénztárak forrásaira, s szerepüket az adókedvezmények léte nagymértékben meghatározza. Jelentőségük a társadalombiztosítás mellett marginális, de nem lebecsülendő, hiszen 2008 végén meghaladta a 47 milliárd forintot az önkéntes egészségpénztárak vagyona.

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

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

Mindhárom konstrukció legfontosabb jellemzője az öngondoskodás, tehát a pénztárból igénybe vehető szolgáltatások befizetésekhez kötöttek.

Egészségpénztár alapítását a pénztártörvény igen szabadon szabályozza: Az alapításhoz legalább 15 alapító tag megjelenése szükséges az alakuló közgyűlésen. A közgyűlés dönt az alapszabályról, az induló gazdálkodási terv elfogadásáról, a tisztségviselők megválasztásáról és a díjazás mértékéről. A pénztár kizárólag csak a tagok befizetéseiből gazdálkodik és szolgáltatást is a tagok számára vezetett egyéni számlák erejéig nyújthat.

A törvény a pénztárak működésére vonatkozóan a következő alapelvek érvényesek: a kölcsönösség, a függetlenség, az önkéntesség, a szolidaritás, az önkormányzati működés, a zárt gazdálkodás, a non-profit működés és a társulási elve. Az egészségpénztár jogi személyiség, melyet a székhely szerinti illetékes megyei bíróság vesz nyilvántartásba. A pénztárak állami felügyeletét a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete 2007-ig egyedül végezte, majd az egészségbiztosítás hatósági felügyeletéről szóló 2006. évi LXVI. törvény értelmében jelenleg az Egészségbiztosítási Felügyelettel közösen látnak el.

A PSZÁF döntően a pénztárak gazdálkodásának jogszerűségét ellenőrzi. Az Egészségbiztosítási Felügyelet pedig a pénztárak létrehozásával kapcsolatos egészségpolitikai célok megvalósulását vizsgálja, valamint a tagok részére biztosított szolgáltatások minőségét, a pénztárak minőségbiztosítási tevékenységét értékeli és segíti a fogyasztókat a nyilvánosan elérhető információkkal.

AZ EGÉSZSÉGPÉNZTÁRI SEKTOR IRODALMA ÉS KRITIKÁJA

A magyar önkéntes egészségpénztári szektorral foglalkozó szakcikkek száma elenyésző, ha 15 éves fennállásukat tekintjük. Többnyire, mint az önkéntes nyugdíjpénztárak mellett jelenlevő befektetési/befizetési lehetőségként kerülnek megemlítésre, mint a jövőről való öngondoskodás ki nem aknázott területként. A publikálók többnyire az egészségpénztári rendszerhez kötődnek valamilyen formában, így a kritikai észrevétel kevés, inkább a szektor eddigi fejlődésének bemutatása, illetve a pénztári szolgáltatások hasznossága kerül előtérbe. [Stabilitás(2008), Kóti(2003), Matits(2005)]. Tehát egyrészt maga a kialakult intézményrendszer szereplői teremtik meg szakmai hátterüket és bázisukat, mely egyértelműen létezésük, fennmaradásuk

mellett szól. Kétségtől ez az egyetlen olyan egészségügyi célú intézményesített öngondoskodási forma, mely magában foglalja a prevenciót is, melyet rendkívül fontosnak tartok a jövőt tekintve.

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

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

A törvény már 1993 óta lehetőséget ad arra, hogy elismert pénztárak is alakuljanak. A pénztári törvény szerint az elismert pénztár „külön törvény által feljogosítva az adott társadalombiztosítási, szociális ágazatban társadalombiztosítási ellátást szervez és helyettesít, illetve azokat kiegészítő szolgáltatásokat nyújt”.

Bár a pénztártörvény önkéntes kölcsönös biztosító pénztárakról rendelkezik, nem beszélhetünk igazi biztosítókról. Ugyanúgy, mint ahogy a társadalombiztosítás sem biztosítás, csupán egy félresikerült, de megszokottá vált kifejezés. Német György [2003] szerint: „az egészségpénztár tagsága mikrotársadalmának társadalombiztosítása törvényi kötelezés nélkül, e mikrotársadalom belső szolidaritása alapján.”

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

Német [2004a] az egészségpénztárak 10 éves történetét bemutató elemzésében számos helyen vitatja a pénztártörvény helyességét és szóhasználatát. Tanulmányában arra keresi a választ, hogyha az egészségpénztár nem biztosító, akkor tulajdonképpen micsoda és mire alkalmas. Tanulmányában a múlt évtized kormányzati melléfogásaként jellemzi az önkéntes egészségügyi megtakarítási számlákat.

Tény, hogy a szektor léte nagymértékben meghatározódik az adókedvezmények által, véleményem szerint azonban társadalmi szempontból rendkívül fontos a munkavállalók öngondoskodási kultúrájának erősítése, az öngondoskodás intézményeinek létrehozása a lakosságra nehezedő egyre növekvő egészségügyi terhek könnyítésére. Ezt az öngondoskodás

formáiról írt tanulmány [Ágoston et.al] is alátámasztja. A kérdőíves vizsgálat alapján az öngondoskodás messze elmarad attól a szinttől, amit az egyéni elvárások indokolnának.

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

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

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

Az egészségpénztár lényegéről Lukács Marianna [MÖESZ(2007)], mint speciális egészségügyi bankszámláról ír, melyről kizárólag egészségügyi szolgáltatásokra lehet költeni magunk vagy családtagjaink egészsége érdekében, a fel nem használt pénz pedig a nyugdíjpénztárakhoz hasonlóan hozamot hoz, mely negyedévente kerül a tag számlájára. Tehát, mindössze egyéni megtakarításokkal van dolgunk, melyeket kifejezetten csak egészségügyi céllal költhetünk el.

Az a típusú pénztár, amit kezdetben, a létrehozáskor elképzelték nem valósult meg. Hiszen a gyakorlatban az önkéntesség és a szolidaritás fordított viszonyban van. A szolidaritás elve a pénztáraknál abban nyilvánul meg, hogy a tagok tagdíja független egyéni kockázatuk mértékétől. Továbbá az, hogy a belépni szándékozó nem utasítható el. A társadalombiztosítást egy kötelező kényszer tartja össze, melyben jogszabály által előírt kötelező járulékfizetést jelent. Az ekvivalencia elvét nem alkalmazó egészségpénztáraknál a szolidaritás elve azonban, mint működési elv szerepel. Tehát tulajdonképpen a szolidaritásból egyéni megtakarítás lesz.

Az egészségpénztárak teljesítményét, szemben a nyugdíjpénztárakkal szemben, nem a hozamadataik mutatják, állítja Lehoczy László [MÖESZ (2009)]. Az önkéntes nyugdíjpénztáraktól eltérően itt a tagok rövidtávon felhasználják, elköltik befizetéseiket, így az egészségpénztárak vagyonukat elsősorban rövidtávú pénz – és tőkepiaci eszközökbe fektetik. Vagyonuk tavaly 2008-ban érte el az éves befizetések összegét, szemben a nyugdíjpénztárakéval, ahol ez hétszeres. A hozamok összehasonlításakor elsősorban a működési költségek levonásai

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

AZ EGÉSZSÉGPÉNZTÁRI SZÉKTOR MŰKÖDÉSÉT JELLEMZŐ ADATOK ÉS TENDENCIÁK

Elemzésem az intézményi szerkezet, a tagdíjak, a pénztári bevételek, a szolgáltatások, az adókedvezmények adatait és szempontjait tekinti át, ehhez a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete, az Egészségbiztosítási Felügyelet, a KSH és az pénztárak adatait használtam fel. A fenti témaköröket tartom az egészségpénztári szektor helyének és szerepének, a társadalombiztosítás mellett kiegészítő finanszírozást teljesítő teljesítményének megítélésében relevánsnak. A hozam adatok vizsgálatáról az empirikus kutatás eredményeinek bemutatásánál térek ki.

Az egészségpénztárak súlya a pénztári szektorban, intézményi csoportjai

Az egészségpénztárak súlya a háromszereplős önkéntes pénztári piacon mind vagyon, bevétel és mind taglétszám tekintetében dinamikus volt a pénztárak indulásától kezdve.

Míg 2004-ben az önkéntes pénztári szféra bevételeinek 20,8%-át az egészségpénztárak adták ez a tavalyi évben már 30,6%-ot tett ki. Az 1. sz. táblázatból látható, hogy az önszegélyző pénztárak fejlődése 2006. évtől kezdve megakadt, s 2008-ra bevételük, az öt évvel ezelőtti harmadára csökkent. Látható, hogy az egészségpénztári szféra térnyerése elsősorban az önszegélyző pénztárak zsugorodó populációjának, és az azzal párhuzamosan csökkenő bevételeknek köszönhető. Ez összefügghet azzal, hogy a munkáltatói befizetésekre és szolgáltatásokra járó adókedvezmények szigorodtak, ezzel párhuzamosan pedig az egészségpénztári szféra növekedett. Látható, hogy a pénztári szektorban a 2008-as évben az egészségpénztárak bevételeinek növekedése az előző évhez képest a legnagyobb, s jelentősen meghaladja az önkéntes magán nyugdíjpénztárakét is. A 2008-as év teljesítményét befolyásolhatta az is, hogy az egészségpénztárakba teljesített befizetés kvázi likvid befektetésnek számít a nyugdíjpénztári befizetésekhöz képest, s szinte azonnal felhasználható, így a válság következtében kedveltebbé váltak, mint rövidlejáratú befektetési formák.

A 2009. évi gazdasági visszaesés azonban várhatóan az egész pénztári szektort negatívan fogja érinteni. A pénztártagok díjfizetési képessége és készsége jelentősen gyengülhet. Azonban az adókedvezmények fennmaradásával, a jóval likvidebb egészségpénztári szférának lehetősége lehet arra, hogy súlyát tovább növelje a pénztári szférában.

	Volumen (mrd Ft)					Éves növekedés (%)			
	2004	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
Díjbevétel									
Magánnyugdíjpénztár	213,3	245,2	279,1	301,1	357,4	15,0%	13,8%	7,9%	18,7%
Önkéntes nyugdíjpénztár	78,4	85,9	92,8	100,3	107,8	9,6%	8,1%	8,1%	7,5%
Önkéntes egészségpénztár	22,2	30,1	37,1	39,2	48,5	35,5%	23,1%	5,8%	23,7%
Önkéntes öngélezőpénztár	5,9	9,2	10,7	5,4	2,0	57,8%	15,7%	-49,7%	-62,3%

Forrás: PSZÁF

1. sz. táblázat: Az egyes pénztártípusok tagdíjbevételei

Egészségpénztár alapítására 1993-tól van lehetőség, többségük mégis 1997-et követően alakult meg. Az egészségpénztári szektoron belül három pénztár csoportot különböztethetünk meg az intézményi háttér szempontjából. A banki és/vagy biztosítói háttérrel rendelkező, a munkáltatói vagy ágazati alapítású és a független alapítású pénztárakat, melyek eltérő súllyal képviselik magukat mind a tagi létszám, mind pedig a bevételek megoszlása tekintetében.

A munkáltatói alapítású pénztárak többsége már 1996-tól jelen van az egészségpénztári piacon. Itt a nagyszámú munkavállalóval rendelkező állami vállalatok, kormányzati szervek pénztárait találjuk, mint a Vasutas, a Honvéd, az ADOSZT, a Postás, a Tempo és a Vitamin Egészségpénztárak. Alapításuk során csak az illető nagyvállalat érdekeit tartották szem előtt. Többségük alapszabálya meg sem engedi az egyéni tagságot, némelyek deklarálják zárt egészségpénztár mivoltukat. Ezeknek a pénztáraknak az ereje abban rejlik, hogy az őket létrehozó nagyvállalatok igen nagy, 5-20 ezres munkavállalói létszáma jelenti a tagkört, és a tagdíj nagy részét a munkáltató magára vállalja. A szolgáltatási rendszerüket illetően kezdetben előnyt élveztek, mert a nagyvállalatok már rendelkeztek olyan orvosi, fogorvosi rendelővel, sport és üdülő telepekkel, ahol költséghatékony kiegészítő egészségügyi szolgáltatásokat tudnak nyújtani tagjaik számára. 2003-ban még belőlük került ki az a 8 nagy egészségpénztár, mely a tagság kétharmadát, a vagyont négyötödét koncentráta.

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

Külön csoportba tartoznak az egészségügyi szolgáltató, vagy azok csoportja által szervezett pénztárak, akik szintén később alakultak. Előnyüket a munkáltatói háttérű pénztárakkal szemben a nyílt működés jelentette, a zárt pénztárakkal szemben (Vasutas, Honvéd) az, hogy magánszemélyek is szabadon csatlakozhattak hozzájuk. A szegmens legjelentősebb képviselője a Patika Egészségpénztár, mely a három nagy banki/biztosítói háttérű egészségpénztárak mellett a legnagyobb taglétszámmal rendelkezik. Kiterjedt gyógyszerészeti hálózata (országosan 2300 patika)

jelentős szolgáltatói bázist jelent számukra.. Ide tartozik még az Új pillér, a Kardirex vagy az Egészségért Egészségpénztár is.

Az egészségpénztárak száma 1995 végén 16 volt, 2006-ra számuk 45-re emelkedett, majd jelentős koncentráció után 2008-ra 37-re csökkent. Az Egészségbiztosítási Felügyelet [EBF(2009)] számításai alapján a koncentrációs mutatók értékeinek jelentős növekedése ellenére (Herfindahl-Hirschmann Index:878) ³ a piaci koncentráció foka még mindig alacsony, de növekedő tendenciát mutat. Várhatóan tehát a jövőben még számos összeolvadásra, vagy fúzióra számíthatunk. A koncentráció nemcsak az egészségpénztárak számánál érhető tetten, hanem a pénztárakat tömörítő szövetségeknél is. Míg 2007-ben öt pénztárszövetség volt jelen (a Stabilitás, az EPOSZ, MÖESZ, Magyar PSZ, Általános PSZ), ez a szám 2008. év végére négyre csökkent, és jelentős átrendeződés történt a szövetségek súlyait illetően is. A Stabilitás Pénztárszövetség öt egészségpénztári tagjához további kilenc pénztár csatlakozott, így létrejött a pénztári szféra legerősebb szövetsége, mely az egészségpénztári piac csaknem 85% -át adja taglétszám tekintetében. A Stabilitás Pénztárszövetségben a legjelentősebb magán nyugdíjpénztárak, mind a legnagyobb egészségpénztárak jelen vannak. Így a legerőteljesebb lobbitevékenységet is ők folytatják fennmaradásuk és jövőbeli szerepük megtartása érdekében.

Tagság és taglétszám

Az egészségpénztári tagságnak dominánsan két formája létezik. A munkáltatói támogatással ösztönzött tagság és az egyéni tagság. A teljes taglétszámon belül az előbbi a meghatározó. Az egyéni tagdíjfizetők száma a teljes taglétszámon belül 1-2% körül ingadozik a GKI- EKI felmérése alapján [Adler et al. (2007)], s ez az arány maradt 2008-ban is a PSZÁF (2009) adatai alapján.

Korábban a nagyvállalati alapítású egészségpénztárak dominanciája volt jellemző, de a piac 2004. évtől átrendeződött a banki/biztosítói háttérű pénztárak számának növekedésével.

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

A pénztárakban a tagsági jogviszonyt a munkavállaló (pénztártag) teremti meg azzal, hogy kitölti a belépési nyilatkozatot és azt a pénztár záradékolja. Az így létrejött tagság alapján a tagdíjat a munkáltató munkáltatói hozzájárulás jogcímén átvállalhatja (az egészségpénztárral kötött szerződés alapján).

³ A Herfindahl-Hirschmann Index (HHI) azt méri, hogy a piac mennyire versenyző, mennyire koncentrált. 1800 feletti értéke jelenti a koncentráció magas fokát, míg 1000 alatti értéke az alacsony fokát.

A tagsági jogviszony feltétele:

- 16 éves kor betöltése,
- a tagdíjfizetés vállalása és
- az alapszabály rendelkezéseinek elismerése.

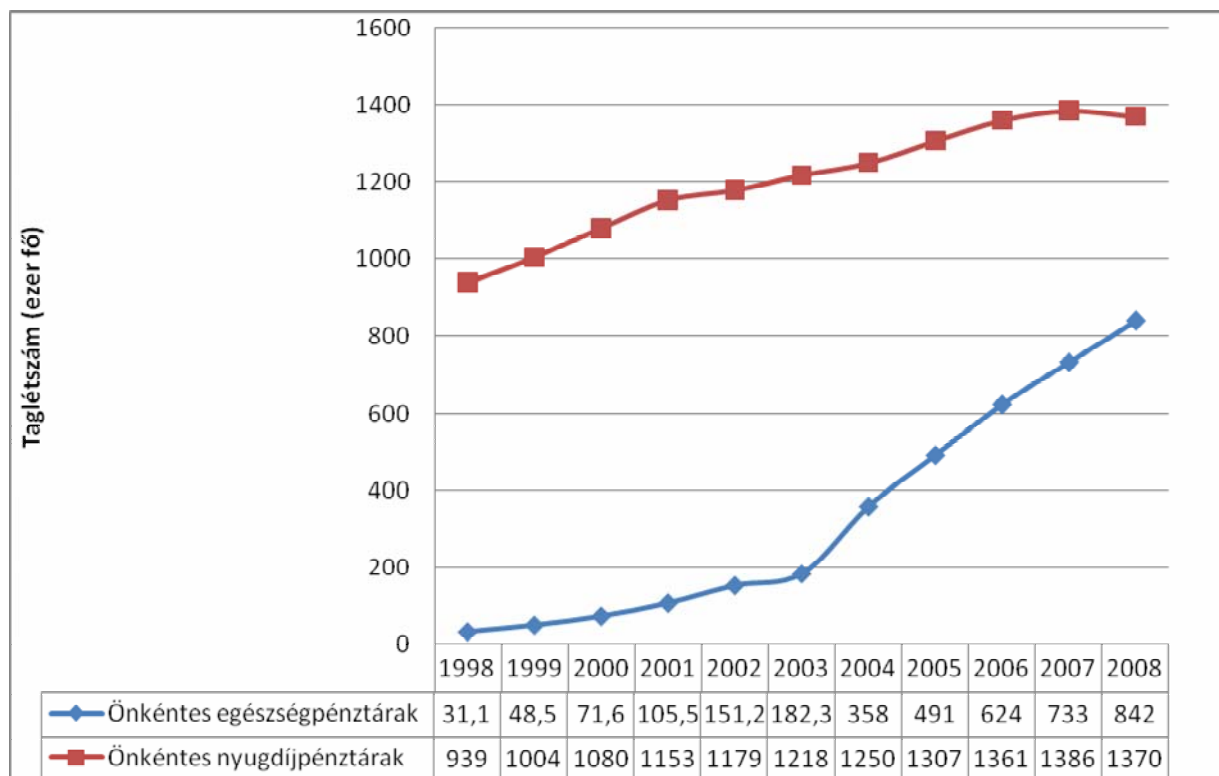
Érvényes tagsági jogviszony alapján a tag jogosult igénybe venni az egészségpénztár szolgáltatásait, kivéve, ha a pénztár arra alapszabályában várakozási időt köt ki. Ez az egészségpénztári gyakorlatban nem jellemző, de a törvény megadja ennek a lehetőségét.

Újabban a szolidáris alapok megjelenésével azonban a pénztárak élnek ezzel, s 1-3 éves várakozási időt szabnak az újonnan belépők számára.

A munkáltatói hozzájárulás lehet azonos összegű vagy a bér azonos százaléka, ha azonban a cafetéria rendszer működik a munkáltatóknál az egészségpénztári hozzájárulás más és más lehet. A befizetéseknek nincs felső korlátja, azonban nagyságukat az érvényesíthető adókedvezmények mértéke mindenképpen megszabja vagy befolyásolja mind az egyedi, mind pedig a munkáltatói oldalról. A tagdíj mértéke pénztáranként eltérő mértékű átlagosan 30.000Ft. [EBF (2008)], havi átlagban 2.500 forintot jelent. Leginkább kiugró értékkel az Új Pillér (102.000 forint) és a Herendi (5200) rendelkezik.

Az elmúlt 10 év adatai alapján dinamikus növekedés figyelhető meg a pénztári tagokat illetően. Az egészségpénztárak taglétszám növekedését összevetve az önkéntes nyugdíjpénztárak növekedésével, látszik, hogy az önkéntes nyugdíjpénztárak nagyságrenddel nagyobb taglétszámmal rendelkeznek, de taglétszám növekedésük az utóbbi években lelassult, a piaca telítődés fázisába érkezett. Az 1. sz. ábrán látható, hogy az önkéntes nyugdíjpénztárak növekedési dinamikáját az egészségpénztárak 2004-től kezdődően meghaladják a taglétszám tekintetében.

Ezzel szemben az egészségpénztárak növekedési görbéje az önkéntes nyugdíjpénztári növekedési görbe első, exponenciálisan növekedő szakaszához hasonlítható. A várható egészségpénztári taglétszám meghatározásakor is ezt a trendet érdemes figyelembe venni.



1. sz. ábra A taglétszám alakulása az önkéntes nyugdíj és egészségpénztáraknál 1998-2008 PSZÁF adatai alapján

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

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

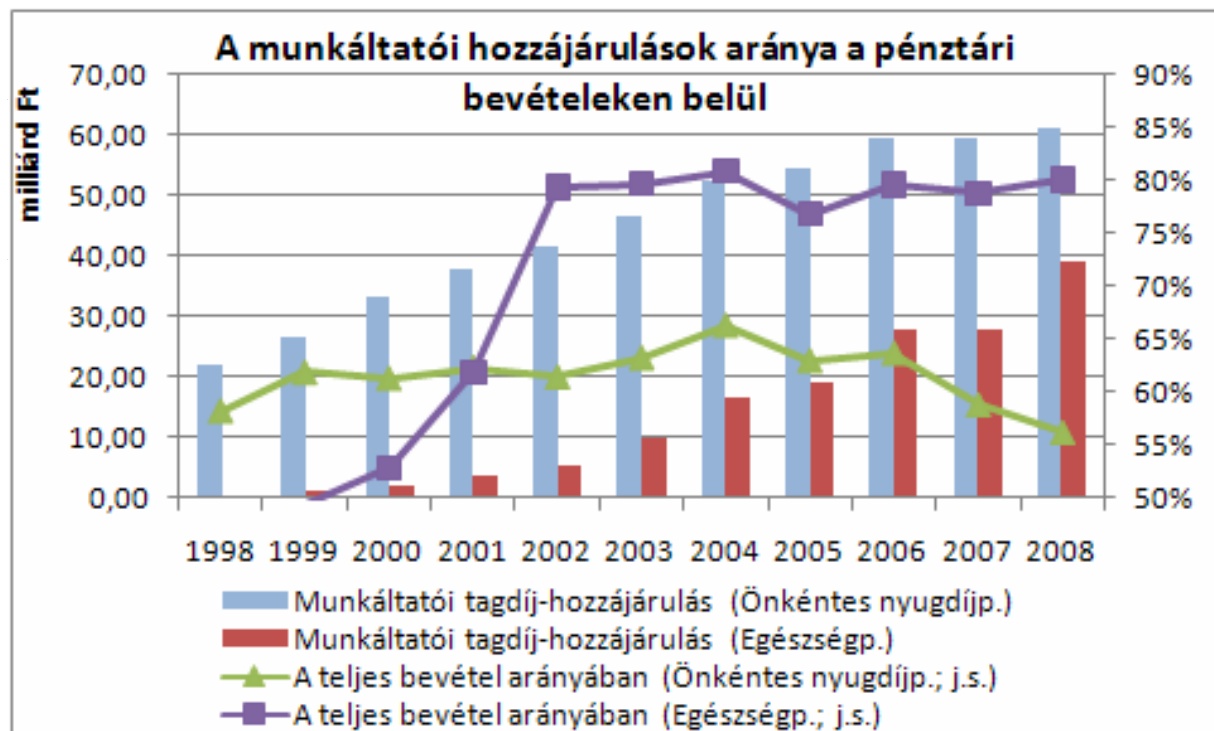
Bevétel és vagyon

A bevétel és vagyonnövekedést illetően is hasonló dinamika figyelhető meg, mint a taglétszámoknál az elmúlt 5 évet tekintve. A gazdasági válság hatására a nyugdíjpénztárak vagyonát a befektetési szerkezetükből adódóan jóval erősebben érintette, s vagyonuk 2008-ra 11,3%-kal csökkent. A pénztári szférában egyedül az egészségpénztáraknál tapasztalható növekedés, de ez is elmarad az elmúlt éveketől. (2. sz. táblázat)

	Állományok					Éves növekedés (%)			
	2004	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
Pénztárak száma (db)									
Magánnyugdíjpénztár	18	18	19	20	19	0,0%	5,6%	5,3%	-5,0%
Önkéntes nyugdíjpénztár	75	75	69	67	66	0,0%	-8,0%	-2,9%	-1,5%
Önkéntes egészségpénztár	39	43	45	38	37	10,3%	4,7%	-15,6%	-2,6%
Önkéntes önszegélyezőpénztár	35	37	37	29	19	5,7%	0,0%	-21,6%	-34,5%
Taglétszám (ezer fő)									
Magánnyugdíjpénztár	2 403	2 510	2 654	2 788	2 949	4,4%	5,7%	5,1%	5,8%
Önkéntes nyugdíjpénztár	1 250	1 307	1 361	1 386	1 370	4,6%	4,1%	1,8%	-1,1%
Önkéntes egészségpénztár	358	491	624	733	842	36,9%	27,2%	17,5%	14,9%
Önkéntes önszegélyezőpénztár	108	119	120	99	43	10,7%	0,2%	-17,4%	-56,4%
Vagyon (mrd Ft)									
Magánnyugdíjpénztár	876,1	1220,7	1590,7	1979,4	1869,6	39,3%	30,3%	24,4%	-5,5%
Önkéntes nyugdíjpénztár	555,9	642,6	719,1	786,9	697,7	15,6%	11,9%	9,4%	-11,3%
Önkéntes egészségpénztár	20,6	28,7	37,9	44,0	49,4	39,4%	32,0%	16,1%	12,3%
Önkéntes önszegélyezőpénztár	2,0	3,3	3,9	3,0	1,6	70,2%	18,0%	-22,7%	-47,0%

Forrás: PSZÁF

2. sz. táblázat. A taglétszám és vagyon az egyes pénztártípusoknál

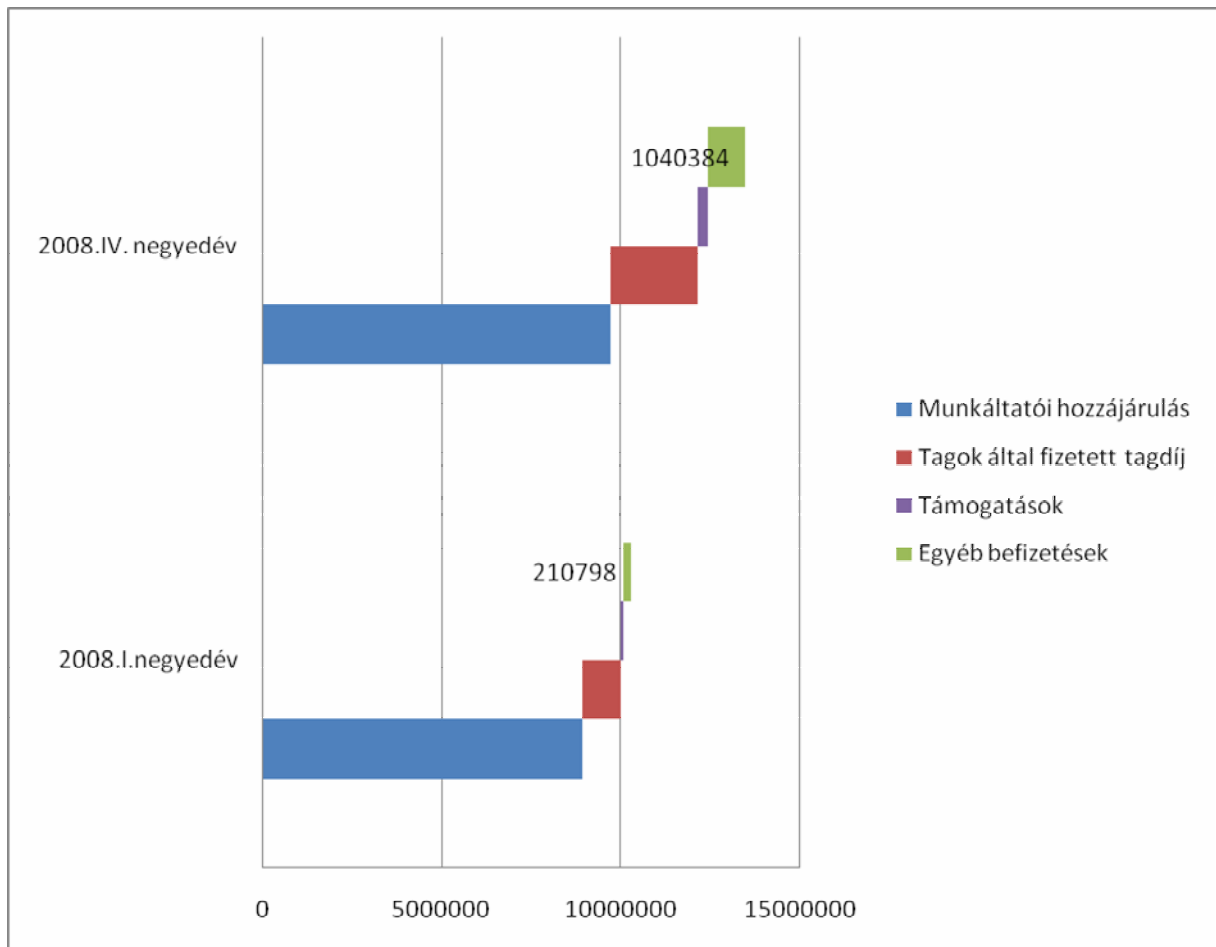


2. sz. ábra (Forrás: PSZÁF (2009))

Különösen nagy a különbség a tagok egyéb befizetéseit és a támogatásokat illetően (lásd.3. sz. ábra). A Stabilitás Pénztárszövetség adatai alapján a Szövetség tagpénztáraiba a negyedik negyedévben befizetett egyéb befizetések értéke az első negyedévi értékek ötszöröse, a támogatások és a egyéni tagdíjfizetések értéke az utolsó negyedben kétszeres nagyságú, míg a munkáltatói befizetések értékének növekedése mindössze 8%, ami a negyedévi taglétszám növekedésénél némileg alacsonyabb.

Tehát elmondható, hogy a tagok egy része törekszik arra, hogy maximálisan kihasználja az adókedvezmények adta lehetőségét. 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 pénzüsségeket kezel véleményem szerint, nem

ösztönöz a hosszabb idejű egészségcélú megtakarításra – inkább a mihamarabbi elköltésre az egyéni befizetések és a támogatások tekintetében.



3.sz. ábra Az elsődleges bevételek megoszlása az első és a negyedik negyedévben
Stabilitás Szövetség adatai alapján

[Az egészségpénztárak által nyújtott szolgáltatások köre](#)

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

- Egészségpénztár által *szervezett szolgáltatások*: állapot felmérések, szűrővizsgálatok. Ilyenek az általános (menedzserszűrések), kardiológiai, onkológiai, fogászati szűrések. Ezek alapvetően az egészségmegőrzést, a betegségek megelőzését célozzák.
- Egészségpénztár által *finanszírozott szolgáltatások*: Ezek közül a legtöbbet gyógyszervásárlásra és fogászatra költenek. Ebbe a csoportba tartozik még a tagok legkülönfélébb igényeinek megfelelően a magánrendelések (szemészet, bőrgyógyászat, plasztikai sebészet, nőgyógyászat), otthonápolás, gyógyászati segédeszközök, kiemelt kórházi hotelszolgáltatások, gyógyüdülések, stb. finanszírozása.

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

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

Így a pénztárak alapszabályában is különválnak a *kiegészítő egészségbiztosítási* és az *életmódjavító szolgáltatások* köre. Míg a gyógyító ellátásokat adókedvezmény támogatja, a prevenciós szolgáltatásokat adófizetési kötelezettség terheli. a szolgáltatások körét a 2. sz. melléklet tartalmazza.

Adókedvezmények

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

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

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

Az, hogy mennyire függenek a befizetések az adókedvezményektől jó például szolgál a következő: 2007-ben, amikor a munkáltatói hozzájárulás adómentes része 13100 Ft-ban volt megszabva, a befizetések az előző évihez képest szinten maradtak. 2008-ban a befizetések limitje 20 700 Ft-ra nőtt, így a befizetések is 35 milliárd forintról 48 milliárdra nőttek. az összes pénztári befizetések esetében ez nem lehet több mint 100 ezer forint. Ez évi 333 ezer forintos befizetést jelent, azaz havi 27 770 forintot. További 10 % adókedvezményt érvényesíthet a pénztártag a prevenciós szolgáltatásokra költ egészség számlájáról, illetve szintén 10 %-os adókedvezmény jár a legalább két évre lekötött befizetések után.

A munkáltató által fizetett tagdíj-hozzájárulás a termelés érdekében felmerült költségnek minősül. Ez az összeg nem növeli a munkavállaló jövedelem adó alapját.

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

AZ EMPÍRIKUS KUTATÁS EREDMÉNYEI

A mélyinterjú kutatási anyag elemzésével több olyan témát sikerült azonosítani, melyek megjelennek és vitát indukálnak az egészségügyi biztosításban dolgozó vagy oktató, illetve az érintettek körében. A fejezet alfejezetei többnyire témacsoportonként támaszkodnak a mélyinterjú során feltett kérdésekre. Az interjúalanyok kiválasztásánál a kutatás minősége érdekében a mintavételi keretbe kizárólag felelős vezetők, a szakma elismert képviselői kerültek be az egészségbiztosítás különböző területeiről. (Az OEP jelenlegi-, és volt vezetői, üzleti biztosítók személybiztosítási üzletágának vezető szakemberei, tanácsadói, egészségpénztári vezetők, az egészségügyi biztosítást oktatók, biztosítási brókerek). A felmérésben résztvevők mindegyike tapasztalt, az egészségbiztosításban mind elméletileg és gyakorlatilag is jártas szakember. Szakmai kapcsolati hálójukat felhasználva (az érvényességi kritériumok szigorú betartása mellett) alakult ki az interjú alanyok köre. Az adatfelvétel kezdeti időszakában előfordult, hogy a megkérdezetteket ismételtelen felkerestem és néhányukkal interjú sorozatot is készítettem.

Az adatfelvételi periódus során 17 interjú készült 2008 őszétől 2009 nyaráig tartó időszakban. Az interjúalanyok a listában (lásd a melléklet 1.sz. táblázatában) betű és számjellel jelennek meg, valós beosztással. Az eredmények bemutatása során jelzésükkel hivatkozom rájuk, mely egyúttal a kutatás adott területét is jelzi.

A KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS FOGALMÁNAK ELTÉRŐ ÉRTELMEZÉSEI ÉS AZ EBBŐL ADÓDÓ PROBLÉMÁK

Mivel az egészségpénztárak és az üzleti biztosítók által kínált egészségügyi biztosítások együttesen képezik a Magyarországon intézményesített formában igénybe vehető kiegészítő biztosításokat, e fejezet túlnyúlik az egészségpénztári szektoron, és tágabb értelmezési tartományban vizsgálódik a fogalmak eltérő értelmezéseit illetően.

Az 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 magyarországi a közfinanszírozás dominanciája, illetve a szolidaritás elvének megtartása nem merült fel kérdésként, azonban sarkalatos problémaként jelentkezett az un. alapsomag definiálása, melyet a többség alapvető okként hozott fel a kiegészítő biztosítások helyének és mértékének definiálásához. Az interjúalanyok döntő többsége, valamint a szakirodalomban található szakcikkek a társadalombiztosítás mellett alapvetően két kiegészítő pillért említenek: az üzleti biztosítók egészségügyi biztosításait, illetve az önkéntes egészségpénztárakat.

Az üzleti biztosításban érdekelt interjú alanyok számára, a kiegészítő biztosítás csak az üzleti biztosítók által kínált lehetőséget jelenti. Mivel azonban az egészségpénztárak is a társadalombiztosítás mellett léteznek, mint azt kiegészítő finanszírozói elem, a válaszadók többségénél, mint létező elem és lehetőség ide sorolódik. „Alapvetően beletartozik, nem lenne jó lehúzni.” [A3]

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

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

„Az alternatív azt jelenti, hogy a társadalombiztosítás helyett.” [A2] Hiszen vannak olyan országok (Németország, Románia), ahol a társadalombiztosítás nem kötelező, illetve vannak olyan rétegek, csoportok, akik valamilyen módon kiszorultak a társadalombiztosításból.

(Hosszú idő óta munkanélküli, nem fizet járadékot). Így az alternatív létezhet a társadalombiztosítás mellett is. Ez a fogalom a szakirodalom tanulmányozása kapcsán nem merült fel, bár létező jelenség és magában hordozza egy jövőbeli intézményesült struktúra képét is, ezért fontosnak tartom kiemelni. Mivel „semmilyen kormány nem engedheti meg, hogy legyenek emberek, akiket eltanácsolnak a kórház ajtóból” nem tartom kizártnak, hogy már van olyan kör, aki nem a társadalombiztosításnál köti meg a biztosítását. Az újonnan megjelenő külföldi magánbiztosítók (Medicover) ügyfeleinek egy része a társadalombiztosításból kiszorult vállalkozói réteg, illetve a Magyarországon dolgozó külföldiek adják. Így valamilyen módon hazánkban is megjelent az un. alternatív kiegészítő biztosítás.

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.

(A sportcipő vásárlása is belekerül az egészségügyi magánkiadások közé, adótámogatási rendszerből adódóan – ez több szempontból vitatható) Egy interjú alany [A1] említette meg csak, hogy az egészségügy magánfinanszírozásában nemcsak az előbb említett két intézmény, hanem egyéb magán intézmények, alapítványok, egyesületek is részt vesznek. Úgy gondolom, hogy a válaszadók tudnak ezek működéséről, azonban senki sem számol velük. Igaz mennyiségileg nem számottevőek, de, mint a magánfinanszírozás megjelenési formáiként nem szabad elfelejtkezni róluk. Itt jelenik meg a háztartás is, mint magánfinanszírozó kiegészítő forma. „A kiegészítő formák – főként az üzletiek – meg pontosan arról szólnak, hogy ha belépünk a háztartás helyébe, átvállaljuk ezt, akkor van-e azon a ténykedésünkön valamiféle kis hozam....Itt tényleg paradigmát kéne váltani, abban az értelemben, hogy be akarom-e vonni a kiegészítőt a közfeladatba.” [A1]

Néhány interjú alany említi meg azt a lehetőséget, melyre jelenleg nincs lehetőség („a TB nem fogja odaadni” [A2]). Magyarországon és a közeli jövőben sem valószínű, hogy lesz, arra lehetőség, hogy ahol a társadalombiztosítás finanszíroz, ott a többletet a kiegészítő biztosítás fizeti. „Ilyet nem lehet...kerülő utakon, meg kiskapukkal oldják meg, hogy vannak ilyen szobáik, és be is lehet feküdni hogyha egy alapítványnak fizetne, de nem kötelező, meg nincs tarifa, mert nem lehet összekapcsolni.” [D1] Néhányan azonban ennek a lehetőségét már a közeli jövőbe helyezik, többnyire a „piaci” szemléletűek, akik talán erőteljesebben érzik azt a nyomást, és erőteljes igénynövekedést, amely egy jobb színvonalú, gyorsabb szolgáltatásra irányul. „Itt valódi egészségügyi szolgáltatásokról lesz szó pillanatokon belül.” [A2] Itt elsősorban a várólistákat említik meg elsősorban. Ez hasonló a nyugat európai országokban, már ismertetett és elfogadott kiegészítő biztosításokhoz.

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

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

Tehát tulajdonképpen a társadalom értékítélete és természetesen a gazdaság teljesítőképessége az, amely meghatározza a közfinanszírozás és ezzel együtt a kiegészítő biztosítások lehetséges mozgásterét.

Magyarországon a kiegészítő tere ténylegesen az egyén által vállalt, önkéntes alapokon nyugvó magánfinanszírozást jelenti.

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

AZ ÖNKÉNTES EGÉSZSÉGPÉNZTÁRAK, AZ ÜZLETI BIZTOSÍTÓK ÉS AZ OEP EGYÜTTMŰKÖDÉSI LEHETŐSÉGEI ÉS PROBLÉMÁI

Az egészségpénztárak működésének hatékonyságát mindenképpen segítené, ha nem elszigetelt rendszerként nyújtanák a szolgáltatásokat, hanem a társadalombiztosítással, valamint az üzleti biztosítókkal együttműködve. Ezt a gondolatot az egészségpénztári vezetők, az OEP vezetők, és az üzleti biztosítók vezetői ismerik, elfogadják, mint alapelvet. Azonban a gyakorlatban nem alkalmazzák. „Sokáig azt gondoltam, hogy érdemes leülni, kigondolni közösen dolgokat, de ma már egyszerűen nem látom értelmét.”[C1] Az egyéni intézményi érdek mindenképpen megelőzi a társadalom szempontjából előnyös kooperációt.

Az együttműködés lehetőségét vizsgálva azonban elmondható, hogy az üzleti biztosítókkal ellentétben az egészségpénztári működés közelebb áll a társadalombiztosításhoz, így talán nagyobb eséllyel indulhat el a jövőben ezen a területen. Vannak azonban 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 vajon 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? Ez a kérdés számomra úgy tűnt, hogy 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] Itt a vélemények a különböző háttérrel rendelkező egészségpénztárak vezetőinél megoszlanak. A banki, biztosítói háttérű pénztáraknál ez elsődleges okként merül fel, míg mások ezt nem együttműködési kérdésnek tekintik, pusztán törvényi szabályozási feladatnak, amit nem mert még felvállalni egy kormányzat sem.

Úgy gondolom azonban, ha az együttműködés csak abban merülne ki, hogy a pénztárak vagy az üzleti biztosítók működését, nyilvántartási és ellenőrzési rendszerét az OEP szakemberei megtekintnék, számos jó ötlettel és javaslattal gazdagodhatnának. Az ellenőrzés tekintetében azt gondolom, hogy mindenképpen. Mind a pénztárak, mind pedig az üzleti biztosítók nagy hangsúlyt fektetnek a szolgáltatások minőségi és mennyiségi ellenőrzésére. „Az OEP-nél a szolgáltatókat nem ellenőrzik ... nincs az a funkciója, hogy ellenőrizzen.” [C1] Ez pedig a társadalombiztosítási rendszer túlzott használatát eredményezi.

Tehát az együttműködésről elmondható, hogy egymás mellett létező intézményeket találunk a magyar egészségügyi rendszerben, ahol a szereplők célja nem a szinergián alapuló kooperáció.

JAVASLATOK

Az egészségpénztári rendszer megmaradása és további támogatása véleményem szerint továbbra is segítené a lakosság igen alacsony színvonalú öngondoskodási kultúrájának fejlesztését. A jövő évtizedeiben várható demográfiai változások, és a technikai fejlődés által indukált költségnövekedést pedig enyhítheti.

Az egészségügyi rendszer intézményeinek szinergikus együttműködése hatékonyabbá tehető, ha az egészségpénztáraknál és a társadalombiztosításban tapasztalható bizalmatlanság és érdektelenség eltűnik.

Az ellátási alapsomag pontosítása lehetővé tenné a minél jobb illeszkedést a társadalombiztosításhoz és így a kiegészítő biztosítások köre és feladata meghatározódna.

A pénztárak az elmúlt évek során jelentős növekedést értek el mind vagyon, mind bevétel, illetve a tagok létszámát illetően a kedvező adókönyezet hatására. Ha ez a tendencia a jövőben is folytatódhatna segíthetné a hálapénz visszaszorítását és a magán egészséggazdaság kifejlesztését is. A pénztárak számla alapú elszámolási és ellenőrzési rendszere ezt segítené.

Az egészségpénztári szolgáltatásokon belül a prevenció szolgáltatások

FELHASZNÁLT IRODALOM:

ADLER Judit, PÉTERI János, SKULTÉTY László, SZABÓ László (2007) *Az egészségpénztárak lehetőségei az egészségügyi reformban*. GKI-EKI. Egészségügykutató Intézet Kft.

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

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

EBF (2009) – Egészségbiztosítási Felügyelet, Az önkéntes egészségpénztári szektor átfogó jellemzése. www.ebf.hu

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

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

MÖESZ (2007) Egészségfinanszírozási pillérek. Magyar Önkéntes Pénztárak Szövetsége

www.penz tarszovetseg.eu [2009.07.27]

MÖESZ (2009) - Magyar Önkéntes Pénztárak Szövetsége sajtóközlemények

www.penz tarszovetseg.eu [2009.07.27]

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

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

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

KSH – Központi Statisztikai Hivatal. www.ksh.hu

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

KÓTI Tamás (2008) Javaslat az Önkéntes Pénztári rendszer fejlesztésére. Kézirat.

1993.évi XCVI. törvény az Önkéntes Kölcsönös Biztosító Pénztárakról

PÉTERI János (2005) Gondolatok az egészségügyi célú kiadások magánfinanszírozásáról. Kézirat

PINKE Ildikó (2007) Egészségbiztosítás a reform közepén. Előadás. Elhangzott: 2007. június 8.

PSZÁF - Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (2009) www.pszaf.hu

STABILITÁS (2008) - Stabilitás Pénztárszövetség Évkönyv

STABILITÁS (2009) – Egészségpénztárak I. negyedéves jelentése. www.stabilitas.hu

MELLÉKLETEK

1. SZ. MELLÉKLET

A meghatározott feltételeknek megfelelő egészségügyi szolgáltatónál igénybe vett egészségügyi szolgáltatás, amely a társadalombiztosítási ellátás keretében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatást kiegészíti, vagy helyettesíti,

- otthoni gondozás;
- a természetgyógyászati jellegű szolgáltatások,
- gyógytorna, gyögmasszázs, fizioterápiás kezelések,
- gyógyfürdő, mozgásszervi betegeket ellátó nappali kórház, szanatórium, gyógyvíz-ivócsarnok és gyógybarlang egészségügyi szolgáltatásainak, gyógyellátásainak igénybevétele,
- közfürdők fürdőgyógyászati részlege által nyújtott gyógykezelések igénybevétele
- sporttevékenységhez közvetlenül kapcsolódó kiadások, (pl. pálya-, uszoda-, terem-foglalkozáson részvételre jogosító bérlet)
- aktív testmozgást segítő sporteszköz vásárlásának támogatása
- braille írással készült könyvek, magazinok árának a támogatása;
- mozgáskorlátozott, megváltozott egészségi állapotú személyek életvitelét megkönnyítő speciális eszközök árának támogatása, lakókörnyezetük szükségleteikhez igazodó átalakítása költségeinek támogatása. (pl.: korlátok, kapaszkodók felszerelése, ajtók, kijárok, folyosók szélesítése, emelőeszközök beszerelése)
- vakvezető kutyával összefüggésben felmerült költségek támogatása;

- egészségügyi szolgáltató, vagy természetgyógyász által nyújtott alábbi szolgáltatások:
 - szervenélybetegségekről való leszoktatásra irányuló kezelések;
 - méregtelenítő kúra;
 - léböjt kúra;
 - preventív kúra mozgásszervi panaszok megelőzésére;
 - fogyókúra program.

A pénztár az alábbiakban felsorolt pénzbeli szolgáltatásokat nyújthatja:

- gyógyszer és gyógyászati segédeszköz árának támogatása;
- pénztártag betegség miatt keresőképtelensége esetén a kieső jövedelmének teljes vagy részbeni pótlása;
- a pénztártag vagy közeli hozzátartozója halála esetén a hátramaradottak segélyezése.

A hatályos jogszabályok értelmében a prevenciós szolgáltatások igénybevételére költött összeg 10 százaléka adókedvezményként számolható el.

A prevenciós szolgáltatások körét a jogszabály⁴ szigorúan rögzíti. Az adókedvezmény és ezzel együtt a szolgáltatások igénybevételének feltétele, hogy a pénztártag egészségi állapotáról a pénztárral szerződött szakorvos felmérést készítsen, s abból személyre szabott egészségtervet alakítson ki. Az egészségterv egyebek mellett olyan életmódra vonatkozó javaslatokat tartalmaz, amely kiterjed

- a táplálkozási szokásokra;
- a sporttevékenységekre;
- a gyógyászati szolgáltatásokra;
- az esetleges kúraszerű ellátásokra.

Ezek alapján indokolt, az egészség megőrzését és a megbetegedések megelőzését elősegítő gyógyfürdő, gyógytorna és sporteszköz beszerzéséhez kapcsolódó szolgáltatások prevenciós szolgáltatásnak minősülnek. Mindezekon túl prevenciós szolgáltatásnak minősülnek az elkerülhető megbetegedések korai felismerésére irányuló szűrővizsgálatok, ideértve az OEP által nem, vagy csak bizonyos feltételek mellett finanszírozott szűrések is:

- méhnyakrák szűrés;
- emlőrákszűrés;
- vastagbélrák szűrés;
- prosztatatarákszűrés;
- mozgásszervi szűrés;
- AIDS-szűrés;
- mentális zavarok korai felismerését célzó szűrés;
- fogászati szűrés.

⁴ 263/2003. (XII. 24.) Korm. rendelet

2. SZ. MELLÉKLET

1. sz. táblázat

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

THE ROLE OF VOLUNTARY SUPPLEMENTARY HEALTH SAVING FUNDS IN FINANCING HEALTH CARE

In the framework of this lecture I will present an analysis on the literature on the Hungarian Voluntary Health Fund sector as well as introduce the main characteristic features of this sector. I will try to answer the following questions which have arisen from the in-depth interviews I have taken from health saving funds managers:

- What role do health saving funds play nowadays, and what are the future possibilities for their development, taking into consideration the restrictions brought about by the economic crisis?
- Can health saving funds alleviate the social security system's financing problems, and if yes, on what conditions?
- What are the possible ways for development in this sector?