

A KÖLTSÉGVETÉSI FENNTARTHATÓSÁG ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGY FINANSZÍROZÁSÁNAK ÁTALAKÍTÁSA

MAGYAR GAZDASÁGKUTATÓ ZRT.

2022. AUGUSZTUS 31.

Tartalomjegyzék

1. Vezetői összefoglaló.....	2
2. A magyar egészségügyi rendszer finanszírozásának alapjai.....	12
2.1. Az egészségbiztosítási rendszer működése	12
2.2. A magánbiztosítások megjelenése.....	16
3. Az egészségügyi rendszer hatékonyságának mutatói	22
3.1. A társadalom egészsége	22
3.2. Az egészségügyi kiadások alakulása	24
3.2.1. Finanszírozási alrendszerek szerint	28
3.2.2. Egészségügyi szolgáltatók szerint.....	36
3.3. A háztartások egészségügyi kiadásai	37
3.4. A finanszírozási rendszer hatékonysága	40
4. Közvélemény-kutatás adatainak elemzése.....	42
4.1. Állami és magánellátás.....	42
4.2. Az egészségügy anyagi vonatkozásai	52
4.3. Az egészségügyi ellátásban tapasztalt nehézségek.....	61
4.4. Hálapénz	67
5. Nemzetközi kitekintés	76
5.1. Egészségügyi rendszerek jellemzői, modelljei	79
5.2. Magyarország	85
5.3. Ausztria.....	89
5.4. Németország.....	95
5.5. Franciaország	99
5.6. Olaszország	102
5.7. Hollandia.....	106
5.8. Dánia	111
5.9. Amerikai Egyesült Államok.....	115
6. Javaslatok.....	120



1. Vezetői összefoglaló

A Költségvetési Tanács megbízásából jelen tanulmány keretében a Magyar Gazdaságkutató Zrt. az állami és magánszolgáltatások arányának, illetve a magánbiztosítások megjelenésének tükrében az egészségügy finanszírozásának átalakítását vizsgálja.

A magyar egészségügy számos problémával szembesül. A lakosság általános egészségi állapota sok tekintetben jelentős mértékben javult ugyan, de nemzetközi összehasonlításban még mindig kedvezőtlen helyzetben vagyunk:

- + A magyar társadalom születéskor várható élettartama elmarad a visegrádi országokban tapasztalttól: míg hazánkban 2020-ban 75,7 év volt a születéskor várható élettartam, addig Csehországban 78,3, Lengyelországban 76,6, Szlovákiában pedig 76,9 év.
- + 2019-ben a magyarok 58,2 százaléka vélekedett úgy, hogy jó vagy nagyon jó az egészségi állapota, ezzel az utolsó helyet szerezte meg régiós összevetésben. Csehországban ugyanezen évre részarány 61,9, Lengyelországban 59,8, Szlovákiában pedig 65,1 százalékot tett ki.

A 2011-től 2019-ig tartó időszakban Magyarország relatíve keveset költött egészségügyre a régiós versenytársakhoz képest:

- + A magyar egészségügyi kiadások 2019-ben 6,4 százalékot értek el GDP-arányosan, mely a legalacsonyabb érték a visegrádi országok között. Csehországban a mutató 7,8, Lengyelországban 6,5, Szlovákiában pedig 7,0 százalékon állt.
- + A közösségi kiadásokat¹ vizsgálva szintén hazánk van a legkedvezőtlenebb pozícióban: 2019-ben a GDP 4,3 százalékát fordította közösségi kiadásokra. Csehországban, Lengyelországban és Szlovákiában ez az arány rendre 6,4, 4,6 és 5,6 százalékot tett ki.

¹ Az OECD alapján közösségi kiadásnak számít valamennyi állami, megyei, önkormányzati kiadás, továbbá a társadalombiztosítási alapok kiadásai is.

- + A magánkiadások tekintetében ugyanakkor vezető pozícióban állunk: 2019-ben a GDP 2,0 százalékát fordították a háztartások egészségügyi kiadásokra, míg Csehországban és Szlovákiában egyaránt 1,4, Lengyelországban 1,8 százalékon állt az arány.
- + A közvetlen kifizetések tekintetében is elsők voltunk: 2019-ben a GDP 1,8 százalékát fordították a magyarok közvetlen kifizetésekre, míg Csehországban 1,1, Lengyelországban és Szlovákiában pedig 1,3-1,3 százalékot ért el az arány.
- + A közösségi és magánkiadások arányát vizsgálva az összes egészségügyi kiadáson belül megállapítható, hogy 2019-ben hazánkban volt a legmagasabb a magánkiadások aránya, 31,3 százalék, míg a többi országé 30 százalék alatti volt.

A háztartások egészségügyi kiadásai 2020-ban elérték az 1 003,9 milliárd forintot, mely 2010 óta évente átlagos 4,7 százalékos növekedésnek felel meg. Ebből 41,5 százalékot tett ki a járóbeteg-ellátásra fordított kiadások aránya (416,5 milliárd forint), míg a gyógyszerkiadások aránya 50,8 százalékot (510,3 milliárd forint), a kórházi szolgáltatásokra fordított kiadások aránya pedig 7,7 százalékot (77,2 milliárd forint).

Az egészségügyi rendszerek hatékonyságának összehasonlítására a HAQ Indexet használtuk, amely 0-100-as skálára vetítve azt mutatja meg, hogy az adott országban hány olyan haláleset történik, amely hatékonyan működő egészségügy (100-as érték) esetén elkerülhető lenne. Magyarország 2016-ban 82,1 pontot ért el az indexben, amely az egyik legalacsonyabb mind a visegrádi, mind az OECD országok között.

Közvélemény-kutatásunkban a hazai lakosság egészségügyi ellátással való kapcsolatát vizsgáltuk az alábbi témákon keresztül: állami és magánellátás igénybevétele, az egészségügyi termékek és szolgáltatások megfizethetősége és a lakossági ráfordítások mértéke, az ellátás során felmerült nehézségek, fejlesztési lehetőségek, valamint a hálapénzhez fűződő attitűd. A kirajzolódó főbb tendenciák a következők voltak:

- + A megkérdezettek több, mint kétharmada igénybe veszi az állami egészségügyi szolgáltatásokat. A többség inkább elégedett az ellátással, amelyet általában kapni szokott. Az állami ellátás igénybe nem vételének elsődleges okainak (az ellátás sürgősségén kívül) a bizalom hiánya és a hosszú várólisták bizonyultak.
- + A válaszadók 43,4 százaléka vesz igénybe magánegészségügyi szolgáltatásokat, mellyel közel 90 százalékuk meg is van elégedve. A magánellátás igénybe nem vételének okaként (az ellátás sürgősségén kívül) azt jelölték meg legtöbben, hogy nem tartják megfizethetőnek, illetve az állami ellátásnál jobbnak.
- + A megkérdezettek kétharmada vagy a magánellátásban bízik jobban, vagy egyformán mindkettőben. Körülbelül minden tizedik válaszadó egyikben sem bízik meg.
- + A megkérdezettek több, mint fele átlagosan 10 000 forint alatt, negyede afölött költ gyógyszerekre havonta.
- + A kutatásban részt vevők 58,2 százaléka nem tartja megfizethetőnek a magánegészségügyet, 43,9 százaléka pedig a gyógyszereket.
- + Legnagyobb arányban gyógyszer vagy gyógyászati segédeszköz, vizsgálati költség, illetve kórházi kezelés okozott az utóbbi két évben átlagon felüli kiadást. Ezen ráfordítások több, mint fele 100 ezer forint alatti, ugyanakkor minden negyedik meghaladja a 150 ezer forintot. A nem várt költségeket elsősorban az aktuális havi fizetésből, megtakarításokból, valamint családtagok és barátok segítségével finanszírozták.
- + A megkérdezettek közel fele a szakemberhiányt és a hosszú várólistákat tartja a hazai egészségügy legnagyobb problémájának, továbbá minden harmadik személy szerint nem elégséges a rendszer finanszírozottsága.
- + A válaszadók több, mint fele szerint szükség lenne változásokra a járó- és fekvőbeteg ellátás területén. Közel minden második ember a házi- és fogorvosi ellátásról, minden harmadik az otthoni szakápolásról és betegszállításról, minden negyedik pedig a meddőségkezelés területéről is így vélekedik.

- + Az elmúlt 2 évben a megkérdezettek 5,2 százaléka esetében utazási nehézségek, 12,4 százalék esetében pedig a magas költségek miatt maradt el szükséges vizit/gyógyszer kiváltása.
- + A kutatásban részt vevők 80,5 százaléka szerint szükség lenne az egészségügy finanszírozásának átalakítására.
- + Megosztónak bizonyult a társadalombiztosításon felül fizetendő díj kérdése: a megkérdezettek körülbelül fele hajlandó lenne legalább alkalmanként kiegészítő díjat fizetni, míg a másik fele nem.
- + Az elmúlt 5 évben körülbelül minden ötödik megkérdezett adott hálapénzt egészségügyi dolgozónak, legnagyobb arányban belgyógyászaton, sebészetben, valamint szülészet-nőgyógyászatban.
- + A többség egy év alatt 100 ezer forint alatti összegben adott hálapénzt, afölött 14,3 százalék, legtöbben hálájuk kifejezése miatt, illetve több figyelem és alaposabb kivizsgálás reményében. A válaszadók fele az ellátás javulását tapasztalta a hálapénz hatására. A legutolsó alkalommal a megkérdezettek 82,5 százaléka 100 ezer forint alatt, 9,6 százaléka afölötti összegben adott hálapénzt.
- + A hálapénz 2021. január 1-jei kivezetése következtében a válaszadók kétharmadának nem változott az állami ellátás iránti bizalma, ugyanakkor minden nyolcadik személy esetén csökkent.

A társadalombiztosítás részét képező egészségügyi rendszer országonként eltérnek, azonban ezen rendszerek között több hasonlóság és eltérés is megfigyelhető. A tanulmányban néhány uniós ország (Ausztria, Németország, Franciaország, Olaszország, Hollandia, Dánia) és az Amerikai Egyesült Államok egészségügyi rendszerét tekintettük. A vizsgálat szempontjai voltak: van-e és milyen szintű az állami egészségügyi ellátás, van-e és mi a szerepe a magán-egészségügyi biztosításnak, milyen szolgáltatásokat biztosítanak az állami és magán egészségügyi biztosítások.

Valamennyi vizsgált ország esetében érzékelhető volt az állami szerepvállalás fontossága. Még az USA-ban is bevezetésre került az ún. „ObamaCare” törvény, amely kiszélesítette az elérhető és megfizethető egészségügyi ellátást. A vizsgált

uniós országokban a magánegészségügy kiegészítő funkciót tölt be. Ausztria kivételével a vizsgált uniós országokban kiemelt szerepe van a háziorvosi rendszernek, ugyanis a háziorvosok adják a beutalót a szakellátásokhoz és a kórházi ellátásokhoz (kapuőr funkció). A vizsgált országok egészségügyi rendszerének főbb megállapításai a következők:

- + **Magyarországon** kötelező társadalombiztosítási rendszer működik, amelynek része a kötelező egészségbiztosítás is. Az egészségbiztosítás ún. járulékos jogviszony. Az egészségbiztosításra való jogosultság általában valamilyen munkavégzésre irányuló tevékenységgel jön létre. Emellett járulékfizetési kötelezettség terheli a nem munkavégzésre irányuló jogviszonyban állókat is. A biztosítottak az egészségbiztosítás keretében természetbeni ellátás keretében egészségügyi szolgáltatásokat, illetve pénzben nyújtott pénzbeli ellátásokat vehetnek igénybe. A nem munkavégzésre irányuló jogviszonyban állók viszont csak természetben ellátásra jogosultak.
- + **Ausztriában** egyetemes (univerzális) egészségügyi rendszer működik, amelyet a szövetségi kormány, a kilenc tartomány hatósága, illetve az egészségbiztosítók közösen működtetnek. Ausztriában több egészségügyi biztosító/pénztár működik, ezek területi alapon, illetve foglalkozási csoportonként szerveződnek. A biztosítók között nincs verseny. A lakosok az állami kötelező biztosítás keretében nem választhatnak biztosítót, ugyanis a törvény által előírtak szerint a lakos foglalkozás- vagy lakóhely szerint kerül besorolásra az adott biztosítóhoz. Az osztrák egészségügyi ellátás minden olyan lakos számára elérhető, aki legálisan tartózkodik az országban, így a magán-egészségbiztosítás csak kiegészítő jellegű. Az osztrák egészségügyi rendszerben *nincs formális kapuőri rendszer*, vagyis a szakellátáshoz és a kórházi ellátáshoz nem kell háziorvosi beutaló, így a kórházi ellátáshoz nagy részben korlátozás nélkül lehet hozzáférni.
- + **Németországban** kötelező egészségbiztosítás működik. 2007-ben került sor az egyetemes egészségügyi ellátás érdemi módosítására, amelyben kötelezővé tették az állami (statutory) vagy magán (private) egészségbiztosítást minden állampolgár és állandó lakos számára. Tehát

Németországban az állandó lakóhellyel rendelkező személyeknek kötelező az egészségbiztosítás. A rövid idejű németországi tartózkodáshoz is szükség van egészségbiztosításra, vízumkötelezettség esetén az egészségbiztosítás hiányában azt nem állítják ki. Azok a magánszemélyek, akiknek a bruttó bére meghaladja a jogszabály által meghatározott küszöböt, továbbá azok az önálló vállalkozók, akik korábban az állami egészségbiztosítóhoz (Statutory Health Insurance, SHI) tartoztak, választhatnak, hogy továbbra is részt vesznek az államilag finanszírozott rendszerben vagy helyettesítő magán egészségbiztosítást (substitutive private health insurance) vásárolnak. Emellett a kötelező SHI-be tartozók is vásárolhatnak magánbiztosítást, ekkor ez kiegészítő funkciót tölt be. Érdekesség, hogy az állami betegpénztárak és a magánbiztosítók, valamint a tartós ápolást biztosítók ugyanazon szolgáltatókkal szerződnek, így más országoktól eltérően a kórházak és az orvosok minden beteget ellátnak függetlenül attól, hogy állami vagy magán-egészségügyi biztosítással rendelkeznek.

- + **Franciaországban** egyetemleges lefedettséget biztosító, ún. univerzális egészségügyi rendszer működik. Az állami egészségbiztosítás (Statutory Health Insurance, SHI) fokozatosan bővült. 2000-ben létrehozták az SHI-re nem jogosult lakosok számára létrehozták az egységes egészségügyi alapot (Universal Health Coverage, Couverture Maladie Universelle, CMU). A programba való részvételhez való jogosultságot évente meg kellett újítaniuk. A 2016. évi társadalombiztosítási finanszírozási törvénnyel (LFSS 2016) bevezetésre került az egyetemes egészségvédelmi törvény, (Protection Universelle Maladie, PUMa), amely 2016 januárjában lépett hatályba. Ez a törvény felváltotta a korábbi rendszert, a CMU-t. Ez az új törvény állampolgárságtól függetlenül minden olyan személyre vonatkozik, akik Franciaországban tartósan dolgoznak, vagy ott élnek. Emellett a törvény a francia egészségbiztosítón keresztül garantálja az egészségügyi költségek folyamatos fedezetét. A PUMa valamennyi kedvezményezettjének kint tartózkodás időtartamától és jövedelmüktől függően „kiegészítő egészségügyi hozzájárulást” (cotisation subsidiaire maladie) kell fizetni január 1-jétől -december 31-ig tartó 12 hónapos időszakra. Tehát ez az új törvény szisztematikus lefedettséget biztosított

minden francia lakos számára. A francia állampolgárok 95 százaléka rendelkezik kiegészítő (önkéntes) egészségbiztosítással.

- + **Olaszországban** az 1978-ban létrehozott Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (Servizio Sanitario Nazionale, SSN) biztosítja az egyetemes (univerzális) egészségbiztosítást. Az egyetemes egészségbiztosítás minden állampolgárra és legális külföldi lakosra kiterjed. Emellett 1998 óta az okmányokkal nem rendelkező bevándorlók sürgős és alapvető szolgáltatásaikra is kiterjesztették. Az egészségügyi ellátás biztosítása decentralizált. A központi kormányzat által meghatározott, minden régióban, minden lakos számára biztosított egyetemes egészségügyi szolgáltatások mellett az egyes régiók saját forrásból további szolgáltatásokat is biztosíthatnak. Az olasz egészségügyi biztosítási rendszerben a magán egészségbiztosításnak csak kiegészítő jellegű, ugyanis az állami egészségügyi rendszer nem teszi lehetővé az SSN-ből való kilépést.
- + **Hollandiában** az egyetemes (univerzális) társadalombiztosítási rendszer magában foglalja az állami és a magánbiztosítást is. A jelenlegi rendszert a 2006-ban bevezetett új egészségbiztosítási törvény hozta jött létre. Ekkor egyesítették a hagyományos állami és magánbiztosítási piacokat. Így egy kötelező ún. univerzális társadalombiztosítás program jött létre. Minden holland állandó lakos (és azok a nem állandó lakosok, akik holland jövedelemadót fizetnek), illetve kötelesek egészségbiztosítást (statutory health insurance) kötnie a magánbiztosítókkal. A kötelező egészségbiztosítást három forrásból finanszírozzák: Jellemzően adókból és a kötelező biztosításnak a havi díjon felül fizetendő önrészből, illetve kis mértékben állami támogatásból.
- + **Dániában** nemzeti egészségügyi rendszer működik, amely széles körű egyetemes és ingyenes egészségügyi szolgáltatást biztosít a rendszerben lévők számára. A jelenlegi egészségügyi rendszer 1973-tól létezik. A dán államilag finanszírozott egészségügyi rendszerben minden regisztrált dán lakos automatikusan beiratkozik. Ebbe a körbe tartozik a regisztrált bevándorlók és a menedékkérők, ugyanakkor az okmányokkal nem rendelkező bevándorlók már nem tartoznak ide, őket magánfinanszírozású

szervezetek segítik. Dániában két állami biztosítási lehetőség van. Az egyik esetben a házi orvosok látják el a kapuőr szerepét és néhány szakellátástól eltekintve a beutalóra van szükség. (ezt a rendszer preferálja a dán lakosság 98%-a). A másik esetben a szakorvosi ellátáshoz nem kell beutaló, de önrészt kell fizetni. Ugyanakkor a kórházi ellátás esetén mindkét esetben szükség van beutalóra. A magán-egészségbiztosítás kiegészítő önkéntes egészségbiztosítás formában jelenik meg a dán egészségügyi rendszerben.

- + Az **Amerikai Egyesült Államokban** nincs általános egészségbiztosítási rendszer; az egészségügyi ellátási rendszer egy ún. vegyes modellben működik, amely nem nyújt egyetemes lefedettséget. Ebben a rendszerben megjelennek a magán és állami, profitorientált és nonprofit biztosítók és egészségügyi szolgáltatók. Az egészségügyi intézmények nagy része a magánszektorhoz tartozik. A 2010. márciusában elfogadott ún. „Obamacare” törvény 2014-ben lépett hatályba. A törvény három célt fogalmazott meg. Egyrészt több ember számára elérhető és megfizethető egészségbiztosítás (American Health Benefit Exchanges) létrehozása. Másrészt a Medicaid programot kiterjeszti olyan felnőttekre, akiknek a jövedelme a szövetségi szegénységi szint (FPL) 138 százaléka alatt van. harmadrészt pedig az, hogy az egészségügyi ellátás általános költségeinek érdekében támogassa az innovatív orvosi ellátási módszereket.

Az egészségügy finanszírozásának átalakításával kapcsolatban a következő javaslatokat tesszük:

- + **Az egészségügyi költségek arányának növelése:** javasoljuk a GDP-arányos egészségügyi, illetve azon belül a kormányzati költségek arányának növelését, legalább a visegrádi országok átlagának eléréséig (2019-es adatok, rendre a GDP 6,9 és 5,2 százaléka), egyúttal pedig a magán- és közvetlen kifizetések arányának csökkentését, melyek a visegrádi országok között hazánkban a legmagasabbak.
- + **Adójóváírás egészségbiztosítási szolgáltatásokra:** az adójóváírás intézménye az üzleti biztosítók egészségbiztosítási szolgáltatásaira nem vonatkozik, így jelentős hátrányban vannak az egészségpénztárakkal

szemben a szolgáltatások díjait tekintve. Így javasoljuk az adójóváírás kiterjesztését az egészségbiztosítási szolgáltatások terén.

- + **Az egészségbiztosítás cafeteria elemként:** javasoljuk az egészségbiztosítást, mint kedvezményesen adózó elemet a cafeteria rendszerében megtartani, illetve szűnjön meg a célzott támogatás kitétele² az egészségpénztárak esetében.
- + **Egészségügyi intézmények felvétele a TAO-rendszerbe:** javasoljuk, hogy a társasági adó terhére nyújtható kedvezményt lehessen egészségügyi intézmények számára is felajánlani.
- + **A magánbiztosítások állami támogatása:** a magánbiztosítás jelenleg nem a társadalombiztosítás szolgáltatásait egészíti ki, hanem olyan szolgáltatásokat finanszíroz, amelyek egyébként is járnának a biztosítottaknak. Ezért mélyebb elemzésre szorul a magánbiztosítás támogatásának továbbfejlesztési lehetőségei, így a közszolgáltatásokra nehezedő teher is érdemben csökkenhetne.
- + **Prevenációs célzatú vizsgálatok ösztönzése:** a megelőzhető krónikus betegségek szűrésének ösztönzése anyagi és szakmai eszközökkel – például módszertani útmutató kidolgozásával– az alapellátástól kezdve, a későbbi költségek és kórházi ellátás visszafogása és a lakosság általános egészségi állapotának javítása érdekében.
- + **Egészségügyi képzések fokozott állami támogatása:** közvélemény-kutatásunk egy fontos eredménye, miszerint a magyar egészségügy egyik legnagyobb nehézsége a megfelelő szakemberek hiánya. Így javasoljuk az egészségügyi képzések, továbbképzések, oktatási intézmények finanszírozásának növelését és a pálya népszerűsítését a versenyképes szakdolgozók utánpótlásának érdekében.
- + **A nemzetközi kitekintés** alapján továbbra is fontosnak tartjuk az állami kötelező egészségbiztosítás szerepét. A vizsgált országok közül az adókedvezményre vonatkozó olasz gyakorlat átgondolás tárgyát

² A cégek egyes meghatározott juttatásként csak célzott szolgáltatásra fizethetnek a cafeteria keretéből.

képezhetné. A magánszemély, aki a saját zsebből (out-of-pocket) egy bizonyos összeg fordított egészségügyi ellátásra, az a kifizetett összeg egy adott százalékát (Olaszországban 19%) leírhatja a személyi jövedelemadóból. Ezzel a hazai egészségügyi rendszerben preferált, de államilag nem vagy csak részben támogatott eljárások, (szűrő) és egyéb vizsgálatok ösztönözhetőek.

- + A hatékonyság növelése érdekében a megelőző szűrővizsgálatok szerepét javasoljuk erősíteni, például kommunikációval, a big data elemzéssel (magasabb rizikófaktorú személyek kiszűrése).

2. A magyar egészségügyi rendszer finanszírozásának alapjai

A lakosság egészségét az egészségügyi rendszerek típusai és annak erőforrásai egyaránt befolyásolják. Az erőforrások és az eredmények közötti kapcsolat fontos annak megítéléséhez, hogy egy országnak van-e működő egészségügyi rendszere. A döntéshozóknak számszerűsíteniük kell az egészségügyi rendszer teljesítményének változásait, azonosítaniuk kell azokat a tényezőket, amelyek befolyásolják a teljesítményt és olyan politikákat kell megfogalmazniuk, amelyek különböző körülmények között jobb eredményeket érnek el. Fel kell mérni a rendszerek olyan részösszetevőinek teljesítményét is, mint az országokon belüli régiók vagy a közegészségügyi szolgáltatások. Az egészségügyi rendszer teljesítményéről és a különbségeket magyarázó kulcstényezőkről szóló értelmes, összehasonlítható információk megerősíthetik az egészségpolitika tudományos alapjait nemzetközi és nemzeti szinten egyaránt.

2.1. Az egészségbiztosítási rendszer működése

A jóléti államok között jelentős különbségek alakultak ki az egészségügyi rendszerek tekintetében. A különbségek a szervezeti sajátosságokon túl az európai és amerikai egészségügyi rendszer alapját képező politikai és etikai alapelvekben is megmutatkoznak. Megállapíthatóak azonban bizonyos szervezési elvek, amelyek közül az egyik legfontosabb a finanszírozási rendszer és annak forrásai. Ezek alapján öt modellt különböztethetünk meg³:

A **Bismarcki modell** alapja a társadalombiztosítási rendszer és a szolidaritás, melynek célja a megbetegedés kockázata miatt sérülékeny társadalmi rétegek, foglalkozási csoportok ellátási helyzetének biztosítása, az azonos esélyű hozzáférés. Forrása a jövedelemarányos befizetés járulék formájában. Ez a rendszer működik Ausztriában, Belgiumban, Hollandiában, Japánban, Kínában, Németországban, illetve hazánkban is.

³ Mihályi Péter (2003): *Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába*. Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém.

A **Szemaskó-modell** az állampolgári jogon nyújtott egészségügyi szolgáltatásra alapul, mely térítésmentes, forrása a központosított finanszírozás, célja pedig a magas szintű, mindenki számára hozzáférhető ellátás. Ebben a modellben a legjellemzőbb a paraszolvencia, más néven hálapénz intézményének kialakulása. Ez a modell jellemzően volt szocialista országokban van.

A **Beveridge-modellben** az egészségügyi ellátás szintén állampolgári jogon jár, viszont adókból finanszírozva. Célja, hogy mindenki számára azonos hozzáférést biztosítani az egészségügyi ellátáshoz. Ez a modell működik az Egyesült Királyságban, Dániában, Finnországban, Svédországban, Norvégiában, Írországban és Új-Zélandon.

A **szabadpiaci modellben** a hozzáférés alapja a biztosított jog, célja pedig a hatékonyság elérése. Forrása a magánfinanszírozás, főként az Egyesült Államokban van jelen.

Az **„out-of-pocket” modell** a társadalombiztosítás által nem finanszírozott ellátásokat foglalja magába. Az egészségügyi ellátás igénybe vevője a költség felmerülésekor maga fizet a szolgáltatásért, mégpedig annak teljes összegét. Fejlődő közép- és dél-afrikai országokban jellemző.

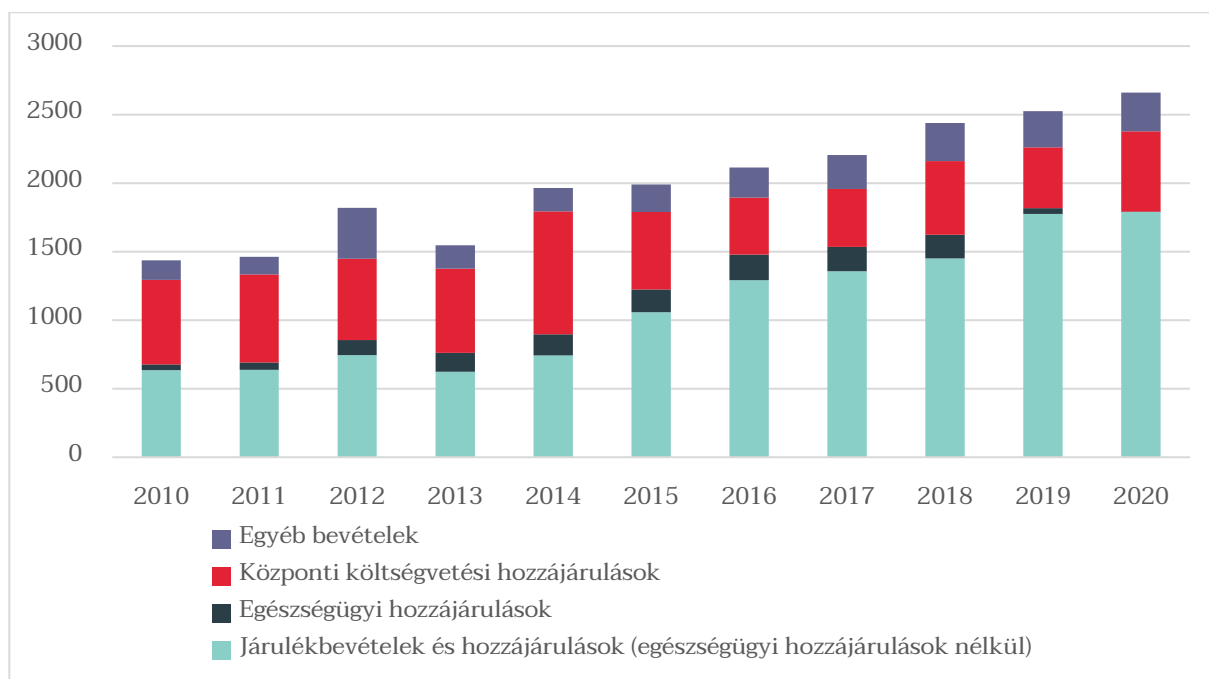
Magyarországon elsősorban az állam gondoskodik az állampolgárok szociális biztonságáról, illetve a munkaképtelen személyek ellátásáról. Az erre alapuló, kockázatközösségen alapuló biztosítást hívják **társadalombiztosításnak**. A társadalombiztosítás állami feladat, kiadásainak fedezésére társadalombiztosítási járulékot kell fizetni az állampolgároknak.

Magyarországon szinte teljes jogköre van a kormányzatnak az egészségügy felett, az ellátás jogviszony alapján történik, melyet minden aktív keresőre kiterjedő járulékfizetési kötelezettség, illetve munkáltatókat érintő adófizetési kötelezettség kísér. A szolidaritás és a méltányosság széles körben érvényesül. Társadalombiztosítási ellátásként igényelhető betegségi és anyagsági ellátás, családi pótlék, nyugellátás, illetve baleseti ellátás. Az **Egészségbiztosítási Alap** államháztartási alaphoz minősül, melyet 1993 óta az Országos Egészségbiztosítási Pénztár kezeli. A pénztár neve 2017-ben változott a jelenlegire, mely a **Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő** (NEAK) nevet viseli. Feladatai közé tartozik a stratégia meghatározása, a szabályozás megalkotása és a bevételek beszedése. A

központosítás során megalakult az Állami Egészségügyi Ellátó Központ elnevezésű vezető egészségügyi intézmény. Ez a központ felelős az ellátás megszervezéséért, a stratégiák megvalósításáért, a nemzetközi kutatócsoportokkal való kapcsolatfelvételért és az új kórházak fejlesztéséért.

Az **Egészségbiztosítási Alap bevételei** folyó áron számított adatok szerint 2010 óta évente fokozatosan növekednek. 2013-ban ez a pozitív tendencia megtorpant, azonban a következő évtől már tovább folytatódott egészen 2020-ig, amikor a bevételek elérték az 1 435,9 milliárd forintot. A bevételek szerkezetét tekintve a vizsgált időszakban végig a járulékbevételek és hozzájárulások voltak az Alap fő bevételi forrásai, átlagosan az összes bevétel 52,7 százalékát adták. Az egészségügyi hozzájárulás, a központi költségvetés bevételei és az egyéb bevételek tételek 2010 óta a bevételeknek átlagosan 5,8, 30,3, illetve 11,2 százalékát adják évente.

**1. ÁBRA: AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAP FŐBB BEVÉTELEINEK ALAKULÁSA
(MILLIÁRD FORINT)**

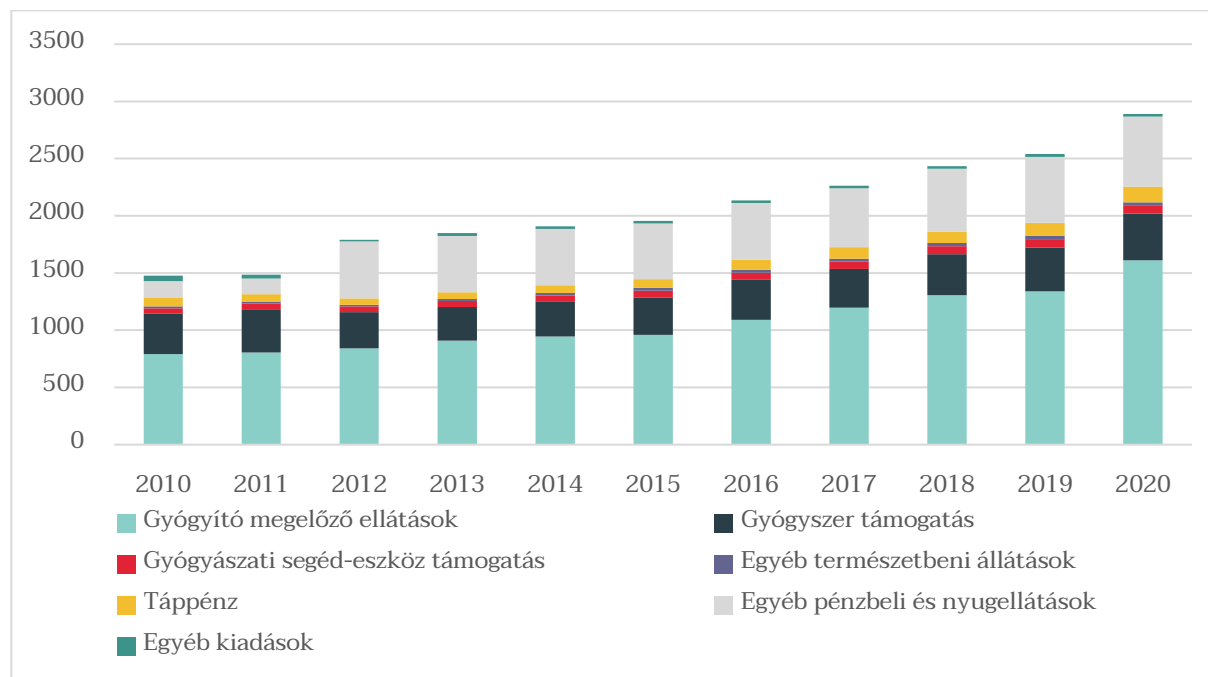


Forrás: NEAK Statisztikai Évkönyv 2020

A bevételek mellett az **Egészségbiztosítási Alap kiadásai** is folyamatosan növekedtek 2010 és 2020 között. A kiadások legnagyobb részét (évente átlagosan 51,7 százalékát) a gyógyító megelőző ellátásokra fordított összegek jelentik. A

második legnagyobb kategória a gyógyszer-támogatásokra költött összegekből (évente átlagosan 17,4 százalék) tevődik össze. A kiadási kategóriák közül a legkevesebbet az egyéb természetbeni ellátásokra (évente átlagosan 1,1 százalék), valamint az Egészségbiztosítási Alap egyéb kiadásaira költi a kormányzat (évente átlagosan 1,2 százalék).

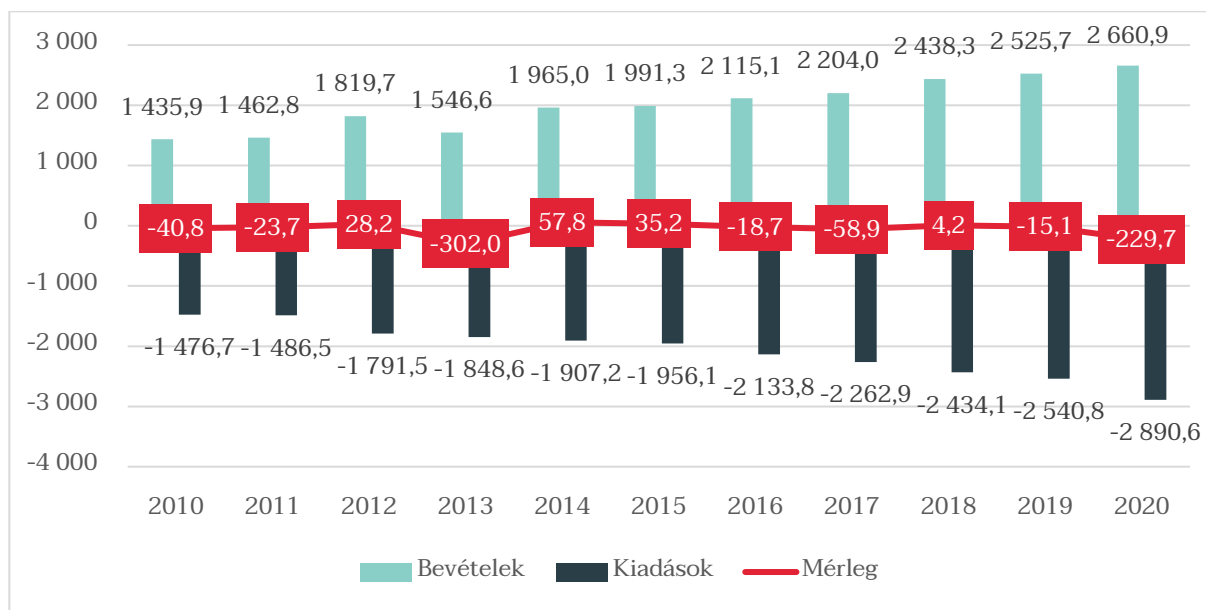
**2. ÁBRA: AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAP FŐBB KIADÁSAINAK ALAKULÁSA
(MILLIÁRD FORINT)**



Forrás: NEAK Statisztikai Évkönyv 2020

A 2010-ben veszteséggel záró **Egészségbiztosítási Alap egyenlege** a vizsgált időszakban változó teljesítményt nyújtott. Az Alap veszteséget ért még el 2011-ben, 2013-ban, 2016-ban, 2017-ben, 2019-ben és 2020-ban is, míg nyereséget csupán 2012-ben, 2014-ben, 2015-ben és 2018-ban.

3. ÁBRA: AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAP BEVÉTELEINEK ÉS KIADÁSAINAK ALAKULÁSA (MILLIÁRD FORINT)



Forrás: Magyar Gazdaságkutató-számítás a NEAK Statisztikai Évkönyv 2020 adatai alapján

A társadalombiztosítási rendszerünk egyik fő hátulütője, hogy mivel az egyén védve van a betegségekkel járó pénzügyi terhek ellen, nem viselkedik költségtudatosan, nem folytat egészségmegőrző magatartást. Ezt a jelenséget „**moral hazard**nak” nevezzük. Jellemzően két fajtáját különböztethetjük meg:

- + **Ex ante moral hazard:** az egyén kevésbé motivált egészséges életet élni és a betegséget megelőzni.
- + **Ex post moral hazard:** a megbetegedés bekövetkezése után sem a páciens, sem az orvos nincsen ösztönözve a költséghatékony ellátásra, mivel a kiadások nem a beteget terhelik.

Ennek kiküszöbölésében nyújthat valamelyest segítséget a magánbiztosítási rendszer bizonyos szintű bevezetése.

2.2. A magánbiztosítások megjelenése

Az elmúlt években a magyar egészségügy és az ellátórendszer finanszírozásában is jelentős változások mentek végbe: folyamatosan nőtt az egészségügy magánfinanszírozásának mértéke, a magánegészségügyi piacon újabb szereplők jelentek meg, a lakosság pedig egyre nagyobb összegeket költött a

magánegészségügy szolgáltatóinál, egyre többen vettek igénybe ilyen jellegű szolgáltatást. Emellett a piacon egyre több szolgáltató és egyre több szolgáltatási konstrukció jelent meg: többek között megjelentek a magánegészségügyi biztosítások, mellyel egyre szélesebb rétegek számára válnak elérhetővé a magánegészségügy keretében igénybe vehető szolgáltatások.

A **klasszikus társadalombiztosítás** és a **magánbiztosítás** közötti különbségeket a lenti táblázat foglalja össze. Mindkét biztosítási forma legfőbb célja a biztonság megteremtése, ugyanakkor a társadalombiztosítás esetében a befizetés jövedelemarányos, a befizetés és a szolgáltatás között nincs közvetlen kapcsolat, míg a magánbiztosítások esetében a befizetéskockázat- és szolgáltatásarányos, így szoros a kapcsolat a befizetett díj, a kockázat és a szolgáltatás között.

1. TÁBLÁZAT: A TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁS ÉS A MAGÁNBIZTOSÍTÁS KÖZÖTTI KÜLÖNBSÉGEK

	Társadalombiztosítás	Magánbiztosítás
Cél	Biztonság megteremtése	Biztonság megteremtése
Módszer	Felosztó-kirovó rendszer	Szerződéses rendszer, Biztosítástechnikai alapelveken nyugszik
Igénybevétel módja	Szükségletek alapján. Befizetés és szolgáltatás között nincs közvetlen kapcsolat.	Szerződésben rögzített feltételek mentén. Szoros kapcsolat a befizetett díj, a kockázat és szolgáltatás között.
Részvétel módja	Jellemző módon kötelező	Önkéntes
Hozzájárulás megállapítása	Jellemzően jövedelemarányos (közteherviselés)	Kockázat- és szolgáltatásarányos díj
Szolgáltatás formája	Jellemzően természetben (de lehet kivétel pl. táppénz)	Szolgáltatás természetben és pénzben egyaránt lehetséges a feltételek szerint.
Intézményi háttér	Állami költségvetéshez tartozó intézményrendszer	Magánbiztosítók (zrt., nyrt, egyesület)

Forrás: MABISZ⁴

⁴ <https://mabisz.hu/magan-egeszsegbiztositasok/> (2022.07.07)

A magánegészségügyi piacon négy fő szereplő jelenik meg. A **magánegészségügyi szolgáltatók** a piac kulcsszereplői, hiszen ők biztosítják azokat a szolgáltatásokat, melyeket a magánszemélyek igénybe vesznek. Ezek a szolgáltatások a prevenciótól egészen a gyógyításig terjednek. Ennek költségét a magánszemélyek fedezik akár közvetlenül, akár egészségpénztáron vagy a piacon új szereplőként megjelenő biztosítókon keresztül, melyek a magánegészségügyi szolgáltatásokat biztosítják. Az **egészségpénztárak** különböző biztosítási csomagokat garantálnak a velük szerződők részére, akik lehetnek magánszemélyek vagy munkáltatók. A biztosítási díjat a velük szerződők fizetik, a munkáltatók esetében ez juttatásként jelenik meg a munkavállaló felé. Az ellátást biztosítók biztosítják a magánegészségügyi szolgáltatóknál ellátásszervezők segítségével. A **foglalkozás-egészségügyi** vizsgálatok elvégeztetése a munkáltatók törvényben előírt kötelezettsége, melynek finanszírozása is a munkáltatót terheli. Az **ellátásszervezők** a biztosítók és a szolgáltatók között megjelenő szereplők. Közvetlen kapcsolatban állnak az igénybevevőkkel, a felmerülő igényeknek megfelelően megszervezik az ellátást. Feladataikat a biztosítók megbízásából, de a biztosítók számára befizetett díjából finanszírozva végzik.

2. TÁBLÁZAT: A MAGÁNEGÉSZSÉGÜGYI PIAC SZEREPLŐI, FUNKCIÓJUK, FINANSZÍROZÁSUK

	Funkció	Finanszírozás / Forrás
Magánegészségügyi szolgáltatók	Egészségügyi szolgáltatás nyújtása; prevenció és gyógyítás	Beteg közvetlenül vagy magánbiztosításon ill. egészségpénztáron keresztül
Egészségpénztár	Forrásgyűjtés, előtakarékoskodás az egészségügyi kiadások finanszírozására	Munkáltató vagy a pénztártag által befizetett összegek, melyek felhasználása kötött
Foglalkozás-egészségügy	Munkáltató jogszabályi kötelezettsége: munkavállalók munkaköri alkalmassági vizsgálata, foglalkozási megbetegedések vizsgálata és ellátása	Munkáltató finanszírozza

Ellátásszervezők	Megszervezi a biztosítottak ellátását, jellemzően a magánbiztosítók megbízásából	Az ügyfelek által befizetett díjon keresztül a biztosítók finanszírozzák
-------------------------	--	--

Forrás: MABISZ⁵

Az egészségbiztosítások két alaptípusát különböztetjük meg. Az **összezbiztosítás** a bekövetkezett esemény után a szerződésben foglaltak szerinti fix összeget biztosítja a károsult részére. A másik típus a **szolgáltatás-finanszírozó biztosítás**, mely a szerződésben meghatározott szolgáltatásokat nyújtja a szerződő félnek, mely lehet rendszeres szűrővizsgálat, valamilyen egészségügyi probléma esetén felmerülő diagnosztikai eljárás vagy akár kórházi kezelés. Az ellátásokat a biztosító ellátásszervezőn keresztül biztosítja ügyfelei számára.

A legfőbb különbség az **egészségpénztárak** és a **biztosítók** között, hogy az egészségpénztárak esetében a számlán összegyűlt összeget szabadon fel lehet használni meghatározott célra, míg a biztosítás esetében csak a szerződésben szereplő biztosítási kört finanszírozza a biztosító, vagy az itt meghatározott összeget fizeti ki. A felhasználás időpontja az egészségpénztárak esetében kötetlen, amennyiben rendelkezésre áll az összeg a számlán, az igénybe vehető. Ezzel szemben a biztosítás csak az esemény bekövetkezésekor használható fel. Az elkölthető összeg az egészségpénztárak esetében a számla egyenlegéig szabadon felhasználható, míg a biztosítás esetében meghatározott összeget utal a biztosító, vagy a meghatározott szolgáltatást finanszírozza. A felhasználhatóság az egészségpénztárak esetében a szerződött szolgáltatóknál és termékértékesítőknél lehetséges, ez a biztosítók esetében a biztosítóval szerződésben álló szolgáltatók valamelyikénél lehetséges. Az összezbiztosítás esetében nincs meghatározva az átutalt összeg felhasználhatósági köre, azt nem szükséges egészségügyi szolgáltatónál, értékesítőnél elkölteni. A magánbiztosítások és az egészségpénztárak közötti főbb különbségeket a lenti táblázat foglalja össze.

⁵ <https://mabisz.hu/magan-egeszsegbiztositasok/> (2022.07.07)

**3. TÁBLÁZAT: A MAGÁNBIZTOSÍTÁS ÉS AZ EGÉSZSÉGPÉNZTÁRAK
KÜLÖNBSÉGEI**

	Egészségpénztár	Magánbiztosítás	
		Összezbiztosítás	Szolgáltatás-finanszírozó
Miből költhető?	A pénztári számlára a munkáltató vagy a tag által befizetett pénzből.	A befizetett díj alapján előre meghatározott biztosítási összegből.	A befizetett díj alapján járó szolgáltatások vehetők igénybe, a ténylegesen nyújtott szolgáltatás költsége általában pénzben nem kerül kifejezésre.
Mikor költhető?	Bármikor, ameddig tart a keret.	Ha bekövetkezik a biztosítási esemény, a biztosítónak valamennyi dokumentum benyújtásra került és a káreseményt pozitívan elbírálták.	Ha bekövetkezik a biztosítási esemény, az ellátásszervező segítségével.
Mennyi költhető?	A pénztártag számláján rendelkezésre álló összeg.	Az előre rögzített biztosítási összeg kerül kifizetésre.	Szükséglet felmerülésének, valamint az előre rögzített fedezetek, esetleg limitek függvénye.
Mire költhető?	A jogszabályban meghatározott termékekre, szolgáltatásokra.	Szabadon eldönthető. Nem szükséges az egészségügyben elkölteni.	A biztosítási feltételekben meghatározott szakellátásra, aminek költségét a biztosító téríti.
Hol lehet elkölteni?	A jogszabályban meghatározott szolgáltatóknál, ill. termékértékesítőknél.	Szabadon eldönthető. Nem szükséges az egészségügyben elkölteni.	Jellemző módon a biztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatóknál.

Forrás: MABISZ⁶

A különböző ellátási formák, üzleti modellek csoportosításánál egy alapvető modellel indulunk és egyre inkább halad nagyvállalkozási jellegű működés felé. A magánszolgáltatókat ezek alapján 8 fő csoportra oszthatjuk⁷:

⁶ <https://mabisz.hu/magan-egeszsegbiztositasok/> (2022.07.07)

⁷ Rékassy B. (2014). Virágozzék minden virág? A hazai magánegészségügyi szolgáltatók tipizálása és jövőképe. *IME*, 13(10), 12-19.

- 1. Magán orvosi rendelő:** a közfinanszírozott ellátórendszerben dolgozó orvos magánidejében látja el a megkereséseket. Bevétele készpénzes, számlaadás nem jellemző, költségei alacsonyak.
- 2. Klasszikus hálapénzes rendelés:** ez jellemzően a közellátásban dolgozó orvos informális magánrendelése közfinanszírozott környezetben.
- 3. Egyszemélyes orvosi rendelő:** saját vállalkozásban működtetett rendelő, döntően készpénzes forgalommal, számlaadás nélkül. Jellemzően bőrgyógyász, nőgyógyász, fogorvos, belgyógyász rendelések.
- 4. Csoportpraxis:** a betegellátást végző orvosok közös tulajdona, inkább átmeneti forma, ami továbbfejlődhet, de sok esetben kudarcba is fulladhat a vállalkozás.
- 5. Specializált orvos-csoport magánszolgáltatása:** korábbi szakmai együttműködésből létrejött vállalkozás. Gyakran speciális szaktudású orvoscsoport által létrehozott közösség.
- 6. Magán rendelőintézet, kórház:** jellemzően szakmai vagy pénzügyi befektető által létrehozott, professzionális szervezet, mely szakmai munkáját háttérszemélyzet is segíti.
- 7. Hálózat, ellátásszervező:** nagyobb vállalkozás, több telephellyel, ami „hálózatszerűen működő, sokkal inkább menedzsment, értékesítő és marketing szervezet-, és másodsorban csak egészségügyi szolgáltató modell”. A szerződő és az igénybevevő eltérhet (foglalkozás-egészségügy, vállalati egészségbiztosítás).
- 8. Támogatással rendelkező, szerződött egészségügyi szolgáltató:** olyan szakrendelők, fekvőbeteg intézetek, amelyek magánbefektető által privatizált, TB finanszírozással működik.

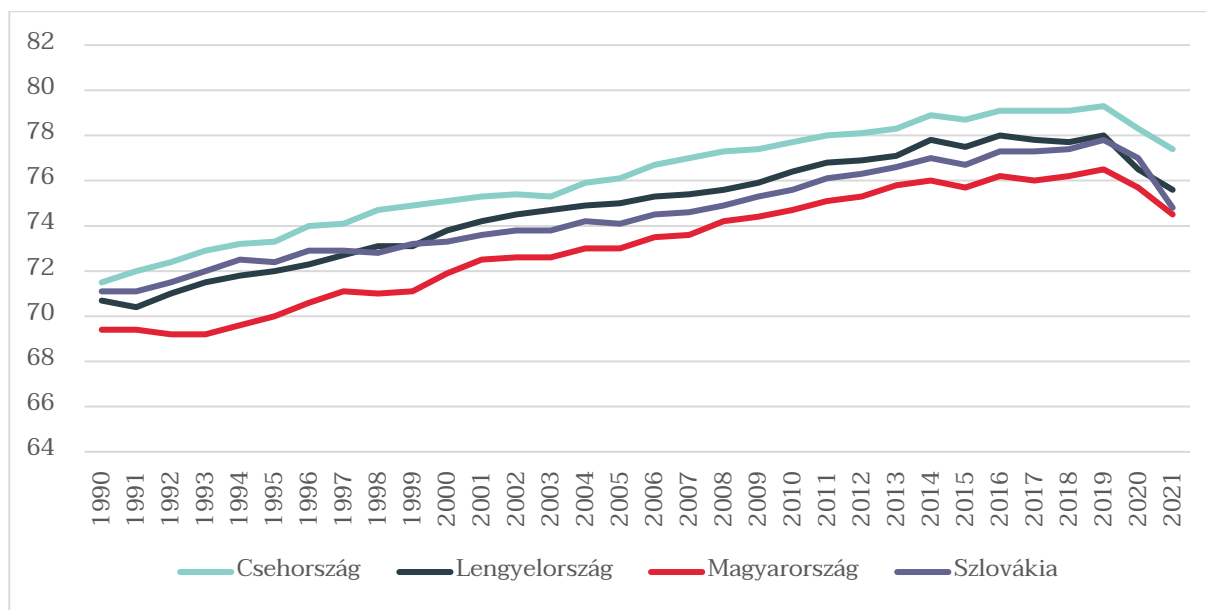
3. Az egészségügyi rendszer hatékonyságának mutatói

Az egészségügyi rendszerek működésének értékelésére többféle mutatót is használnak. Megkülönböztethetünk olyan mutatószámokat, amelyek az életminőség alakulását reprezentálják, mint például a születéskor várható élettartam vagy a lakosság vélt egészségi állapota, de a finanszírozási rendszerek hatékonysága is értékelhető, például a Healthcare and Access Quality (HAQ) Index által. Jelen fejezetben így elsőként áttekintjük a társadalom általános egészségi állapotát, majd az egészségügyi kiadások alakulását, végezetül pedig a finanszírozási rendszer hatékonyságát vizsgáljuk.

3.1. A társadalom egészsége

Az életminőség értékelésére használt egyik legelterjedtebb mutatószám a születéskor várható élettartam. A teljes populációra vonatkozó születéskor várható élettartam hazánkban mindössze 69,4 év volt 1990-ben, amellyel a legrosszabb adatot produkáltuk a visegrádi országok közül. Csehországban 71,5 év, Lengyelországban 70,7 év, Szlovákiában pedig 71,1 év volt a születéskor várható élettartam ugyanekkor. Ezzel szemben 2021-ben már 74,5 éven állt a mutató Magyarországon, ez összességében 7,3 százalékos emelkedést jelent. Csehországban 77,4, Lengyelországban 75,6, Szlovákiában pedig 74,8 évre emelkedett a mutató, amely rendre 8,3, 6,9 és 5,2 százalékos növekedést jelent. Ezzel 2021-ben hazánk még mindig sereghajtó a visegrádi négyek közül, viszont a második legnagyobb növekedést érte el Csehország után.

4. ÁBRA: SZÜLETÉSKOR VÁRHATÓ ÁTLAGOS ÉLETTARTAM A VISEGRÁDI ORSZÁGOKBAN (TELJES POPULÁCIÓ, ÉVEK)

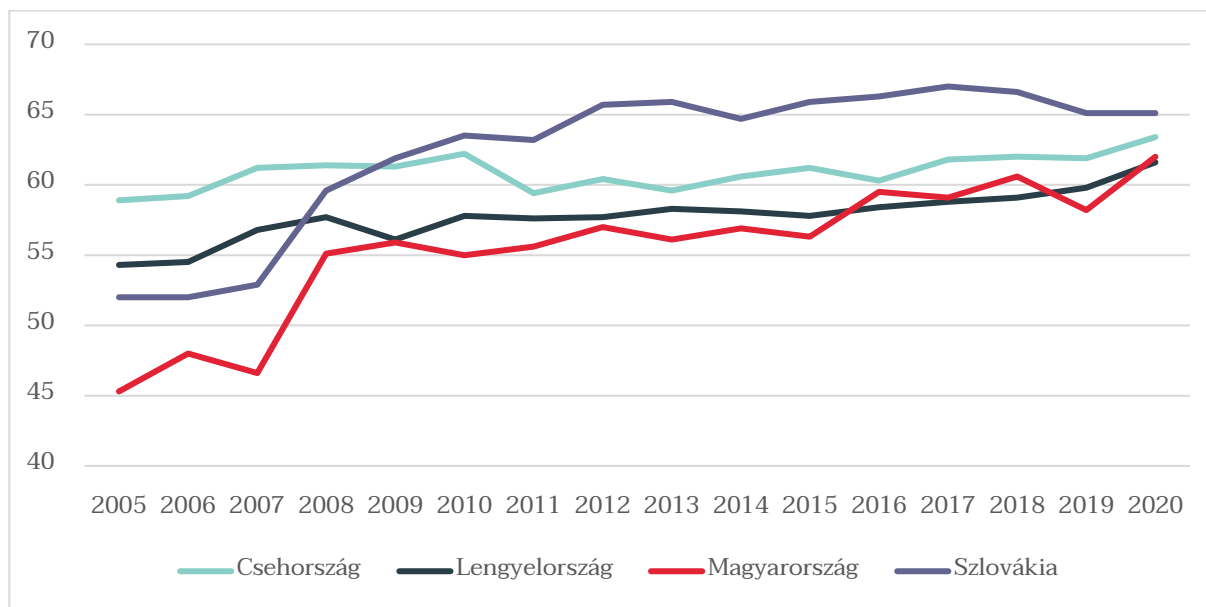


Forrás: OECD

A fentebb vizsgált objektív mutatóon túl fontos a társadalom saját, szubjektív egészségérzetének vizsgálata is. Ennek mérésére rendelkezésre áll az OECD felmérése, amely azt vizsgálja, hogy a legalább 15 éves korú lakosság mekkora hányada jellemzi úgy az egészségi állapotát, hogy az jó vagy nagyon jó. A magyar lakosság mindössze 45,3 százaléka ítélte meg jónak vagy nagyon jónak az egészségi állapotát 2005-ben, amely a legalacsonyabb adat a vizsgált országok között. A második legalacsonyabb adattól, a szlovák 52,0 százaléktól is 6,7 százalékponttal le volt maradva. Lengyelországban ugyanez az arány 57,7 százalékot, míg Csehországban 61,4 százalékot tett ki 2005-ben. A vizsgált évek során valamelyest emelkedtek az arányok és a pozíciók is átrendeződtek, 2020-ban pedig már nem hazánk volt a sereghajtó a visegrádi négyek között (62,0 százalék), hanem Lengyelország (61,6 százalék). Továbbra is Szlovákiában volt a legmagasabb a jó vagy nagyon jó egészségűek részaránya (65,1 százalék), míg Csehországban 63,4 százalékot tett ki az arányuk. A legnagyobb növekedést a vizsgált időszakban hazánk érte el, ugyanis 36,9 százalékos emelkedéssel, 16,7 százalékponttal nőtt a jó vagy nagyon jó egészségűek részaránya a teljes lakosságon belül 2005 és 2020 között. Ezzel szemben Csehországban a részarány

4,5 százalékponttal (7,6 százalék), Lengyelországban 7,3 százalékponttal (13,4 százalék), Szlovákiában pedig 13,1 százalékponttal (25,2 százalék) nőtt.

5. ÁBRA: A JÓ VAGY NAGYON JÓ EGÉSZSÉGÉRZETŰEK ARÁNYA A 15 ÉVNÉL IDŐSEBB LAKOSSÁGON BELÜL A VISEGRÁDI ORSZÁGOKBAN (SZÁZALÉK)

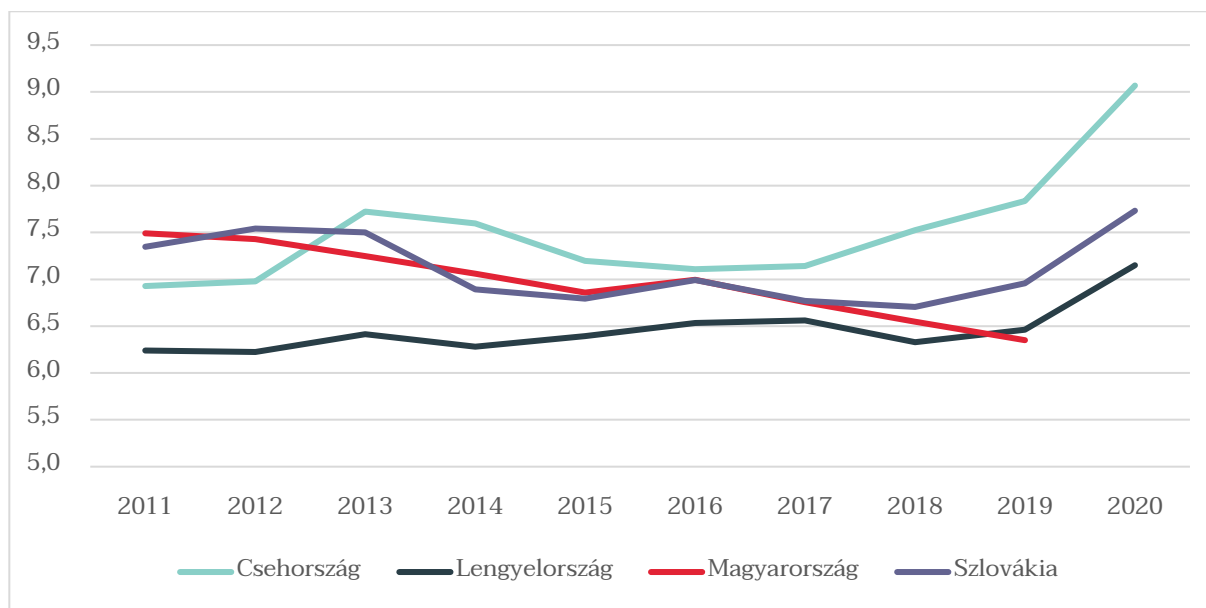


Forrás: OECD

3.2. Az egészségügyi kiadások alakulása

Az egészségügyi kiadások alakulását nézve elmondható, hogy 2011 és 2019 között a teljes bruttó hazai termék átlagosan több mint 7 százalékát költi egészségügyre Csehország és Szlovákia, míg Magyarország pont 7 százalékot, Lengyelország pedig 6,5 százalékot. A legtöbbet GDP-arányosan 2011-ben Magyarország költötte egészségügyre (7,5 százalék), majd Szlovákia (7,3 százalék), Csehország (6,9 százalék), végezetül pedig Lengyelország (6,2 százalék). Hazánkban ez az arányszám összességében csökkenő tendenciát követett a vizsgált időszakban, egészen a 2019-es 6,4 százalékig, amely ebben az évben is a legalacsonyabb érték a többi országhoz mérten. Szlovákiában 2019-ben 7,0, Csehországban 7,8, Lengyelországban pedig a GDP 6,5 százaléka jutott egészségügyi kiadásokra.

6. ÁBRA: A GDP-ARÁNYOS EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK A VISEGRÁDI ORSZÁGOKBAN (SZÁZALÉK)

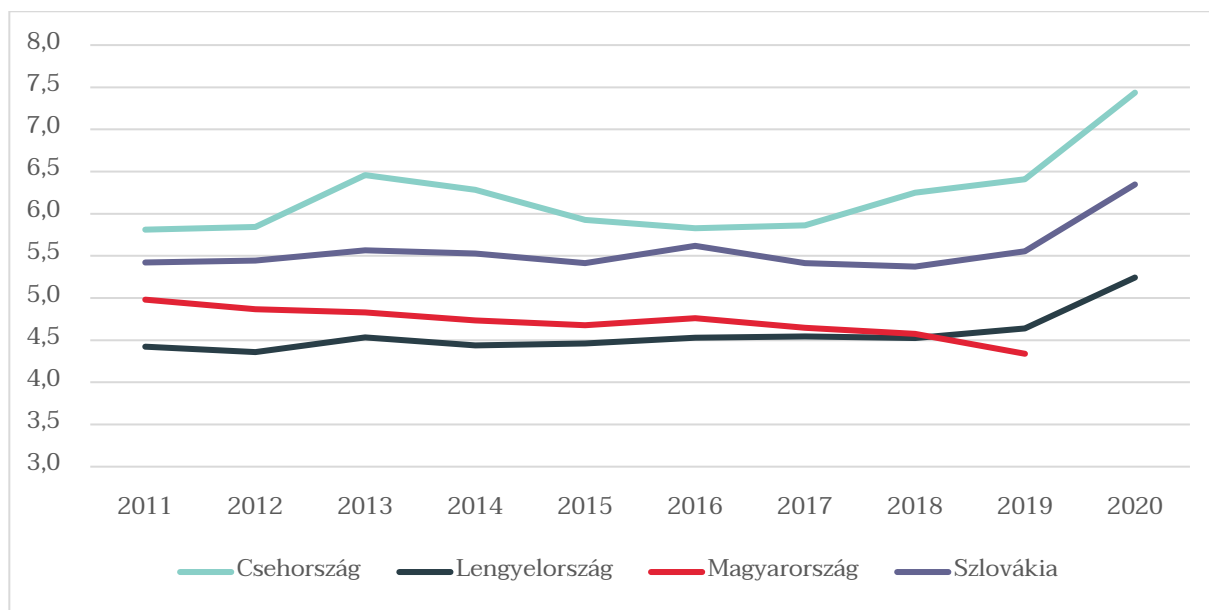


Forrás: OECD

A teljes egészségügyi kiadásokon belül ki kell emelni a közösségi kiadásokat⁸, ugyanis az egészségügyi kiadások jelentős hányadáért az államháztartás felel. Ezt elemezve hazánk 2019-ben a legkedvezőtlenebb pozícióban van, míg a vizsgált időszakban átlagosan csak Lengyelországban volt rosszabb a helyzet. 2011-ben Lengyelország volt a sereghajtó a visegrádi négyek közül, a bruttó hazai termék 4,4 százalékát költötte a közösségi egészségügyre, míg Csehország 5,8, Szlovákia pedig 5,4 százalékot. Magyarország a GDP 5,0 százalékát fordította a közösségi egészségügyre. A hazai mutató viszont 2011-től csökkenő trendet vett fel, amely eredményeképp 2019-re 4,3 százalékra mérséklődött, így megelőzte Lengyelország a maga 4,6 százalékával. Csehországban és Szlovákiában rendre 6,4 és 5,6 százalékon állt a mutató.

⁸ Az OECD alapján közösségi kiadásnak számít valamennyi állami, megyei, önkormányzati kiadás, továbbá a társadalombiztosítási alapok kiadásai is.

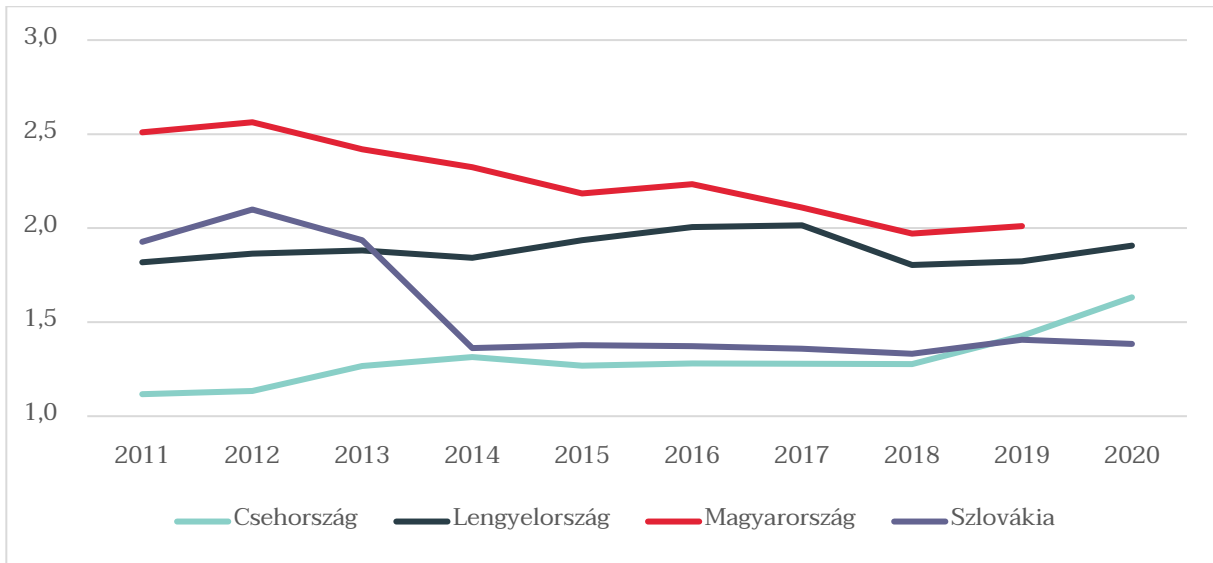
**7. ÁBRA: A GDP-ARÁNYOS KÖZÖSSÉGI KIADÁSOK A VISEGRÁDI ORSZÁGOKBAN
(SZÁZALÉK)**



Forrás: OECD

A GDP-arányos magánkiadások eltérő képet mutattak a vizsgált országok között. 2011-ben a legmagasabb arányt Magyarországon mérték, a GDP 2,5 százalékát tették ki a magánkiadások, míg Lengyelországban 1,8, Szlovákiában pedig 1,9 százalék volt ez az arány. A legkisebb arány Csehországban volt megfigyelhető, ott 1,1 százalékot mértek. Szlovákiában 2014-ben hirtelen leesett a magánkiadások aránya, az előző évi 1,9 százalékról 1,4 százalékra, amelyet kisebb kilengésekkel a vizsgált időszak végén is tartott. Csehországban 2019-ben szintén 1,4 százalékot mértek, míg Lengyelországban 1,8, hazánkban pedig 2,0 százalékot.

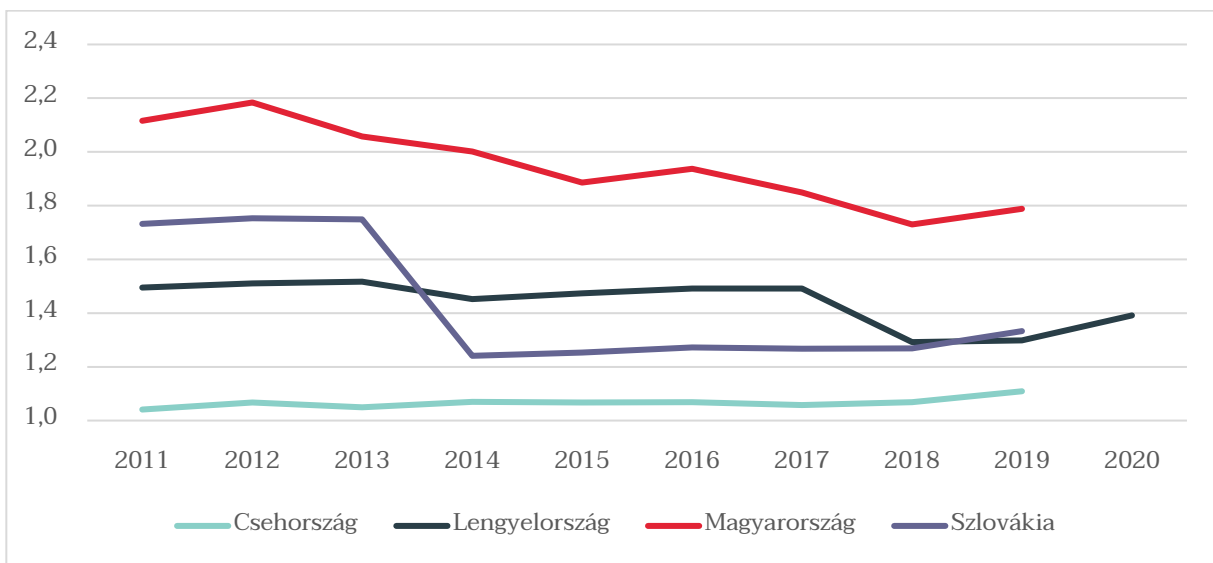
8. ÁBRA: A GDP-ARÁNYOS ÖNKÉNTES KIADÁSOK A VISEGRÁDI ORSZÁGOKBAN (SZÁZALÉK)



Forrás: OECD

A magánkiadásokon belüli GDP-arányos közvetlen kifizetések hasonló pályát írtak le mind a négy országban, mint az önkéntes kiadások. 2011-ben hazánkban volt a legmagasabb az aránya, 2,1 százalék, míg Szlovákiában 1,7, Lengyelországban 1,5, Csehországban pedig csupán 1,0 százalék. A rangsor 2019-re sem változott, az arányok a négy országban rendre, 1,8, 1,3-1,3, illetve 1,1 százalékot mutattak.

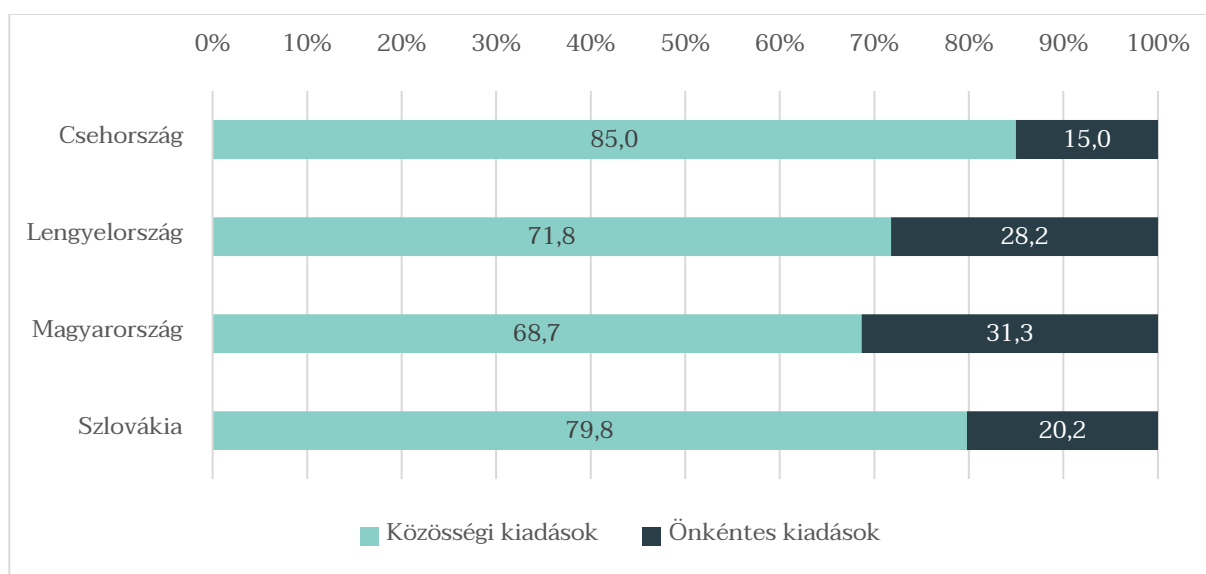
9. ÁBRA: A GDP-ARÁNYOS KÖZVETLEN KIFIZETÉSEK A VISEGRÁDI ORSZÁGOKBAN (SZÁZALÉK)



Forrás: OECD

Az egészségügyi költsékek százalékában a közösségi kiadások aránya 2019-ben Csehországban volt a legmagasabb, 85,0 százalék, míg Szlovákiában 79,8 százalék, Lengyelországban 71,8 százalék, hazánkban pedig a legalacsonyabb, 68,7 százalék. Ennek megfelelően az önkéntes kiadások aránya Magyarországon volt a legmagasabb (31,3 százalék), viszont a másik három országban 30 százalék alatti volt az aránya 2019-ben.

**10. ÁBRA: A KÖZÖSSÉGI ÉS ÖNKÉNTES EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK MEGOSZLÁSA
A VISEGRÁDI ORSZÁGOKBAN (2019, SZÁZALÉK)**



Forrás: OECD

3.2.1. Finanszírozási alrendszerek szerint

Az egészségügyi kiadásokra vonatkozó adatok az egészségügyi számlák nemzetközi módszertanának 2011-es változata alapján készül hazánkban 2013 óta. Ezek alapján a magyar nemzeti egészségügyi kiadások az alábbi három alrendszerből tevődik össze⁹:

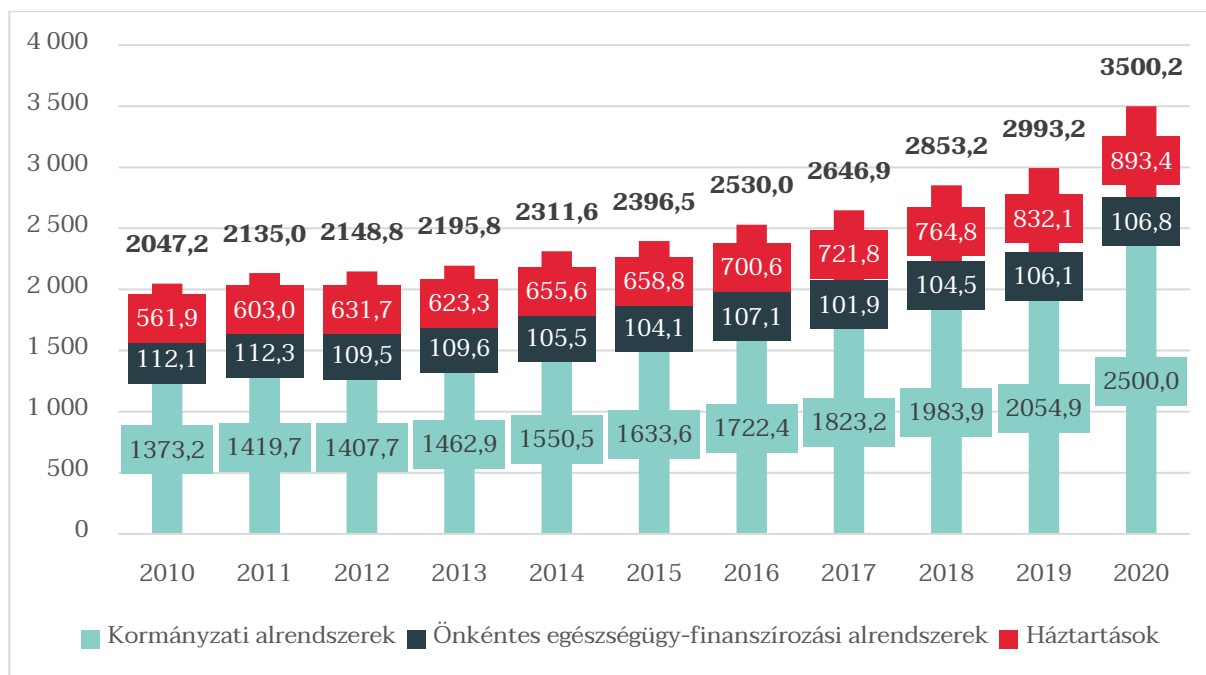
- + **Kormányzati alrendszerek:** a kormányzati és önkormányzati egészségügyi kiadásokat, valamint az Egészségbiztosítási Alap kiadásait tartalmazza;

⁹ <https://www.ksh.hu/docs/hun/modsz/modsz24.html> (2022.07.07)

- + **Önkéntes finanszírozási alrendszerek:** az egészségpénztárak, lakosságot segítő non profit vállalkozások, valamint a vállalkozások egészségügyi kiadásait tartalmazzák;
- + **Háztartások kiadásai:** a háztartások közvetlen egészségügyi kiadásait tartalmazza.

A hazai egészségügyi kiadásokat vizsgálva látható, hogy az egészségügyre fordított összeg évről évre folyamatosan növekszik. A 2010-es 2 047,2 milliárd forintról 2020-ra közel 1 500 milliárd forinttal, 3 500,2 milliárd forintra emelkedett az egészségügyre fordított összeg. A kiadások jelentős része kormányzati kiadás, melynek összege szintén növekvő tendenciát mutat. A 2010-es 1 373,2 milliárd forintról 2020-ra 2 500,0 milliárd forintra emelkedett, ez 82,1 százalékos, évente átlagosan pedig 6,2 százalékos növekedést jelent. Az önkéntes egészségügyi finanszírozási alrendszerek szerepe igen csekély, a vizsgált időszakban pedig egyre csökkent a jelentősége (2010-es 112,1 milliárd forintról 2020-ra 106,8 milliárd forintra), ami összességében 4,7 százalékos, évente átlagosan pedig 0,5 százalékos csökkenésnek felel meg. A háztartások egészségügyre fordított kiadásairól elmondható, hogy a vizsgált években összesen mintegy 59,0 százalékkal emelkedett (2010-es 561,9 milliárd forintról 2020-ra 893,4 milliárd forintra), mely évi átlagos 4,7 százalékos növekedésnek felel meg.

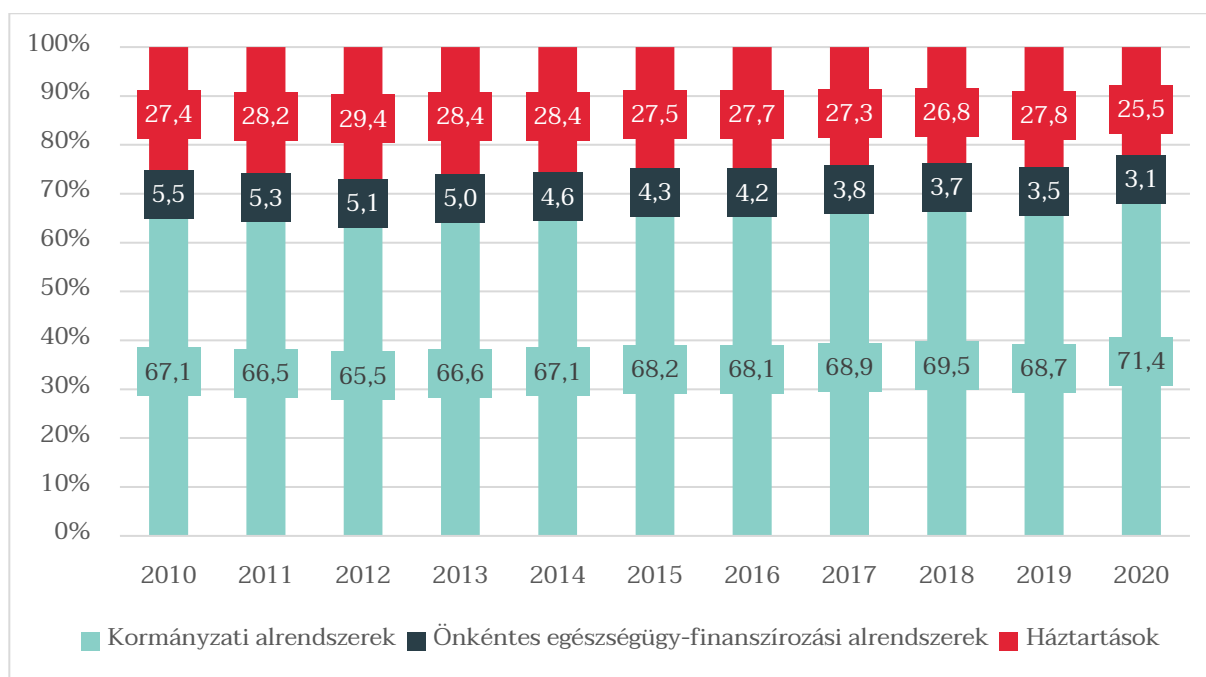
11. ÁBRA: A HAZAI EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK ÖSSZETÉTELE (FOLYÓ ÁRON, MILLIÁRD FORINT)



Forrás: KSH

A lenti ábrán megfigyelhető, hogy az egészségügyi kiadások jelentős részét állami, kormányzati forrásból finanszírozzák, azonban igen jelentős a háztartások, tehát a magánemberek által finanszírozott egészségügyi ellátás is. Az önkéntes finanszírozási alrendszer mindössze 3,1–5,5 százalékát tette ki az összes egészségügyi kiadásnak 2010 és 2020 között. Ha az adatokat idősoros összehasonlításban vizsgáljuk, láthatjuk, hogy az egyes alrendszerek súlyát illetően nem történt komoly változás az eltelt évek alatt. Az állami finanszírozás mértéke 2010-ben 67,1 százalékról indult, mélypontja 2012-ben 65,5 százalékon volt. Ezt követően újra emelkedésnek indult és 2020-ra elérte a 71,4 százalékot. A háztartások kiadásainak aránya a 2010-es 27,4 százalékról 2020-ig 25,5 százalékos szintre csökkent. Csúcspontja egybe esik a kormányzati kiadások mélypontjával, ami 2012-ben volt, ekkor a háztartások kiadásai az egészségügyi kiadások 29,4 százalékát tették ki.

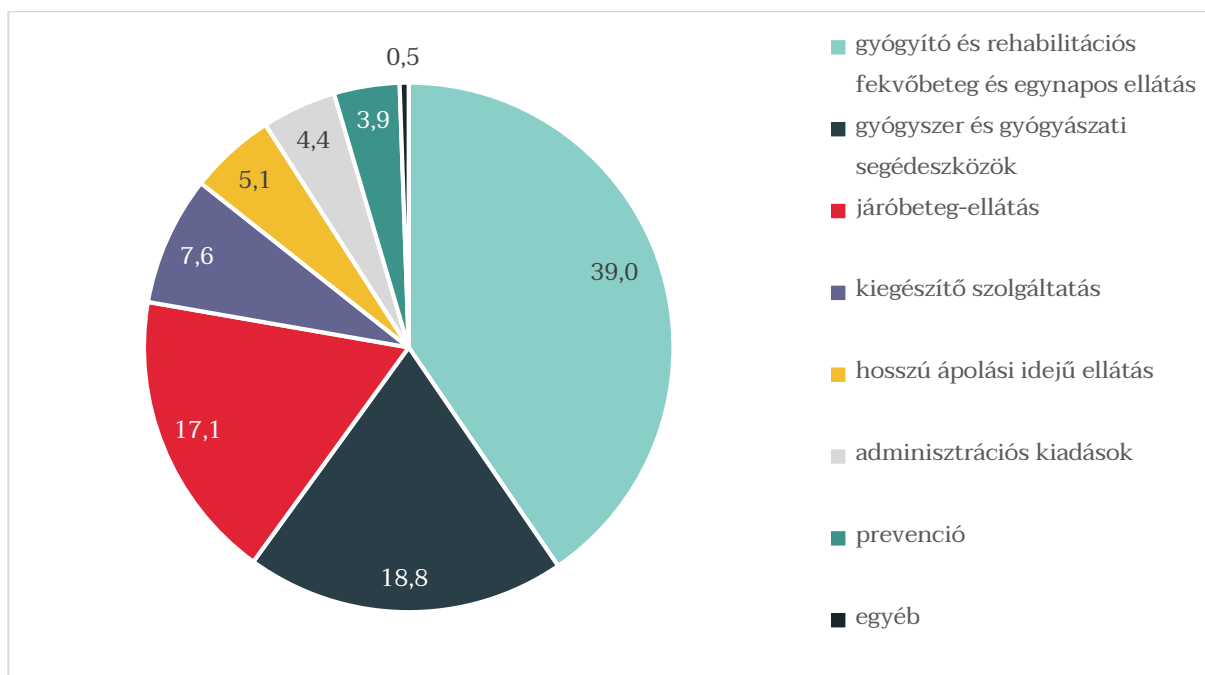
12. ÁBRA: A HAZAI EGÉSZSÉGÜGYI ALRENDSZEREK KIADÁSAINAK ARÁNYA AZ ÖSSZES EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSON BELÜL (SZÁZALÉK)



Forrás: KSH

A Magyarországra vonatkozó 2020. évi OECD adatok alapján kormányzati alrendszerek kiadásainak legnagyobb részét (39,0 százalék) a gyógyító és rehabilitációs fekvőbeteg és egynapos ellátásra költötte az állam, de jelentős kiadási tétel a gyógyszer és gyógyászati segédeszközökre költött összegek aránya (18,8 százalék), valamint a járóbeteg-ellátás finanszírozása is (17,1 százalék). Az olyan kiegészítő szolgáltatásokra, mint a klinikai, laboratóriumi, diagnosztikai szolgáltatások, a mentőszolgáltatás és a betegszállítás, 2020-ban a teljes összeg 7,6 százaléka jutott. A hosszú ápolási idejű ellátásra jutó kiadások 5,1 százalékot tettek ki. A kormányzati forrásokból megelőzésre 3,9 százalék, míg a rendszer adminisztrációs kiadásaira csupán 0,5 százalék jutott.

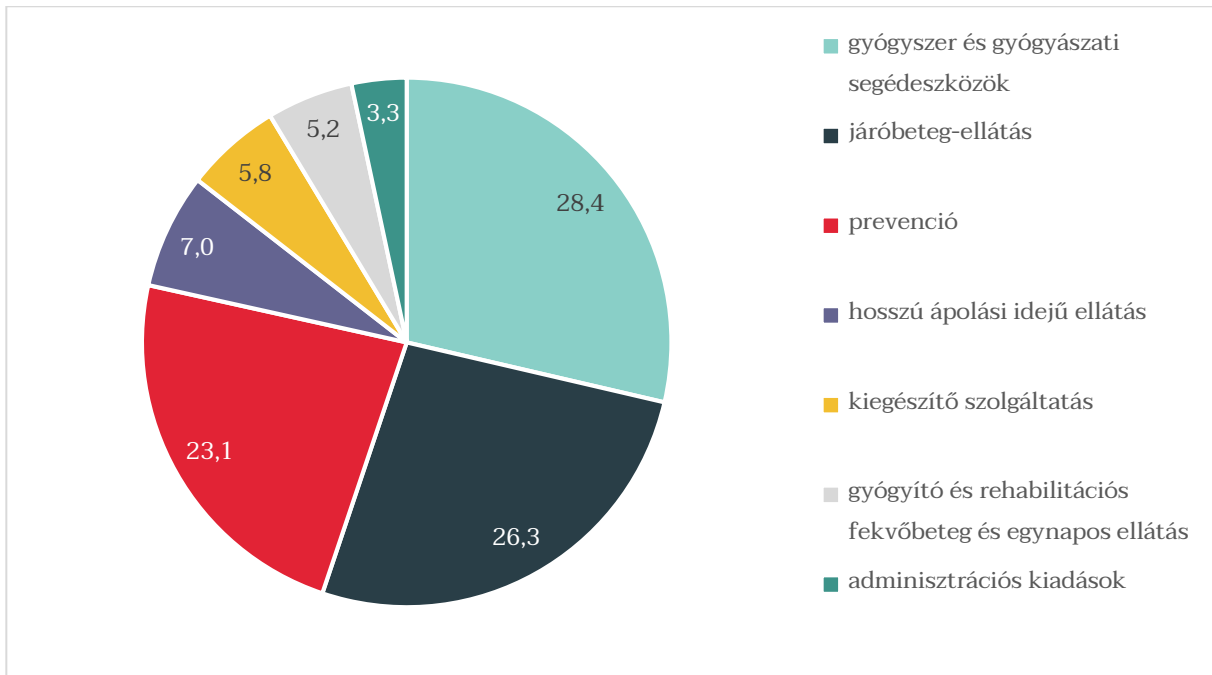
**13. ÁBRA: A KORMÁNYZATI ALRENDSZEREK KIADÁSAINAK MEGOSZLÁSA, 2020
(SZÁZALÉK)**



Forrás: OECD

A kormányzati alrendszerekkel szemben az önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszerek esetében a források legjelentősebb részét (28,4 százalékát) gyógyszerre és gyógyászati segédeszközök vásárlására fordítják a rendszerek tagjai. A második legnagyobb kategória a járóbeteg-ellátásra fordított kiadások aránya (26,3 százalék). Emellett a források további 23,1 százaléka köthető a prevencióhoz és 7,0 százaléka pedig a hosszú távú ápolási idejű ellátáshoz. Kiegészítő szolgáltatásokra 5,8 százalék, gyógyító és rehabilitációs fekvőbeteg és egynapos ellátásokra 5,2 százalék, adminisztrációs kiadásokra pedig a teljes kiadásnak 3,3 százalékát fordították 2020-ban.

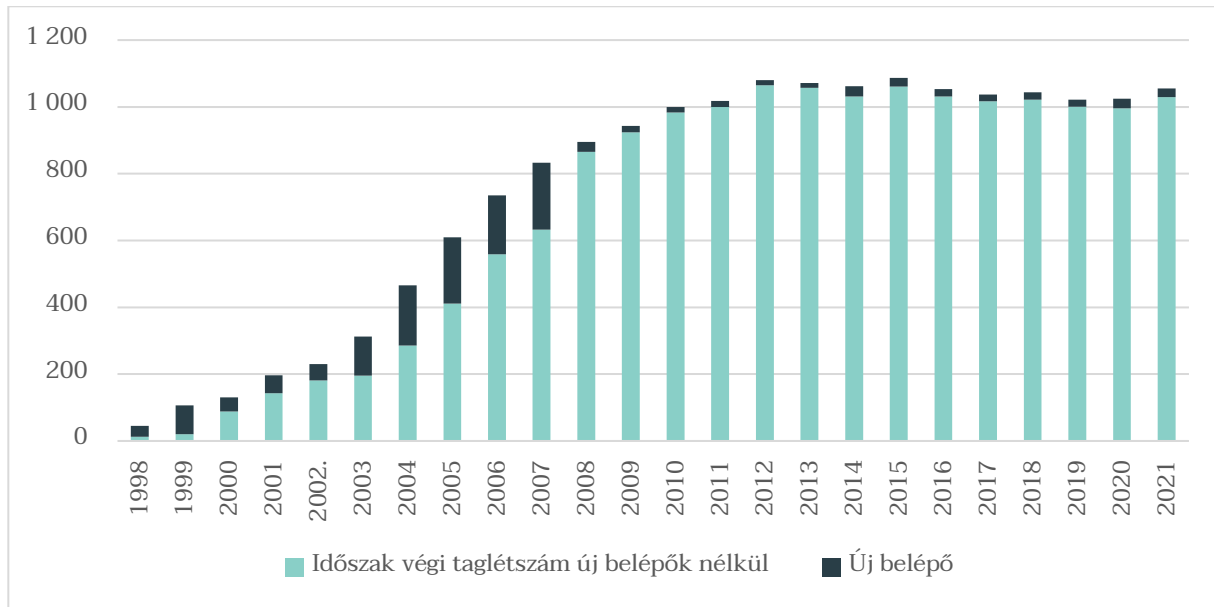
**14. ÁBRA: AZ ÖNKÉNTES EGÉSZSÉGÜGY-FINANSZÍROZÁSI ALRENDSZEREK
KIADÁSAINAK MEGOSZLÁSA, 2020 (SZÁZALÉK)**



Forrás: OECD

Az önkéntes egészségügy-finanszírozási rendszeren belül az egészségpénztárak szerepe kiemelkedő jelentőségű. Magyarországon 2021-ben több mint 1 millióan rendelkeznek egészségpénztári tagsággal. A tagok számának a növekedése 2000 és 2007 között volt a legszámottevőbb, azonban 2008 óta, az új belépők éves száma jelentősen visszaesett, miközben az új belépők nélkül számított év végi taglétszám 2015 és 2019 között csökkent, 2020-tól pedig ismét növekedett.

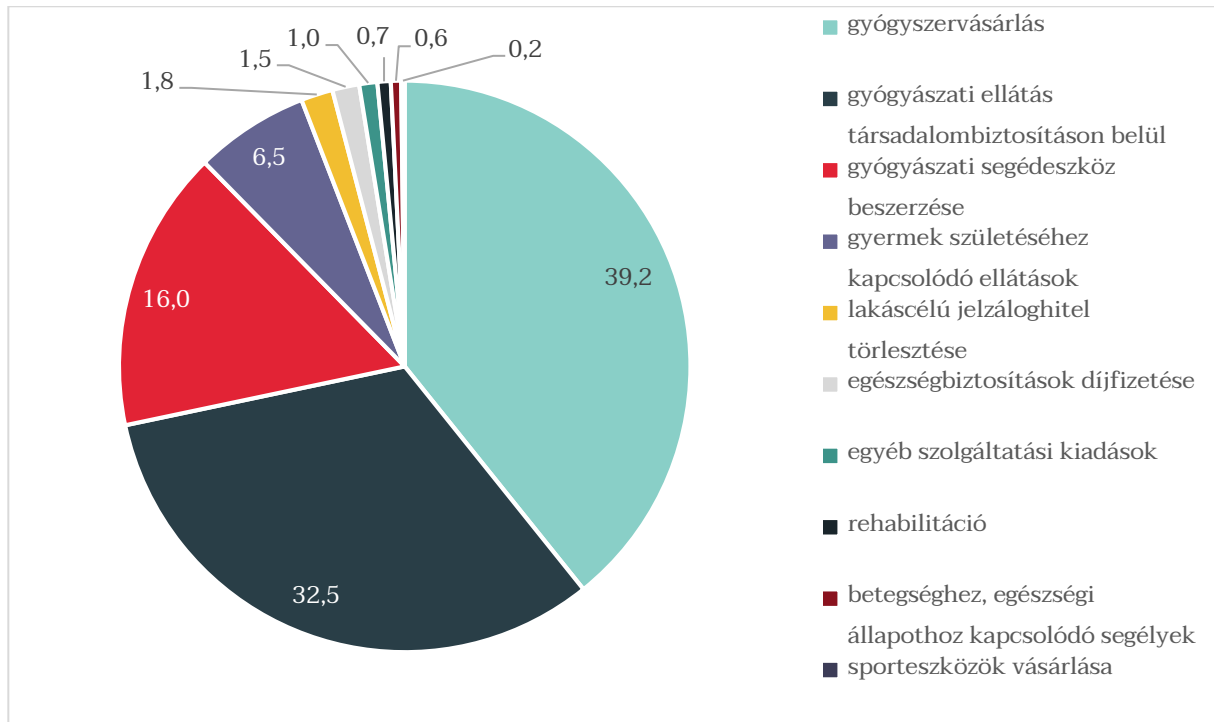
15. ÁBRA: AZ EGÉSZSÉGPÉNZTÁRAK TAGLÉTSZÁMÁNAK ALAKULÁSA ÉS ÖSSZETÉTELE (EZER FŐ)



Forrás: MNB

Az MNB statisztikája alapján 2021-ben az egészségpénztárakból felhasznált összegek 39,2 százalékát gyógyszervásárlási célokra használják fel, 32,5 százalékát a társadalombiztosítási ellátáson belüli egészségügyi szolgáltatások kiegészítésére, 16,0 százalékát gyógyászati segédeszköz beszerzésére, 6,5 százalékát pedig gyermek születéséhez kapcsolódó ellátás finanszírozására. A lakáscélú jelzáloghitel törlesztésére 1,8 százalék jutott, míg a különböző egészségbiztosítások díjfizetésére 1,5 százalék, egyéb szolgáltatási kiadásokra pedig 1,0 százalék. Egészségügyi rehabilitációra (gyógytorna, gyógymasszázs, fizioterápiás kezelés), betegséghez, egészségi állapothoz kapcsolódó segélyekre, valamint sporteszköz vásárlására a szolgáltatási kifizetés nem érte el az 1 százalékot az összes felhasznált összeghez viszonyítva.

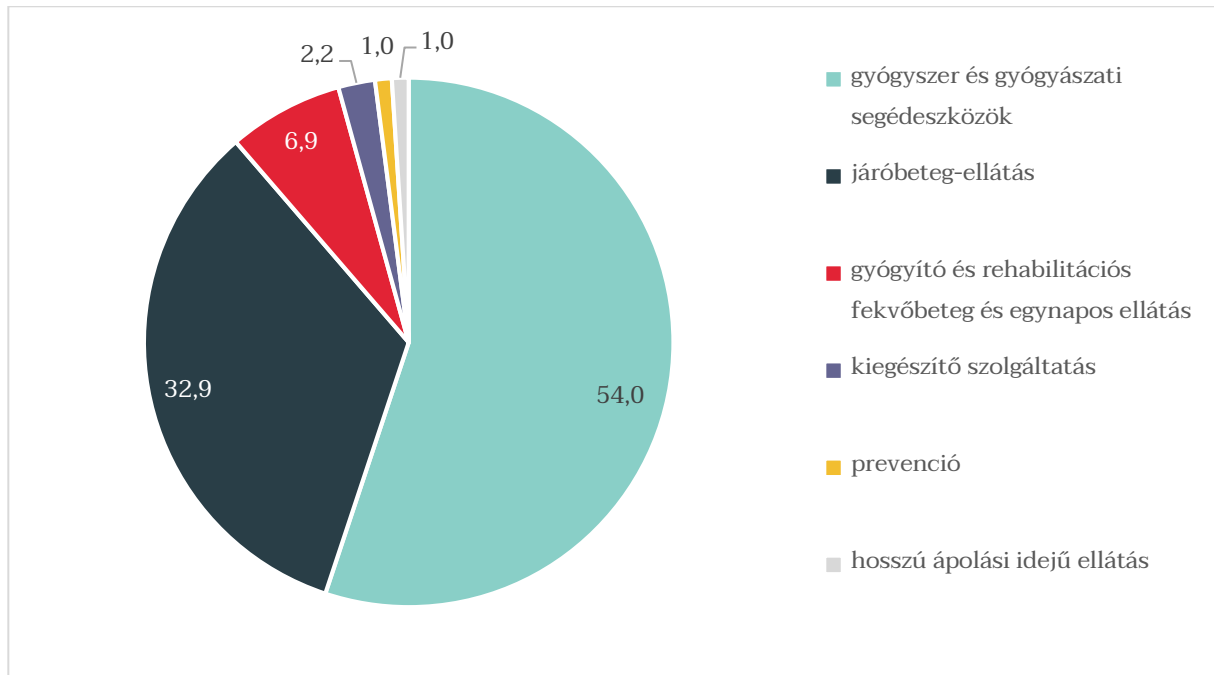
16. ÁBRA: EGÉSZSÉGPÉNZTÁRI SZOLGÁLTATÁSOK KIFIZETÉSÉNEK MEGOSZLÁSA, 2021 (SZÁZALÉK)



Forrás: MNB

A háztartások egészségügyi kiadásainak több mint felét (54,0 százalék) gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök vásárlása teszi ki. Emellett a források további 32,9 százalékát a járóbeteg-ellátás finanszírozására, 6,9 százalékát pedig gyógyító és rehabilitációs fekvőbeteg és egynapos ellátásra fordítják a háztartások. Kiegészítő szolgáltatások igénybevételére 2,2 százalék, hosszú ápolási idejű ellátásra, illetve a betegségek megelőzésével kapcsolatos kiadásokra pedig a kiadások 1,0–1,0 százaléka jut.

**17. ÁBRA: A HÁZTARTÁSOK EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSAINAK MEGOSZLÁSA, 2020
(SZÁZALÉK)**

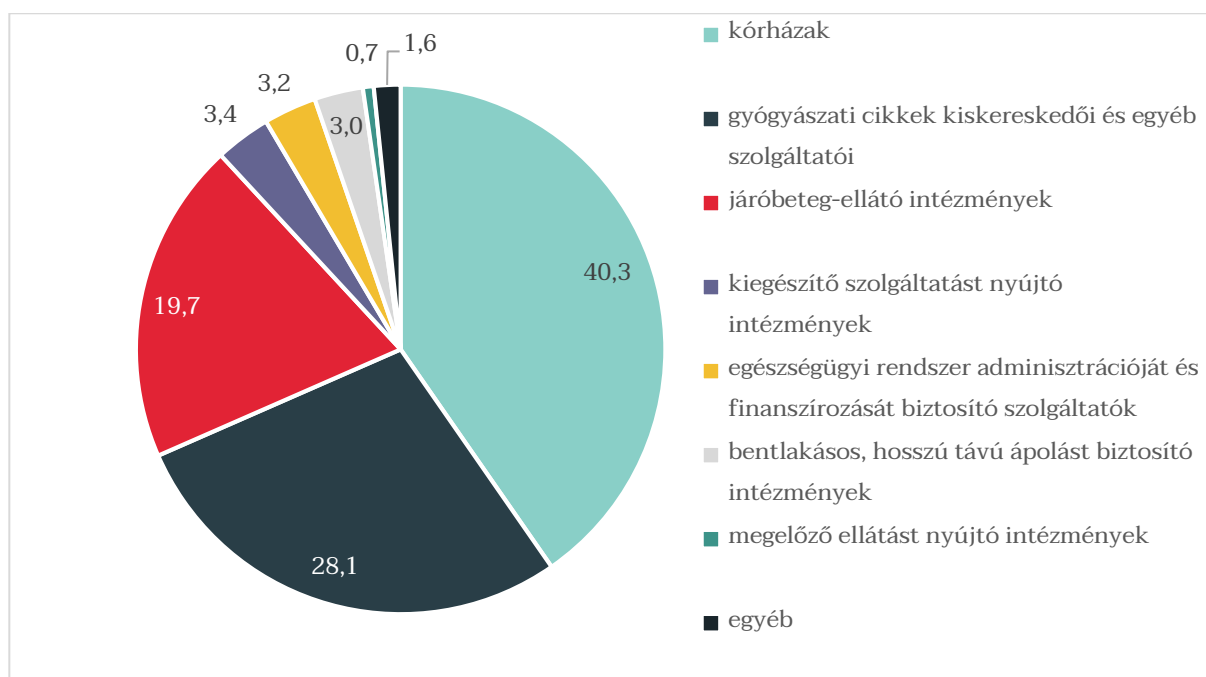


Forrás: OECD

3.2.2. Egészségügyi szolgáltatók szerint

Ha egészségügy szolgáltatók szerint vizsgáljuk az egészségügyi kiadások 2020-as megoszlását, akkor látható, hogy a kiadások túlnyomó részéért három szolgáltató felelt: 40,3 százalékaért a kórházak, 28,1 százalékaért a gyógyászati cikkek kiskereskedői és egyéb szolgáltatói, míg 19,7 százalékaért a járóbeteg-ellátást nyújtó intézmények. A kiegészítő szolgáltatást nyújtó intézmények, az egészségügyi rendszer adminisztrációját és finanszírozását biztosító szolgáltatók, továbbá bentlakásos, hosszú távú ápolást biztosító intézmények rendre 3,4, 3,2 és 3,0 százalékkal járultak az összes egészségügy kiadáshoz, míg a megelőző ellátást nyújtó intézmények csupán elenyésző arányban (0,7 százalék).

18. ÁBRA: EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK MEGOSZLÁSA EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓK SZERINT, 2020 (SZÁZALÉK)

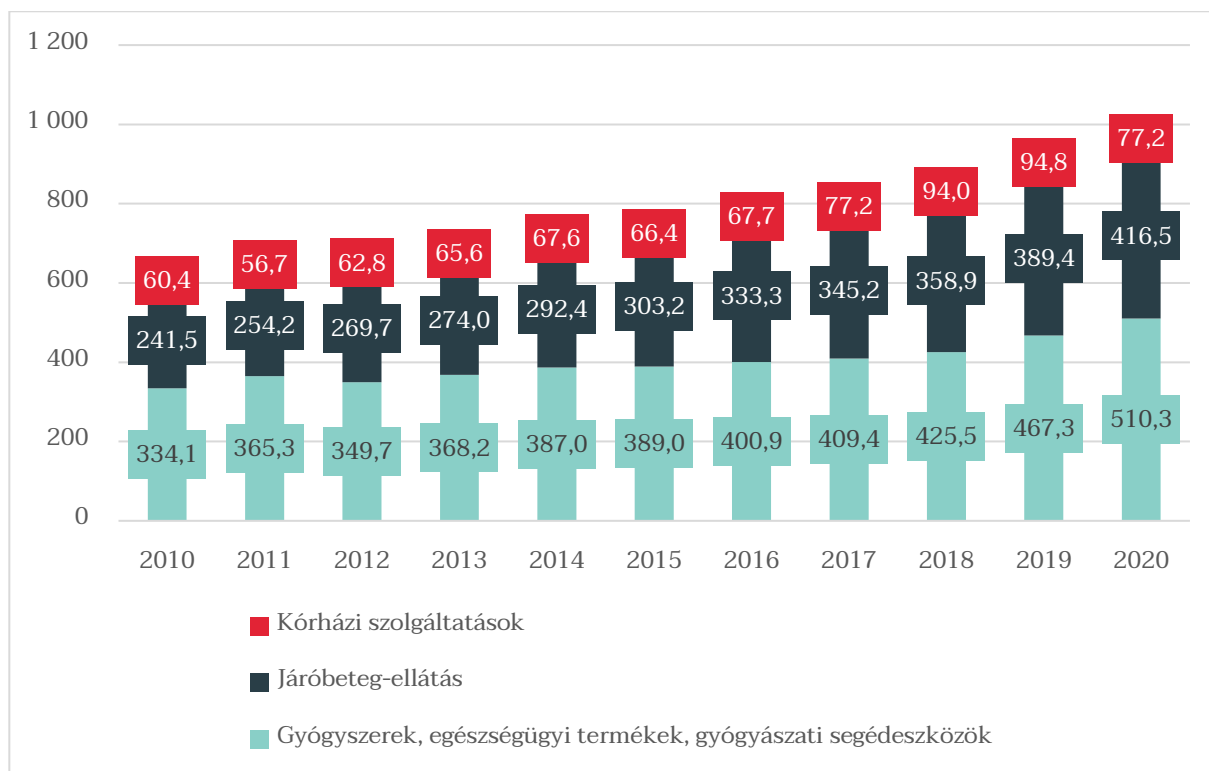


Forrás: OECD

3.3. A háztartások egészségügyi kiadásai

A magyar háztartások 2010-ben összesen 636,0 milliárd forintot költöttek különféle egészségügyi kiadásokra, melyből 334,1 milliárd forint jutott gyógyszerkiadásokra (52,5 százalék), 241,5 milliárd forint járóbeteg-ellátásra (38,0 százalék), 60,4 milliárd forint pedig kórházi szolgáltatásokra (9,5 százalék). Ezt követően az egészségügyi kiadások egy stabilan emelkedő trendet követtek 2020-ig, amikor is a kiadások mértéke elérte az 1 003,9 milliárd forintot is, mely összesen 57,9 százalékos, évente átlagosan pedig 4,7 százalékos növekedésnek felel meg. A 2010-es megoszláshoz képest 41,5 százalékosra nőtt a járóbeteg-ellátásra fordított kiadások aránya (416,5 milliárd forint), míg a gyógyszerkiadások aránya 50,8 százalékra (510,3 milliárd forint), a kórházi szolgáltatásokra fordított kiadások aránya pedig 7,7 százalékra (77,2 milliárd forint) csökkent.

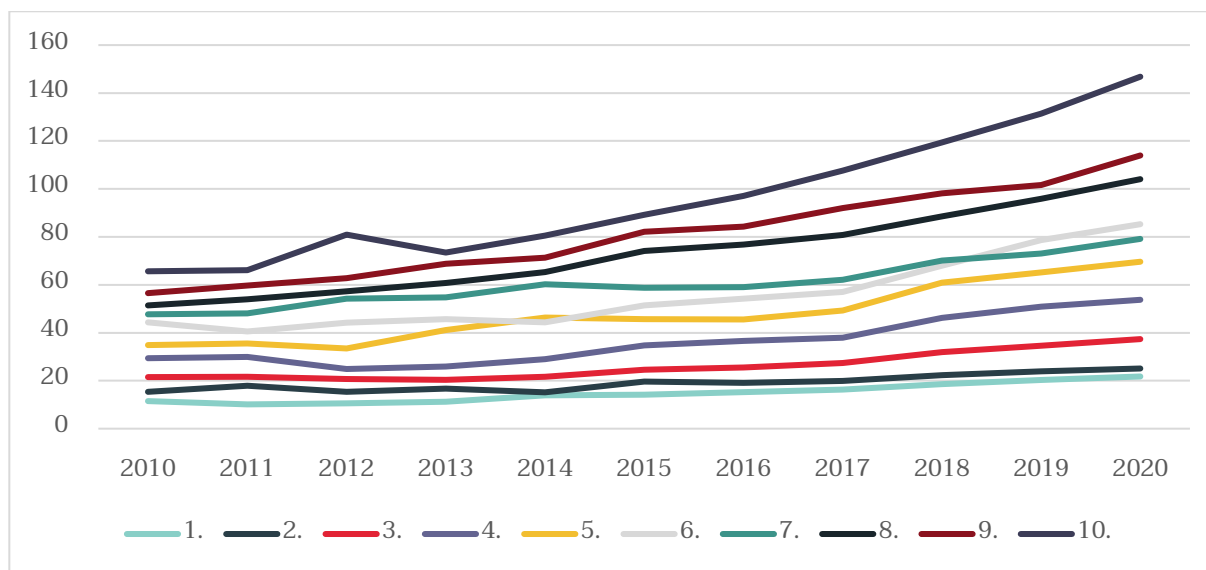
19. ÁBRA: HÁZTARTÁSOK RÉSZLETES ÉVES EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSAI 2010 ÉS 2020 KÖZÖTT (FOLYÓ ÁRON, MILLIÁRD FORINT)



Forrás: KSH

Jövedelmi decilisek szerint vizsgálva a háztartások egészségügyi kiadásait megállapítható, hogy a magasabb jövedelmi decilishez tartozó háztartások szisztematikusan többet költenek egészségügyre. 2020-ban a legfelső jövedelmi decilishez tartozó háztartások átlagosan 146,8 ezer forintot költöttek egy évben, míg a legalacsonyabbhoz tartozók csupán 21,8 ezer forintot. A vizsgált időszak kezdetén ezek az értékek rendre 65,6 ezer, illetve 11,5 ezer forintot értek el, tehát összességében a legmagasabb jövedelemmel rendelkező háztartások kiadásai évente átlagosan 8,4 százalékkal (összesen 123,6 százalékkal) emelkedett, míg a legalacsonyabb jövedelemmel rendelkezőké évi átlagos 6,6 százalékkal (összesen 88,7 százalék).

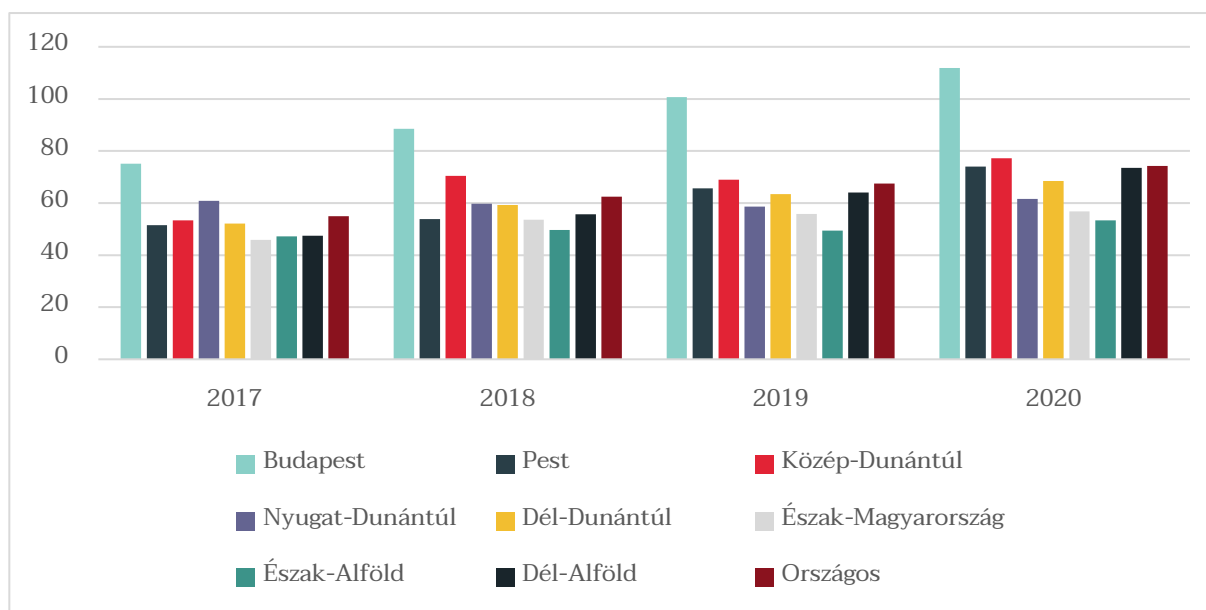
**20. ÁBRA: A HÁZTARTÁSOK EGY FŐRE JUTÓ ÉVES EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSA
JÖVEDELMI DECILISEK SZERINT (FOLYÓ ÁRON, EZER FORINT)**



Forrás: KSH

Régiók szerint elemezve az adatokat látható, hogy a vizsgált időszak egészen Budapesten voltak a legmagasabbak az egészségügyi kiadások (2017-ben 75,1 ezer forint, 2020-ban 119,9 ezer forint), míg legalacsonyabbak 2017-ben Észak-Magyarországon (45,9 ezer forint), 2020-ban pedig már az Észak-Alföldön (53,4 ezer forint).

**21. ÁBRA: A HÁZTARTÁSOK EGY FŐRE JUTÓ ÉVES EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSA
RÉGIÓK SZERINT 2017 ÉS 2020 KÖZÖTT (FOLYÓ ÁRON, EZER FORINT)**

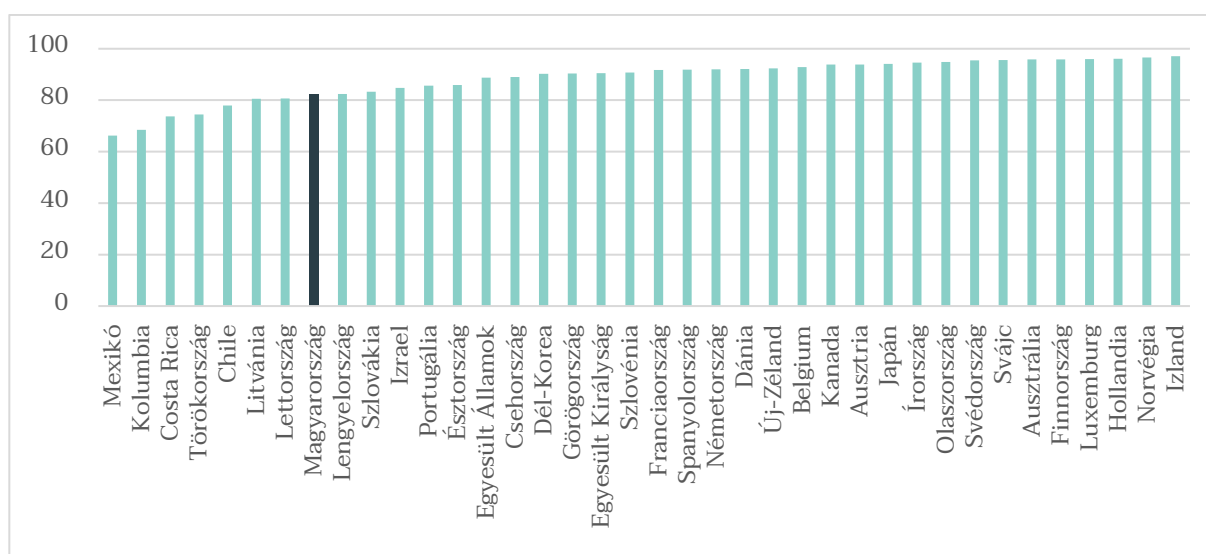


Forrás: KSH

3.4. A finanszírozási rendszer hatékonysága

Az egészségügyi ellátás hatékonyságát szemléltetheti akár a megfelelő egészségügyi ellátással megelőzhető halálozást számszerűsítő indexek. A Healthcare Access and Quality (röviden HAQ) index¹⁰ egy 0-tól 100-ig terjedő skálán mérhető mutató, amely a megelőzhető halálozáson alapul. Az index 32 olyan halálozási ok esetében számszerűsít az életkorra, illetve kockázatra is standardizált halálozási arányokat, amelyeket az időben történő és hatékony egészségügyi ellátás potenciálisan megelőzhetne. Az alacsonyabb pontszámok magas halálozási arányt jeleznek, míg a magasabb pontszámok alacsonyabb halálozást, amely az egészségügyi ellátás jobb minőségét és az ellátáshoz való hozzáférést tükrözi. A 2016-os adatok alapján a legmagasabb HAQ Index értékkel Izland (97,1) rendelkezett, őt Norvégia (96,6) és Hollandia (96,1) követte. A lista másik végén a Mexikó (66,3), Kolumbia (68,5) és Costa Rica (73,7) állt.

22. ÁBRA: A HAQ INDEX ÉRTÉKE EGYES ORSZÁGOKBAN (2016)



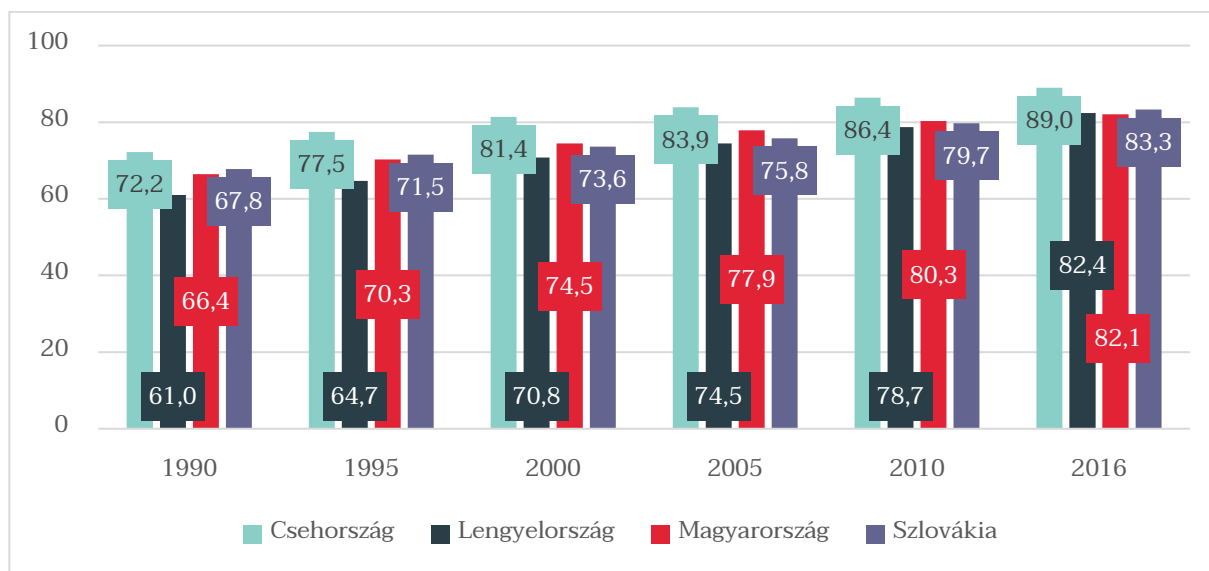
Forrás: Global Burden of Disease Study 2016

A visegrádi országok között 1990-ben a legmagasabb pontszámot Csehország érte el (72,2 pont), második helyen Szlovákia (67,8 pont), harmadikon hazánk (66,4 pont), negyediken pedig Lengyelország végzett (61,0 pont). A vizsgált időszak

¹⁰ Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Healthcare Access and Quality Index Based on Amenable Mortality 1990–2016. Seattle, United States of America: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2018.

végéig, 2016-ig visegrádi négyek egymáshoz viszonyított pozíciói megváltoztak, ugyanis Lengyelország (82,4 pont) megelőzte Magyarországot (82,1 pont), ezzel mi lettük a sereghajtók. A rangsort továbbra is Csehország vezette (89,0 pont), második pedig Szlovákia lett (83,3 pont).

23. ÁBRA: A HAQ INDEX ALAKULÁSA A VISEGRÁDI ORSZÁGOKBAN



Forrás: Global Burden of Disease Study 2016

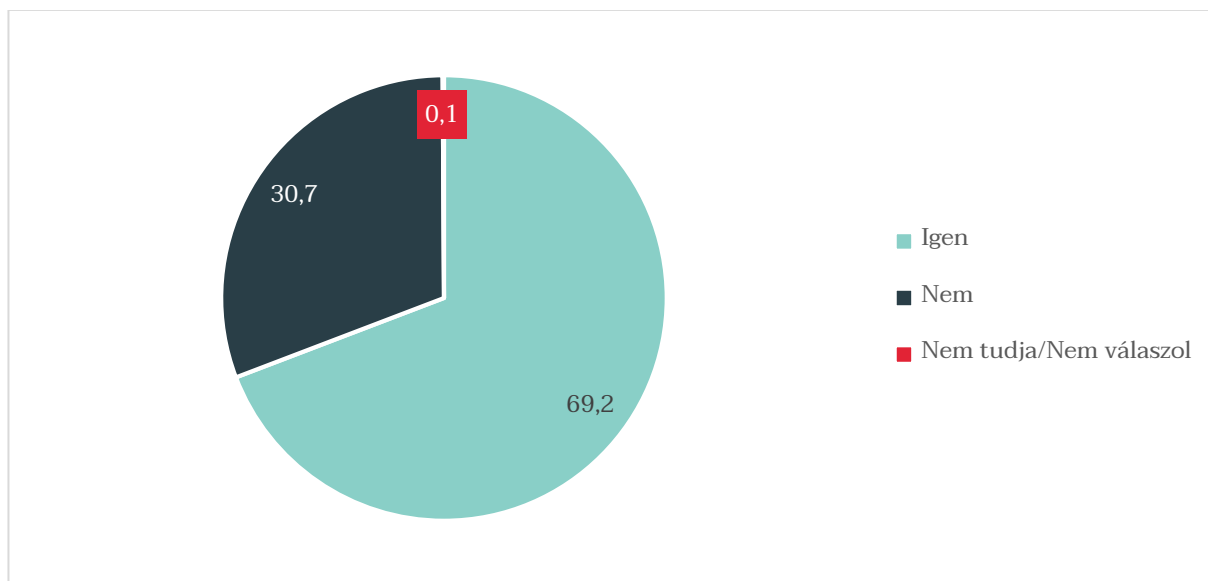
4. Közvélemény-kutatás adatainak elemzése

A háztartások egészségüggyel kapcsolatos kiadásainak részletesebb elemzéséhez egy 1008 főből álló, reprezentatív lakossági minta adatait is megvizsgáltuk. Jelen fejezetben elsőként az állami és magánellátás közötti különbségeket elemeztük, majd a megkérdezettek egészségügyi ellátáshoz köthető általános, illetve anyagi nehézségeit, végezetül pedig a hálapénz kérdését jártuk körbe.

4.1. Állami és magánellátás

A megkérdezettek több, mint kétharmada (69,2 százalék) veszi igénybe az állami egészségügyi ellátást.

24. ÁBRA: VESZ-E ÖN IGÉNYBE EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁST ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEKBEN? (SZÁZALÉK)



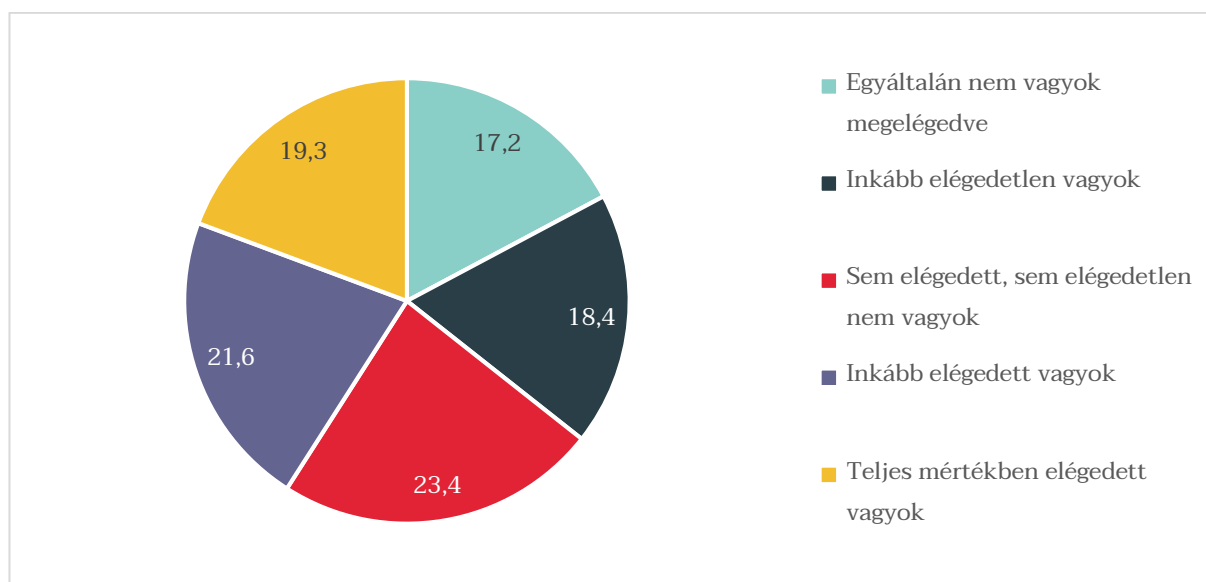
Forrás: Magyar Gazdaságkutató-felmérés

A nők jellemzően nagyobb arányban fordulnak az állami egészségügyi intézményekhez (76,8 százalék), mint a férfiak (60,6 százalék). Megfigyelhető, hogy az életkor előrehaladtával nő az állami gyógyászati szolgáltatásokat igénybe vevők aránya. A 18-29 év közötti válaszadók 58,7, a 30-39 éves korosztály 49,9, a 40-49 év közöttiek esetén 69,0, az 50-59 év közöttiek 80,1, a 60 évnél idősebbeknek pedig 80,4 százaléka fordult az állami ellátáshoz. Az iskolai végzettségi szint növekedésére ellentétes tendencia jellemző: az alacsonyabb

végzettséggel rendelkezők nagyobb arányban éltek az állami intézmények szolgáltatásaival. Az alapfokú (maximum 8 általános) végzettséggel rendelkezők 79,2, a középfokú képezéssel, de érettségivel nem rendelkezők 64,6, az érettségizettek 69,5, míg a diplomások 62,2 százaléka vette igénybe az állami egészségügyi ellátást. A lakóhely típusa szerint jelentős különbségek nem mutatkoztak: a budapestiek fordultak ilyen intézményekhez legnagyobb arányban (71,2 százalék), ezt követik a városok (69,1 százalék), a megyeszékhelyek (68,6 százalék), végül a községek, falvak, tanyák (68,5 százalék).

Megoszló a megkérdezettek állami egészségügyi intézményekben kapott szolgáltatásokkal való elégedettségének mértéke, azok körében, akik igénybe vették azokat. 17,2 százalék egyáltalán nem, 18,4 százalék inkább nem volt elégedett az adott ellátással. 23,4 százalék se nem elégedett, se nem elégedetlen, 21,6 százalék inkább elégedett, míg 19,3 százalék teljes mértékben elégedett volt az állami intézményben kapott gyógyászati szolgáltatással.

25. ÁBRA: MENNYIRE ELÉGEDETT AZZAL AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSSAL, AMELYET ÁLTALÁBAN ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEKBE SZOKOTT KAPNI? (SZÁZALÉK)



Forrás: Magyar Gazdaságkutató-felmérés

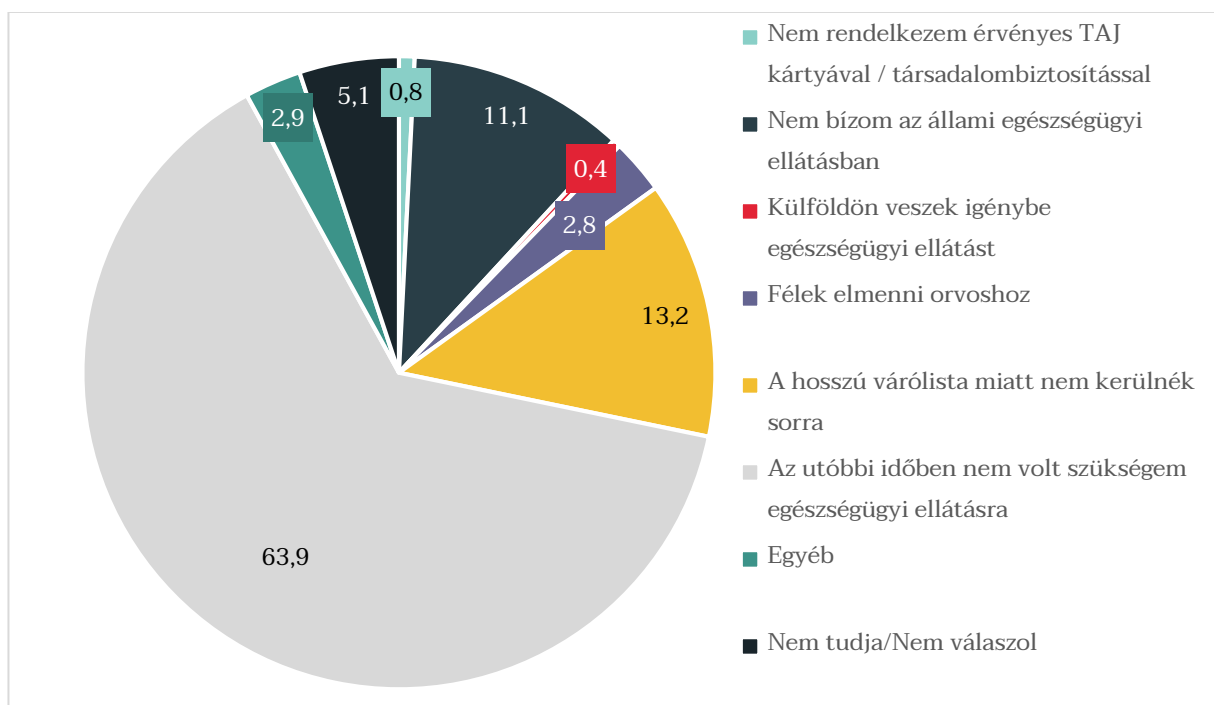
A férfiak (37,8 százalék) nagyobb arányban voltak egyáltalán nem, vagy inkább nem elégedett az állami egészségüggyel, mint a nők (34,2 százalék). A sem elégedett, sem elégedetlenek aránya mindkét nem esetén hasonló, a férfiaknál

23,2 százalék, a nőknél 23,5 százalék. Korcsoport szerinti bontásban vizsgálva, elsősorban a 30-39 éves korosztályba tartozók vélekedtek leginkább kedvezőtlenül az állami egészségügyi szolgáltatásokról: 50,2 százalékuk egyáltalán nem, vagy inkább nem volt elégedett. Ezt követi a 18-29 éves generáció 42,4 százalékkal, akik körében a sem elégedett, sem elégedetlen válaszok aránya is jelentős volt, 24,8 százalék (a 30-39 év közöttiek esetén ez 17,6 százalék). Megfigyelhető, hogy az idősebb korosztályok jellemzően elégedettebbek: a 40-49 év közöttiek 39,8, az 50-59 évesek 42,9, a 60 évnél idősebbek 46,9 százaléka volt teljes mértékben, vagy inkább elégedett. Ez az arány a 18-29 év közöttiek esetén 32,7, a 30-39 éves generáció körében pedig 32,7 százalék volt. Legmagasabb iskolai végzettség szerint vizsgálva a válaszok megoszlását, szintén jelentős különbségek mutatkoztak az állami egészségügyi intézmények által nyújtott szolgáltatásokkal való elégedettség tekintetében. Az alacsonyabb végzettséggel rendelkezők jellemzően kedvezőbben vélekedtek a kapott ellátásról. A maximum 8 általánost végzetek több, mint fele (55,4 százalék) teljes mértékben, vagy inkább elégedett, valamint mindössze 21,1 százalék volt elégedetlen az igénybe vett állami gyógyászati szolgáltatással. A középfokú képzettséggel, de érettségivel nem rendelkezők körében 44,5 százalék bizonyult elégedettnak, illetve 34,4 százalék vélekedett negatívan. Az érettségizettek esetén már nagyobb arányban voltak azok, akik nem voltak megelégedve (40,5 százalék), mint akik igen (31,7 százalék). A diplomával rendelkező válaszadók közel fele (49,4 százalék) elégedetlen volt az állami ellátással, míg pozitív visszajelzést 32,9 százalékuk adott. A válaszok településtípus szerinti megoszlását tekintve elmondható, hogy a budapestiek a leginkább elégedetlenek az állami egészségügyi intézmények szolgáltatásaival: 51,2 százalékuk nem volt elégedett az igénybe vett ellátással, 31,9 százalékuk igen. A megyeszékhelyen élők 38,4, az egyéb városban élők 32,6, míg a községben, faluban, illetve tanyán élők 28 százaléka nem elégedett az ellátással, melyet az állami gyógyászati intézményekben szokott kapni. Semleges véleménnyel a megyeszékhelyek lakosai vannak a legnagyobb arányban (27,3 százalék), míg pozitívan leginkább a kistelepülések lakossága vélekedett (48,1 százalék), melyet a városok követnek 42,9 százalékkal.

A megkérdezettek azon csoportját vizsgálva, akik nem vesznek igénybe állami egészségügyi szolgáltatást, 63,9 százalék az ellátás szükségtelenségét jelölte meg

legfőbb okként. További 13,2 százalék a túl hosszú várólista, 11,1 százalék pedig a bizalom hiánya miatt nem fordul az állami egészségügyi intézményekhez. A válaszadók 0,8 százaléka nem rendelkezik TAJ kártyával, 0,4 százalék külföldön vesz igénybe egészségügyi ellátást, 2,8 százalék fél elmenni orvoshoz, 2,9 százalék pedig egyéb tényezőt jelölt meg fő indokként. Ezek jellemzően az állami ellátással való elégedetlenségre, illetve a magánellátás preferálására vonatkoztak.

26. ÁBRA: HA NEM VESZ IGÉNYBE ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁST, MI ENNEK A LEGFŐBB OKA? (SZÁZALÉK)



Forrás: Magyar Gazdaságkutató-felmérés

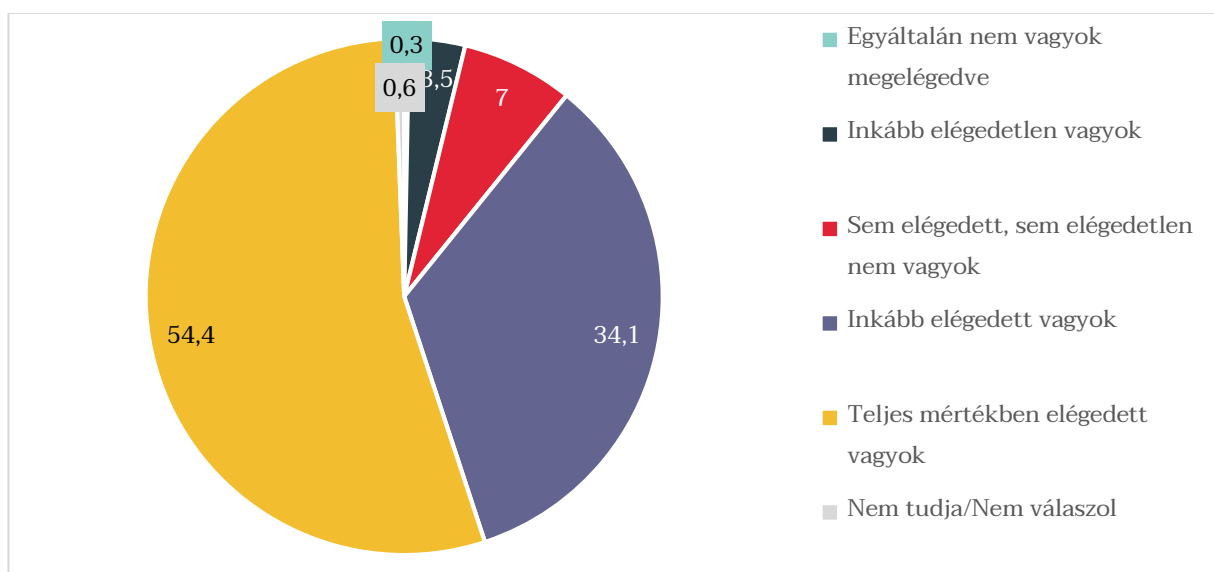
Míg a férfiak közel háromnegyedének (73,8 százalék) nem volt szüksége egészségügyi ellátásra, addig a nők esetén ez 49,3 százalék. Ők legnagyobb arányban az állami ellátás iránti bizalmatlanságot (17,6 százalék), valamint a hosszú várólisták (20,4 százalék) problémáját jelölték meg az igénybe nem vétel további elsődleges okaként. Az egyes korosztályok összességében hasonló indokok miatt nem veszik igénybe az állami egészségügyi szolgáltatásokat. A TAJ kártya vagy társadalombiztosítás hiányát a 40-49 év közöttiek (2,2 százalék) jelölték meg legnagyobb arányban, a bizalmatlanságot a 18-29 éves korosztály (13,2 százalék), a külföldi ellátás igénybevételét a pedig 30-39 éves generáció (1,5 százalék). Az orvoshoz fordulástól való félelemmel a 18-29 (4,9 százalék) és az

50-59 év (4,8 százalék) közöttiek, a hosszú várólistákkal a 40-49 éves válaszadók (19,3 százalék), az ellátás szükségtelenségével pedig az 50-59 éves korcsoportba tartozók (74,8 százalék) magyarázták elsősorban az állami egészségügyi ellátás igénybevételének hiányát. A végzettségi szintek szerint a következőképp alakult az okok közti megoszlás:

- + A TAJ kártya/társadalombiztosítás hiányát (1,7 százalék), valamint az ellátás szükségtelenségét (71,4 százalék) a középfokú végzettséggel, de érettségivel nem rendelkezők választották legnagyobb arányban.
- + A diplomások körében voltak a legtöbben, akik nem bíznak az állami egészségügyi ellátásban (14,2 százalék), külföldön vesznek igénybe gyógyászati szolgáltatásokat (1,6 százalék), továbbá túl hosszúnak találják a várólistákat (19,1 százalék).
- + Az orvoshoz fordulástól való félelmet (7,2 százalék) pedig a maximum 8 általános végzettséggel rendelkezők választották legnagyobb arányban.

A településtípusok közt a végzettségi szintek szerinti bontásnál is jelentősebb különbségek mutatkoztak. A fővárosban lakók körében a legerőteljesebb az állami ellátás iránti bizalom hiánya (34,2 százalék). A második legmagasabb arányban a megyeszékhelyen élők jelölték meg ezt az okot, ugyanakkor ez csupán 9,5 százalékot jelent.

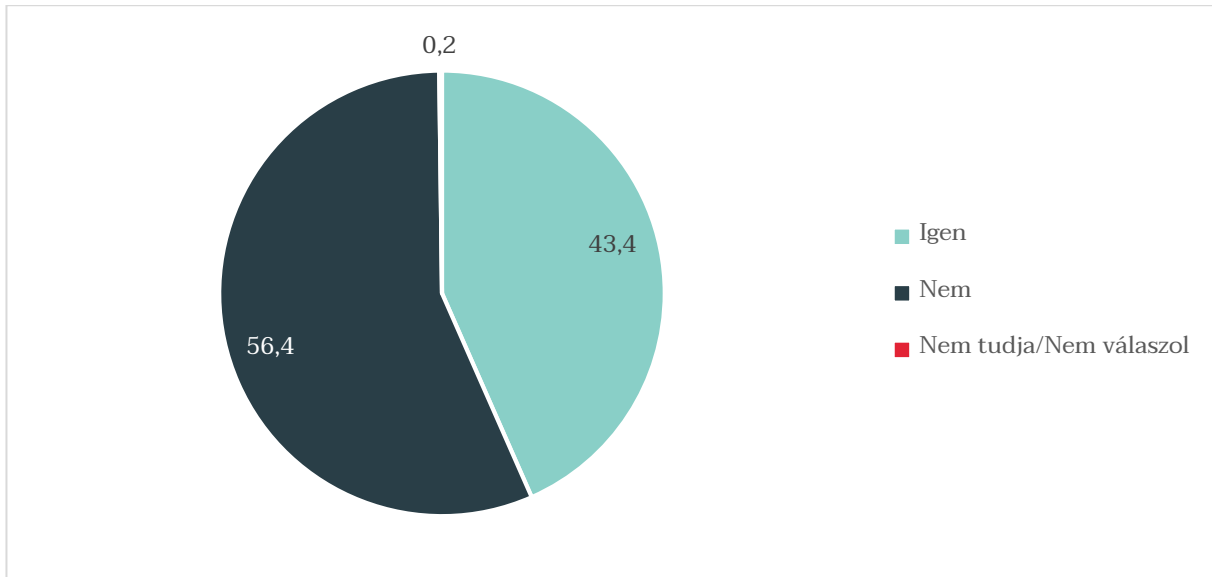
**27. ÁBRA: VESZ-E ÖN IGÉNYBE EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁST
MAGÁNEGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEKBEN? (SZÁZALÉK)**



A megkérdezettek 43,4 százaléka vesz igénybe egészségügyi szolgáltatást magánegészségügyi intézményekben. A nők (47,0 százalék) jellemzően nagyobb arányban fordulnak a magánegészségügyi ellátáshoz, mint a férfiak (39,3 százalék). Legtöbben a 30-39 éves korosztály képviselői (61,5 százalék) közül vettek igénybe magánegészségügyi szolgáltatást, de a 18-29 (52,1 százalék), valamint a 40-49 év közöttiek (55,3 százalék) esetén is 50 százalék feletti ez az arány. Az 50-59 év közöttiek körében 33,3, a 60 évnél idősebbek esetén már csak 26,5 százalék. Elmondható, hogy a végzettségi szint mértékével nő a magánellátást igénybe vevők aránya. A maximum 8 általános végzettséggel rendelkezők körében 19,6, a középfokú végzettségűek (érettségi nélkül) esetén 26,5, az érettségizetteknél 53,6, a diplomásoknál pedig már 71,1 százalék fordult gyógyászati szolgáltatásért magánegészségügyi intézményhez. Legnagyobb arányban a budapestiek (60,8 százalék) vettek igénybe magánorvosi ellátást, ez a település méretével arányosan jellemzően fokozatosan csökken. A megyeszékhelyek lakosainak 47,9, a városokban élőknek 40,1, a kistelepülések lakóinak 34,0 százaléka választotta a magánegészségügyet.

Azon válaszadók, akik igénybe vesznek egészségügyi szolgáltatást magánintézményben, 54,4 százalékban teljes mértékben, 34,1 százalékban pedig inkább elégedettek az ellátással, amelyet kapni szoktak. Sem elégedett, sem elégedetlen 7,0, inkább elégedetlen 3,5, egyáltalán nem elégedett pedig mindössze 0,3 százalékuk volt.

28. ÁBRA: MENNYIRE ELÉGEDETT AZZAL AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSSAL, AMELYET ÁLTALÁBAN MAGÁNEGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEKBE SZOKOTT KAPNI? (SZÁZALÉK)



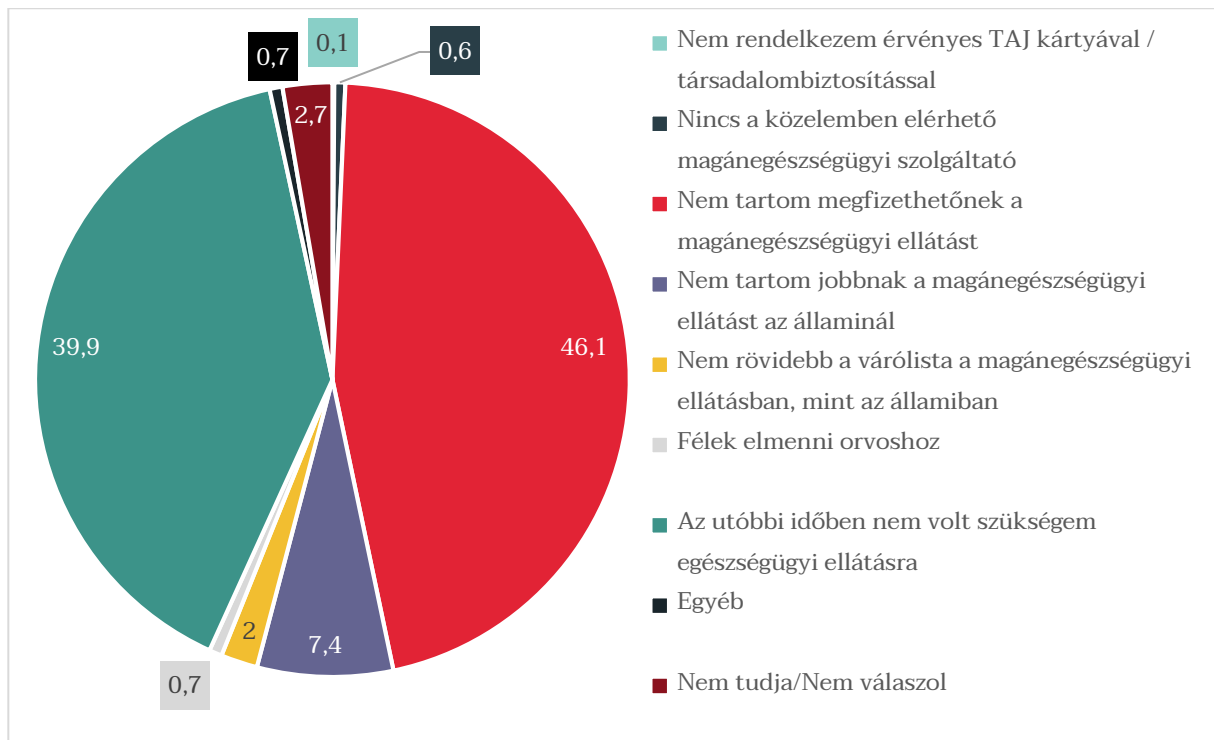
Forrás: Magyar Gazdaságkutató-felmérés

Míg a nők 87,9, addig a férfiak 89,3 százaléka volt inkább, vagy teljes mértékben elégedett a magánellátással. Az életkor szerinti megoszlást vizsgálva, a legmagasabb arányú teljes mértékben elégedett választ a 60 év felettek (58,8 százalék), ugyanakkor leginkább elégedetlenek (kumuláltan 5,8 százalék), valamint semlegesnek (10,6 százalék) is ez a korosztály bizonyult. Ha az inkább elégedett és teljes mértékben elégedett visszajelzéseket kumuláltan vesszük figyelembe, a 30-39 (92,6 százalék), illetve a 18-29 év közöttiek (92,4 százalék) vélekedtek a legpozitívabban a magánintézményekben tapasztalt egészségügyi szolgáltatásokról. A legkisebb arányú negatív tapasztalat az 50-59 éves válaszadók körében mutatkozott: mindössze 1,5 százalékuk volt inkább elégedetlen, egyáltalán nem elégedett pedig senki. A végzettségi szint növekedésével két jelentősebb tendencia látszik a válaszok megoszlásán: csökken a semleges visszajelzések mértéke, illetve nő a magánellátással való elégedettség kumulált aránya. Míg a maximum 8 általánost végzettek körében 14,8 százalék sem elégedett, sem elégedetlen a magánintézmények által nyújtani szokott gyógyászati szolgáltatásokkal, addig ez a diplomások körében 3,2 százalékra csökken. Az inkább, valamint a teljes mértékben elégedett válaszok kumulált

aránya 8 általános esetén 82,2, középfokú (érettségi nélkül) végzettségénél 87,8, az érettségizettek körében 87,8, a diplomásoknál pedig már 92,0 százalék volt.

Azon megkérdezettek körében, akik nem vesznek igénybe magánegészségügyi ellátást, erre két legfőbb indokot jelöltek meg: nem volt szükségük egészségügyi ellátásra az utóbbi időben (39,9 százalék), illetve nem tartják megfizethetőnek a magánintézmények szolgáltatásait (46,1 százalék). A TAJ kártya/társadalombiztosítás hiányát mindössze 0,1 százalék, a közelben elérhető magánegészségügyi intézmény hiányát 0,6 százalék, az orvos felkeresésétől való félelmet pedig 0,7 százalék jelölte meg. További 7,4 százalék nem tartja jobbnak a magánellátást az államinál, 2,0 százalék szerint nem rövidebb a várólista az állami ellátáshoz képest, 0,7 százalék pedig egyéb indokot adott meg. Ezek között a leggyakoribb, hogy a válaszadók nem kívánnak a társadalombiztosításon felül fizetni az egészségügyi ellátásért.

29. ÁBRA: HA NEM VESZ IGÉNYBE MAGÁNEGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁST, MI ENNEK A LEGFŐBB OKA? (SZÁZALÉK)



Forrás: Magyar Gazdaságkutató-felmérés

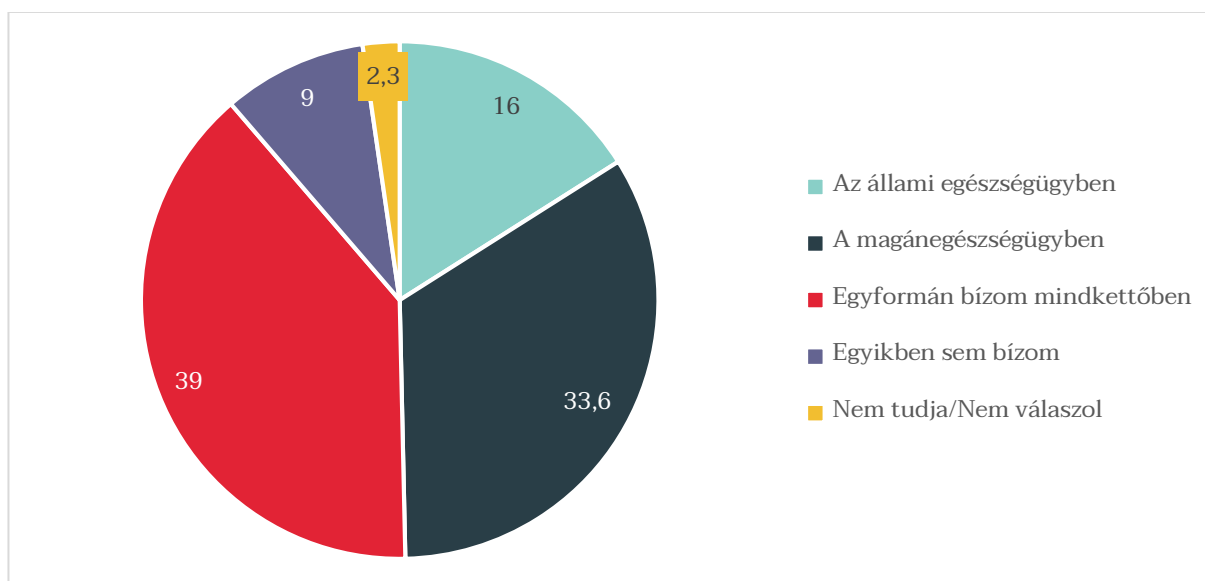
Nemek közti jelentősebb eltérés a magánegészségügy megfizethetősége és az ellátás szükségessége terén mutatkozott. Míg a férfiak több, mint fele

(51,1 százalék) nem szorult ellátásra az utóbbi időben, addig ez a nők esetén 28,6 százalék. A TAJ kártya/társadalombiztosítás hiányát a 40-49 év közöttiek (0,8 százalék), a közelben lévő magánegészségügyi szolgáltató nemlétét az 50-59 éves korosztály (1,7 százalék) jelölte meg legnagyobb arányban. Nem megfizethetőnek leginkább a 60 év felettek tartják (58,1 százalék), de az 50-59 évesek körében is 50 százalék feletti ez az arány (53,8 százalék). Szintén ez a két korosztály gondolja úgy jellemzően, hogy a magánellátás nem jobb az államinál: az 50-59 év közöttiek 9,3, a 60 év felettek 9,0 százaléka. Legtöbben a 30-39 évesek (4,7 százalék) körében nem vesznek igénybe magánellátást azért, mert nem rövidebb a várólista, mint az állami egészségügyi intézményekben. Az orvoshoz fordulástól való félelmet az 50-59 (1,4 százalék), az ellátás szükségletességét a 18-29 évesek (61,9 százalék) jelölték meg legnagyobb arányban. Az egyes végzettségi szintek esetén megfigyelhető, hogy annak csökkenésével nő a megfizethetlenség problémájának aránya, valamint csökken az ellátás szükségletessége. Tehát, míg a maximum 8 általánost végzettek 61,3 százaléka nem tartja megfizethetőnek a magánellátást, addig ez az arány diploma esetén már csak 23,9 százalék, de már középfokú, érettségi nélküli képesítésűek körében is 50 százalék alatti (41,6 százalék). Továbbá, a legalacsonyabb végzettségűek körében 22,9 százalék válaszolta, hogy nem volt szüksége az utóbbi időben egészségügyi ellátásra, míg a diplomások esetén ez 66,1 százalék. Ugyancsak a maximum 8 általánost végzettek jellemző leginkább, hogy félnek elmenni orvoshoz (1,5 százalék). A TAJ kártya/társadalombiztosítás hiányát (0,4 százalék), a közelben elérhető magánegészségügyi intézmény hiányát (1,1 százalék), illetve, hogy nem tartják kedvezőbbnek a színvonalat (8,3 százalék) és a várólisták hosszát (3,1 százalék) az állami ellátásban tapasztaltnál, egyaránt a középfokú (érettségi nélkül) végzettséggel rendelkezők választották legnagyobb arányban. Településtípus szerint vizsgálva a kérdést, elmondható, hogy elsősorban a budapestiek (61,3 százalék) nem tartják megfizethetőnek a magánellátást. Leginkább a városban élők (9,1 százalék) gondolják úgy, hogy a magánellátás nem jobb az államinál. Szintén a városi lakosság jelölte meg legnagyobb arányban a TAJ kártya/társadalombiztosítás (0,3 százalék), illetve a közelben lévő magánegészségügyi szolgáltató hiányát (1,2 százalék). Leginkább a megyeszékhelyeken élők (5,3 százalék) vélik úgy, hogy nem rövidebb a várólista,

mint az állami ellátásban, míg az orvoshoz fordulástól való félelem a községek, falvak, tanyák lakosaira jellemző (1,5 százalék).

A megkérdezettek többsége (39,0 százalék) egyformán megbízik az állami és a magánorvosi ellátásban. Ugyanakkor 33,6 százalék jobban bízik a magánegészségügyben, 16,0 százalék pedig az állami ellátásban, további 9,0 százalék pedig egyikben sem.

30. ÁBRA: MELYIKBEN BÍZIK JOBBAN: AZ ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYBEN VAGY A MAGÁNORVOSI ELLÁTÁSBAN? (SZÁZALÉK)



Forrás: Magyar Gazdaságkutató-felmérés

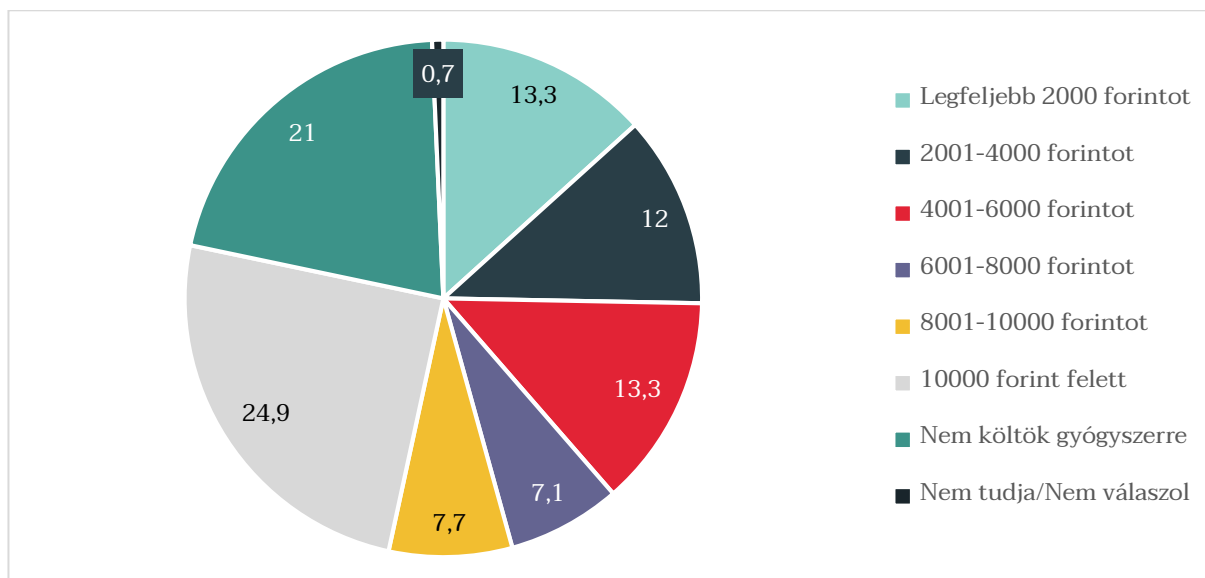
A nemek közti különbség ebben az esetben nem volt jelentős, a férfiak (38,4 százalék) és a nők (39,6 százalék) hasonló arányban bíznak mind az állami, mind a magánellátásban. A férfiak 15,6 százaléka az állami egészségügyben, míg 34,0 százalékuk a magánszektorban bízik jobban. A nők 16,4 százalékának erősebb az állami ellátás iránti bizalma, míg 33,3 százalékuk a magánegészségügyet preferálja. A fiatalabb korosztály jellemzően jobban bízik a magánorvosi szolgáltatókban: a 18-29 évesek 55,9 százaléka a magánellátást preferálja, míg 29,4 százalékuk bízik egyformán a két típusban. Ezzel szemben a 60 év felettek mindössze 16,4 százaléka bízik meg jobban a magánellátásban, 28,1 százalékuk inkább az államiban, míg 40,8 százalék egyformán mindkettőben. Ugyancsak a legidősebbek körében választották a legtöbben (12,0 százalék), hogy egyikben sem bíznak. Nem csak az idősebbekre, az alacsonyabb végzettségűekre is

jellemzőbb a bizalmatlanság. A maximum 8 általánost végzetek 32,0 százaléka inkább az állami egészségügyben, 23,3 százaléka a magánegészségügyben, 32,4 százaléka pedig mindkettőben egyformán megbízik. Ugyanakkor az ő esetükben a legmagasabb azoknak az aránya is, akik mindkét ellátással szemben bizalmatlanok (10,4 százalék). Leginkább a diplomások bíznak a magánegészségügyben (48,3 százalék). Egyformán mindkét típusú ellátásban a felsőfokú végzettséggel rendelkezők 41,3 százaléka bízik, míg az állami egészségügyet mindössze 1,7 százalékuk preferálja. Legnagyobb arányban a középfokú, érettségi nélküli képesítéssel rendelkezők (42,4 százalék) választották azt, hogy mind a magán-, mind az állami szolgáltatásokban egyformán megbíznak. Településtípus szerinti bontásban vizsgálva a válaszok megoszlását, megállapítható, hogy a fővárosiak bíznak leginkább a magánegészségügyben (45,3 százalék), illetve legkevésbé az államiban (7,1 százalék). Legnagyobb arányban a megyeszékhelyen élők (41,5 százalék) bíznak egyformán mindkét típusú ellátásban. Az állami intézmények szolgáltatásaiban elsősorban a községek, falvak, tanyák lakói (19,7 százalék) bíznak jobban, ugyanakkor ettől a városok (18,5 százalék) sem maradnak el jelentősen. A mindkét típusú ellátás iránti bizonytalanság hasonló mértékben van jelen az összes településtípus esetén: Budapesten 9,9, a megyeszékhelyeken 9,6, a városokban 8,6, a különböző kistételepüléseken 8,4 százalék válaszolta ezt.

4.2. Az egészségügy anyagi vonatkozásai

A megkérdezettek körülbelül fele (53,4 százalék) kevesebb, mint 10 000 forintot költ átlagosan havonta gyógyszerekre: 13,3 százalék maximum 2 000 forintot, 12,0 százalék 2 001–4 000 forintot, 13,3 százalék 4 001–6 000 forintot, 7,1 százalék 6 001–8 000 forintot, valamint 7,7 százalék 8 001–10 000 forintot. A válaszadók 24,9 százaléka 10 000 forint feletti összeget fordít átlagosan gyógyszerre havonta, míg 21,0 százaléknak nincsenek ilyen kiadásai.

31. ÁBRA: MENNYIT KÖLT HAVONTA ÁTLAGOSAN GYÓGYSZERRE? (SZÁZALÉK)



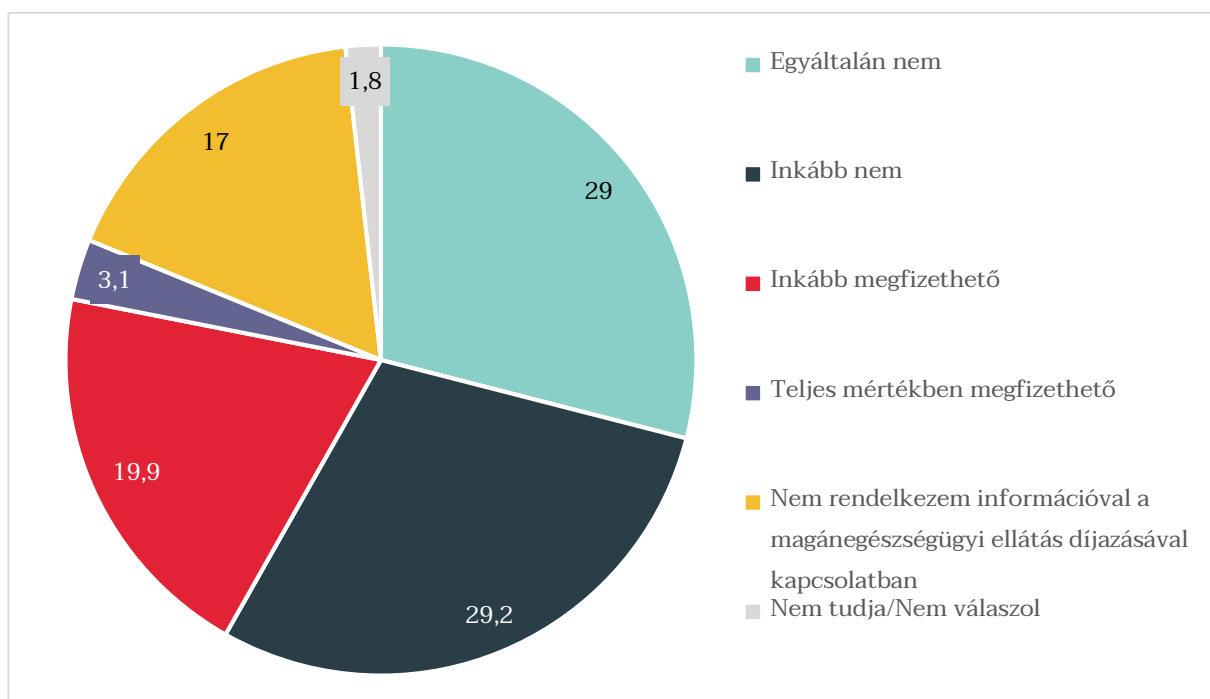
Forrás: Magyar Gazdaságkutató-felmérés

A nők többet fordítanak gyógyszerekre, mint a férfiak, akiknek 30,3 százaléka egyáltalán nem költ ilyen termékekre. A nők 58,4 százalékának 10 000 forint alatt (11,5 százaléknak legfeljebb 2 000 forint) alakul az átlagos havi gyógyszerkiadása, 28,7 százalékuk esetén pedig ennél is nagyobb összeget tesz ki, továbbá mindössze 12,8 százaléknak nincsenek ilyen jellegű ráfordításai. Ezzel szemben a férfiak esetén 47,5 százalék költött gyógyszerekre 10 000 forint alatt (15,3 százalék legfeljebb 2 000 forintot), afölött pedig 20,6 százalék. Az életkor növekedésével jellemzően a gyógyszerkiadások is nőnek. Míg a 18-29 év közöttiek 33,5 százalékának nincsenek ilyen ráfordításai, ez a 60 év felettek esetén csupán 8,3 százalék. Legnagyobb arányban a 30-39 (59,0 százalék), illetve a 40-49 éves (59,5 százalék) korosztály költ 10 000 forint alatt gyógyszerekre. Míg 50 év alatt 13-15 százalék körül mozgott, addig az 50-59 év közöttiek esetén már 30,0, 60 év felett pedig a megkérdezettek 40,0 százaléka költ 10 000 forintnál is magasabb összeget átlagosan havonta gyógyszerekre. Végzettség szerint is számottevő különbségek mutatkoztak az egyes csoportok gyógyszerkiadásaiban. Míg a diplomások és érettségizettek 19,2 százaléka legfeljebb 2 000 forintot fordít havonta átlagosan ilyen típusú termékekre, addig a maximum 8 általánost végzettek esetén ez mindössze 3,5 százalék. A legalacsonyabb végzettségűek költenek a legnagyobb arányban 10 000 forint felett (46,9 százalék), illetve köztük vannak a legkevesebben, akiknek nincsenek ilyen kiadásai (12,8 százalék). Ezek

az arányok a többi végzettségi szint esetén a következőképp alakultak: középfokú képezésnél 29,3 és 22,0, érettségivel 17,6 és 22,5, diplománál pedig 7,2 és 27,0 százalék. Havi szinten 10 000 forint alatt legnagyobb arányban a budapestiek (64,7 százalék) költenek átlagosan gyógyszerre, 2 000 forint alatt pedig a megyeszékhelyeken élők (17,2 százalék). Szintén a megyeszékhelyeken választották azt legtöbben (24,9 százalék), hogy nincsenek gyógyszerkiadásuk. 10 000 forint feletti összeget elsősorban a városi lakosság (28,1 százalék) fordított gyógyszerekre, de a községek, falvak, tanyák (27,7 százalék) sem maradnak el ettől jelentősen.

A megkérdezettek több, mint fele (58,2 százalék) nem tartja megfizethetőnek a magánegészségügyet. Ebből 29,0 százalék egyáltalán nem, 29,2 százalék pedig inkább nem. 19,9 százalék szerint inkább, 3,1 százalék szerint pedig teljes mértékben megfizethető, további 17,0 százalék pedig nem rendelkezik információval a magánellátás díjazásával kapcsolatban.

32. ÁBRA: MENNYIRE ÍTÉLI MEGFIZETHETŐNEK A MAGÁNEGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁST? (SZÁZALÉK)



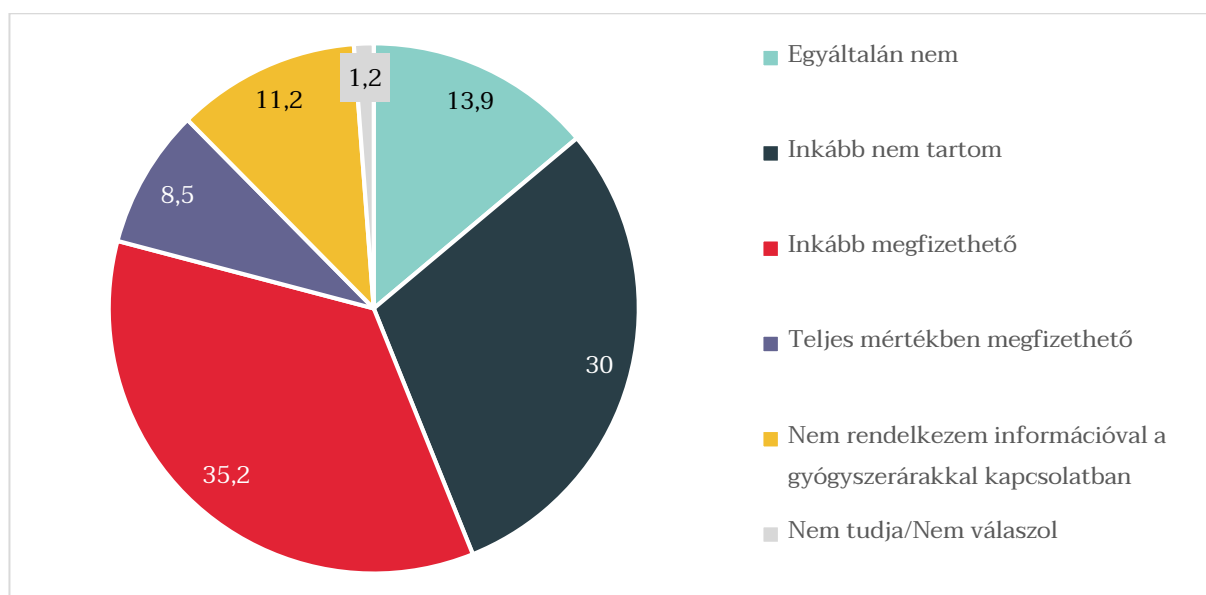
Forrás: Magyar Gazdaságkutató-felmérés

Míg a férfiak 50,4, addig a nők 65,1 százaléka gondolja úgy, hogy nem megfizethetőek a magánegészségügyi intézmények szolgáltatásai. A férfiak

25,0 százaléka megfizethetőnek véli ezt az ellátást, további 22,8 százalékuk pedig nem rendelkezik kellő információval. A nők esetén 21,3 százalék szerint megfizethető a magánegészségügy, míg 11,9 százalék nem rendelkezik információval a témában. Jellemzően az idősebb generációk számára kevésbé megfizethető a magánegészségügyi ellátás, valamint kevesebb információval is rendelkeznek a témában az idősebb korosztály képviselői. A 18-29 év közöttiek 31,8, a 30-39 év közöttiek 29,1, a 40-49 év közöttiek 29,9, az 50-59 év közöttiek 20,2, valamint a 60 év felettek 12,2 százaléka tartja megfizethetőnek. Továbbá, míg a 30-39 éves korosztály körében 10,0, addig a 60 évnél idősebbek esetén 22,1 százalék nem rendelkezik információval a magánegészségügyi szolgáltatások díjazásáról. Míg nemek és korosztályok szerint számottevőbb eltérések vannak a magánegészségügy megfizethetőségét illetően, addig az egyes végzettségi szintek között ez nem ennyire jelentős. Hasonló arányban gondolják nem megfizethetőnek az ilyen szolgáltatásokat: maximum 8 általánost végzetek körében 58,8, a diplomások esetén 53,5 százalék. Ez az arány a legmagasabb az érettségizettek esetén volt (59,9 százalék). Az alapfokú végzettséggel rendelkezők körében 15,0, felsőfok esetén 37,2 százalék szerint megfizethető a magánellátás. Továbbá, 8 általános végzettség esetében 21,8, a diplomásoknak pedig mindössze 8,4 százaléka nem rendelkezik megfelelő információval a magánegészségügyi szolgáltatások díjazásával kapcsolatban. Településtípus szerint vizsgálva, elmondható, hogy a budapestiek (69,3 százalék) vélték úgy legnagyobb arányban, hogy nem megfizethető a magánellátás. Leginkább a kistéleplések lakossága (22,9 százalék) nem rendelkezik kellő információval a magánellátás díjazásáról, míg elsősorban a megyeszékhelyeken élők (28,4 százalék) vélik megfizethetőnek.

A megkérdezettek 13,9 százaléka egyáltalán nem tartja megfizethetőnek a gyógyszereket, további 30,0 százalék szerint pedig inkább nem megfizethető. 35,2 százalék ítéli inkább megfizethetőnek, 8,5 százalék teljes mértékben megfizethetőnek, 11,2 százalék pedig nem rendelkezik információkkal a gyógyszerárakkal kapcsolatban.

33. ÁBRA: MENNYIRE ÍTÉLI MEGFIZETHŐNEK A GYÓGYSZEREKET? (SZÁZALÉK)



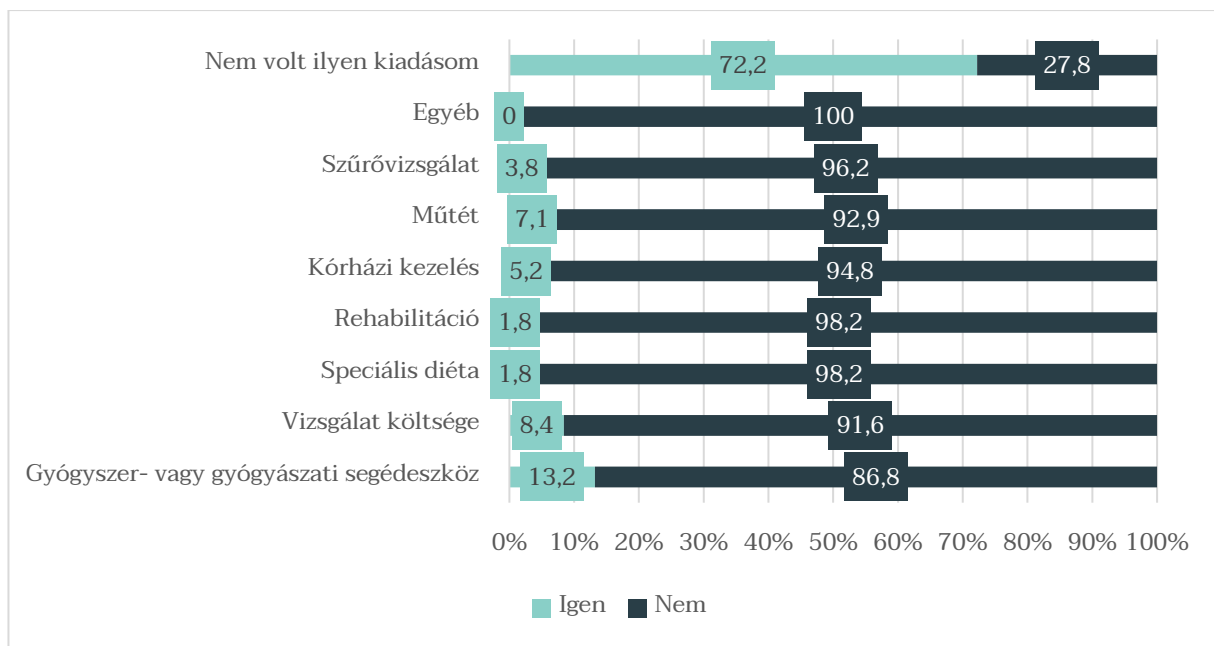
Forrás: Magyar Gazdaságkutató-felmérés

A férfiak (17,2 százalék) jelentősen nagyobb arányban válaszolták, hogy nem rendelkeznek információval a gyógyszerárakat illetően, mint a nők (5,9 százalék). A nők 49,0 százaléka, a férfiaknak pedig 38,3 százaléka ítéli nem megfizethetőnek a gyógyszereket. A megfizethetőség oldalán hasonlóak az arányok: a férfiaknál 43,5, a nőknél 43,8 százalék. Ugyanakkor megjegyzendő, hogy ezen belül a férfiak körében (10,8 százalék) magasabb a teljes mértékben megfizethető válaszok aránya, mint a nőknél (6,4 százalék). A gyógyszereket leginkább a 40-49 éves korosztály (52,6 százalék) gondolja megfizethetőnek. A diplomások körében jelentősen kevesebben (29,9 százalék) gondolják nem megfizethetőnek a gyógyszereket, mint a többi végzettségi szint esetén: a maximum 8 általánossal rendelkezőknél ez az arány 49,9, középfokú végzettségnél 46,6, érettségivel 46,9 százalék. Ugyanakkor a diplomások körében a legmagasabb (13,7 százalék) azok aránya, akik nem rendelkeznek információval a gyógyszerárakkal kapcsolatban. Ez a többi végzettségi szint tekintetében a következőképp alakult: az alapfokú végzettségűek körében 6,4, középfok és érettségi esetén pedig 12,3–12,3 százalék

A megkérdezettek többségének (72,2 százalék) nem volt az utóbbi két évben az átlagosnál nagyobb volumenű egészségügyi kiadása. 13,2 százaléknak volt olyan gyógyszerre vagy gyógyászati segédeszközre, 8,4 százaléknak vizsgálat költségére,

1,8-1,8 százaléknak speciális diétára, illetve rehabilitációra, 5,2 százaléknak kórházi kezelésre, 7,1 százaléknak műtetre, 3,8 százaléknak pedig szűrővizsgálatra fordított kiadása, amely meghaladta a szokásos havi kereteket.

34. ÁBRA: VOLT-E AZ UTÓBBI 2 ÉVBEN NAGYOBB, EGÉSZSÉGGEL KAPCSOLATOS KIADÁSA, AMELY MEGHALADTA A SZOKÁSOS HAVI KIADÁSOK KERETEIT? (SZÁZALÉK)



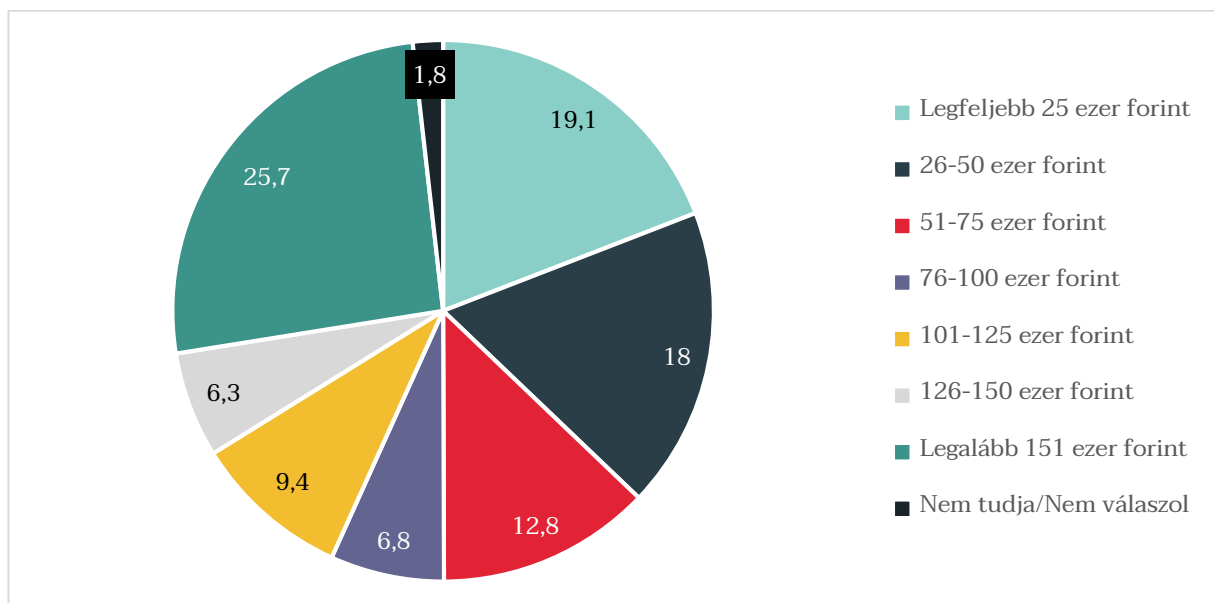
Forrás: Magyar Gazdaságkutató-felmérés

Az átlagostól eltérő, annál nagyobb gyógyszer-, illetve gyógyászati segédeszköz-kiadása jellemzően a nőknek (16,6 százalék), a 30-39 év közöttieknek (15,9 százalék), az alapfokú végzettséggel rendelkezőknek, valamint a városokban élőknek (14,5-14,5 százalék) volt. Vizsgálat költségének fedezésére leginkább a nőknek (10,5 százalék), a 18-29 év közöttieknek (12,4 százalék), az érettségizetteknek (11,6 százalék), illetve a budapestieknek (13,0 százalék) voltak a szokásos havi keretet meghaladó kiadásaik. Speciális diétát érintő, az átlagosnál nagyobb ráfordítása legnagyobb arányban szintén a nőknek (2,9 százalék), a 30-39 éves korosztálynak (3,8 százalék), az érettségizetteknek (3,2 százalék), továbbá a budapestieknek (3,1 százalék) volt. A szokásos havi kiadásokon felüli, rehabilitációra történő ráfordítása elsősorban a nőknek (2,2 százalék), az 50-59 év közöttieknek (2,3 százalék), a maximum 8 általánost végzetteknek (2,2 százalék) és a kistelepüléseken élőknek (2,3 százalék) volt. Kórházi kezelésre fordított, az

átlagosnál nagyobb mértékű kiadása jellemzően a nőknek (7,0 százalék), az 50-59 éves korosztálynak (6,8 százalék), a maximum 8 általános végzettséggel rendelkezőknek, valamint a községekben, falvakban, tanyákon élőknek (7,3-7,3 százalék) volt. Műtetre legnagyobb arányban a nőknek (8,9 százalék), a 30-39 év közöttieknek (10,3 százalék), az érettségizetteknek (7,5 százalék), illetve a budapestieknek (10,5 százalék) kellett a havi kiadásaikat meghaladó összegben fordítani az utóbbi két évben. A szokásos havi keretet túllépő mértékben leginkább a nők (5,7 százalék), a 18-29 év közöttiek (6,6 százalék), a diplomások (6,2 százalék), továbbá a budapestiek (7,1 százalék) fordítottak szűrővizsgálatokra. Egyéb egészséggel kapcsolatos, az átlagoson felüli kiadást senki nem adott meg.

Azon válaszadók 25,7 százaléka esetén, akiknek volt az elmúlt két évben a szokásos havi kereteket meghaladó egészségügyi kiadása, ez az összeg legalább 151 ezer forint volt. 19,1 százalékuk szerint legfeljebb 25 ezer forint, 18,0 százalékuknál 26-50 ezer forint, 12,8 százalékuknál 51-75 ezer forint, 6,8 százalékuknál 76-100 ezer forint, 9,4 százalékuknál 101-125 ezer forint, 6,3 százalékuknál pedig 126-150 ezer forint értékűek voltak ezek a kiadások együttléve.

35. ÁBRA: ÖSSZESEN Mekkora ÖSSZEGEK VOLTAK EZEK A KIADÁSOK EGYÜTLÉVE? (SZÁZALÉK)

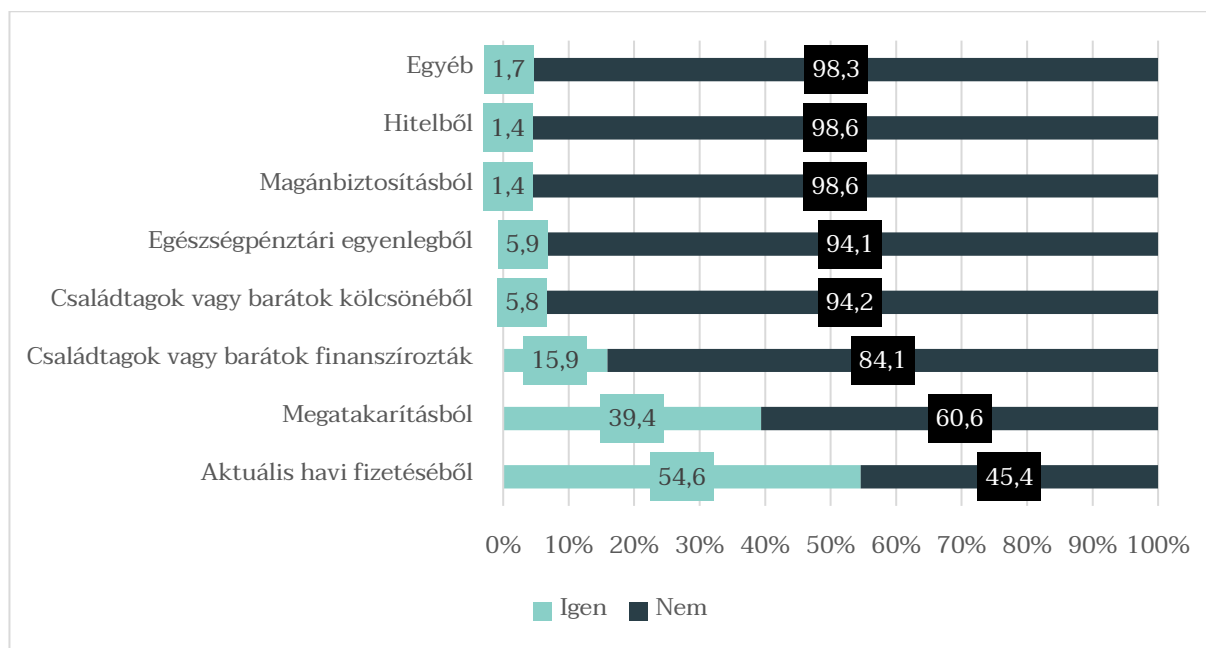


Forrás: Magyar Gazdaságkutató-felmérés

A férfiak jellemzően nagyobb összeget fordítottak ilyen átlagon felüli egészségügyi kiadásokra, 48,4 százalékuk esetén 100 ezer forint felett (ebből 31,2 százalék 151 ezer forint felett), a nőknél ez 37,9 százalék. A nők körülbelül fele (50,5 százalék) esetén 75 ezer forint alatt voltak ezek az egészségügyi kiadások. Legnagyobb arányban a 40-49 év közötti korosztály (43,0 százalék) fordított legalább 151 ezer forintot a szokásos havi kereteken felül egészséggel kapcsolatos kiadásra, de a 18-29 év felettek esetén is magas, 34,3 százalék. A 30-39 évesekre a 100 ezer forint alatti összeg (49,5 százalék), a 60 évnél idősebbekre az 50 ezer forint alatti (54,6 százalék) jellemző. Elmondható, hogy a végzettségi szint növekedésével nő a nagyobb volumenű kiadások aránya is. Míg a maximum 8 általánost végzettek 49,6 százaléka 50 ezer forint alatt költött az általános havi költségein felül egészséggel kapcsolatos termékre vagy szolgáltatásra, addig a diplomások körében közel ennyien (41,6 százalék) fordítottak erre 151 ezer forint feletti összeget. A középiskolai végzettséggel rendelkezők (érettségi nélkül) 49,0 százaléka 50 ezer forint alatt, 31,2 százaléka 50-150 ezer forint között, 18,0 százaléka pedig 151 ezer forint felett fordított a havi keretein felül egészségügyre. Az érettségizettek esetén ezek az arányok 37,6, 32,7, illetve 29,0 százalék. Az egyes településtípusok között nincsenek jelentős különbségek, Budapest esetén van csak érdemi eltérés. Míg a többi településtípus lakóinak 41-42 százaléka 50 ezer forint alatt, 33-38 százaléka 50-150 ezer forint között és 20-24 százaléka 151 ezer forint felett fordított az átlagosat meghaladó egészséggel kapcsolatos kiadásra, addig Budapest esetén ezek az arányok 19,7, 38,5, valamint 39,2 százalék.

A havi kereteket meghaladó, egészséggel kapcsolatos kiadásokat elsősorban az aktuális havi fizetésükből (54,6 százalék) finanszírozták az érintettek. Jellemző megoldás a megtakarítások (39,4 százalék) felhasználása, illetve a családtagok, barátok segítsége (15,9 százalék) is. 5,8 százalék a családtagok vagy barátok nyújtotta kölcsönből, 5,9 százalék egészségpénztári egyenlegéből, 1,4-1,4 százalék pedig magánbiztosításból, valamint hitelből oldotta meg a szükséges egészségügyi termék vagy szolgáltatás megvásárlását. Egyéb lehetőséget 1,7 százalék jelölt meg, melyek között ingatlanvagyon eladása és jövedelemkiegészítések (túlóra, segély) szerepeltek.

**36. ÁBRA: MILYEN FORRÁSBÓL FINANSZÍROZTA EZEKET A KIADÁSOKAT?
(SZÁZALÉK)**



Forrás: Magyar Gazdaságkutató-felmérés

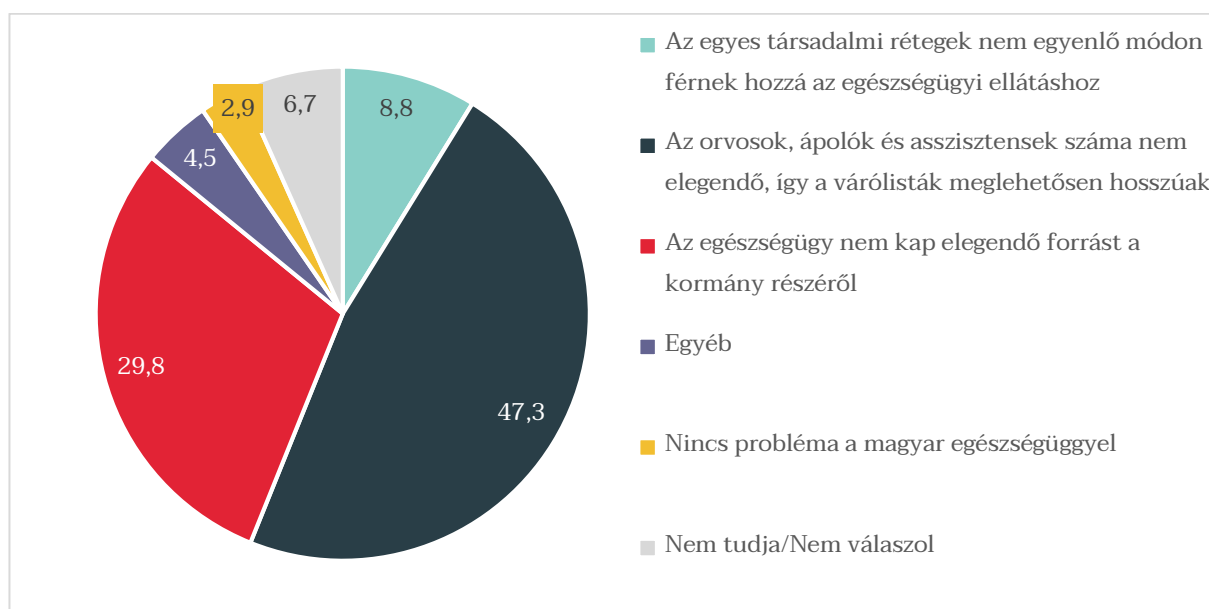
Az aktuális havi fizetésből történő finanszírozást elsősorban a férfiak (56,8 százalék), az 50-59 év közötti korosztály (64,0 százalék), a középfokú (érettségi nélkül) végzettséggel rendelkezők (63,6 százalék), valamint a városban élők (61,5 százalék) választották. A megtakarítások felhasználása a nőkre (41,5 százalék), a 30-39 évesekre (44,5 százalék), az érettségizettekre (48,7 százalék) és a budapestiekre (52,7 százalék) a legjellemzőbb. A családtagjai vagy barátai leginkább a nőknek (19,3 százalék), 60 évnél idősebbeknek (26,2 százalék), a maximum 8 általánost végzetteknek (35,2 százalék), továbbá a kistelepüléseken élőknek (22,3 százalék) segítettek a finanszírozásban. Családtagoktól vagy barátoktól kapott kölcsönből a férfiak (8,4 százalék), az 50-59 év közöttiek (11,2 százalék), az alacsony végzettséggel rendelkezők (9,5 százalék) és a budapestiek (10,3 százalék) oldották meg a kiadásaikat legnagyobb arányban. Egészségpénztári egyenlegüket főként a nők (6,0 százalék), a 30-39 évesek (10,4 százalék), a diplomások (22,0 százalék), illetve a megyeszékhelyeken élők (8,9 százalék) használták fel az átlagon felüli kiadásokra. A magánbiztosításból való finanszírozást elsősorban a férfiak (3,4 százalék), az 50-59 éves korosztály képviselői (3,7 százalék), az alacsony végzettségűek (2,2 százalék), valamint a

megyeszékhelyek lakosai (6,4 százalék) választották. Hitelt pedig legnagyobb arányban a nők (2,1 százalék), a 30-39 év közöttiek (5,4 százalék), a diplomások (4,6 százalék), továbbá a budapestiek (2,4 százalék) vettek fel a felmerült egészségügyi kiadások fedezésére.

4.3. Az egészségügyi ellátásban tapasztalt nehézségek

A megkérdezettek közel fele (47,3 százalék) szerint a hazai egészségügyben jelentkező legnagyobb nehézség a szakemberek hiánya az ágazatban (orvosok, ápolók, asszisztensek stb.), valamint az ebből következő hosszú várólisták. Ugyancsak jelenős arányban (29,8 százalék) vélik elsődleges problémának, hogy az egészségügy nem kap elegendő forrást a kormány részéről. További 8,8 százalék szerint az egyes társadalmi rétegek nem egyenlő módon férnek hozzá az egészségügyi ellátáshoz, 4,5 százalék pedig egyéb szempontot adott meg. Ezek jellemzően az ellátás minőségének romlására, az egészségügyi dolgozók nem megfelelő attitűdjére, valamint az állami ellátási rendszer központi szervezetlenségére irányultak. Mindössze 2,9 százalék véli úgy, hogy nincsenek problémák a magyar egészségüggyel.

37. ÁBRA: ÖN SZERINT MI A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGY LEGNAGYOBB PROBLÉMÁJA? (SZÁZALÉK)

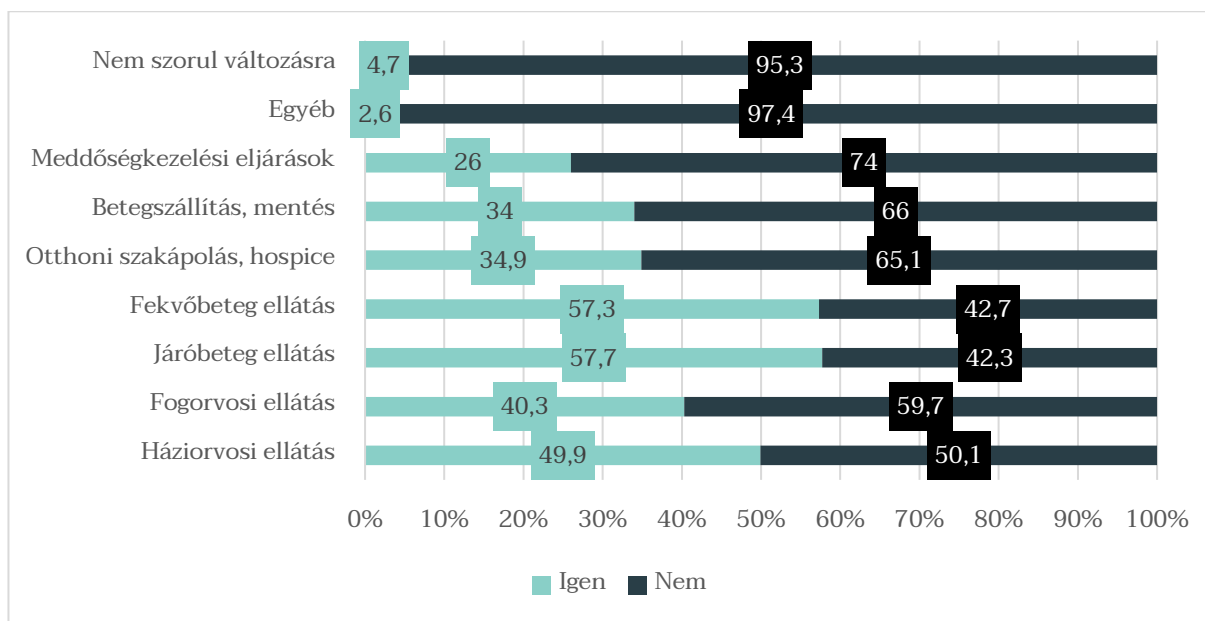


Forrás: Magyar Gazdaságkutató-felmérés

Az egyes társadalmi rétegek egyenlőtlen hozzáférését legnagyobb arányban a férfiak (11,0 százalék), a 40-49 éves korosztály (10,6 százalék), az alacsony végzettséggel rendelkezők (9,3 százalék), valamint a községek, falvak, tanyák lakosai (10,6 százalék) érzik problémának. A szakemberhiányt és a várólistákat elsősorban a nők (53,6 százalék), a 60 év feletti (52,7 százalék), az érettségivel rendelkezők (51,5 százalék), illetve a városban élők (49,1 százalék) jelölték meg. Az egészségügy nem megfelelő állami finanszírozását leginkább a férfiak (32,7 százalék), a 30-39 év közöttiek (34,1 százalék), a diplomások (42,7 százalék) és a budapestiek (41,3 százalék) hangsúlyozták. Továbbá, számottevőbb arányban a férfiak (3,8 százalék), a 60 évnél idősebbek (4,7 százalék), a maximum 8 általánost végzettek (6,3 százalék) és a megyeszékhelyen élők (3,7 százalék) gondolják úgy, hogy nincs probléma a magyar egészségüggyel.

A legtöbb megkérdezett szerint a járó- (57,7 százalék) és fekvőbeteg (57,3 százalék) ellátás szorulna változásra. Ugyanakkor jelentős arányban gondolják ezt a háziorvosi (49,9 százalék) és a fogorvosi (40,3 százalék) ellátásról, az otthoni szakápolásról (34,9 százalék), a betegszállításról (34,0 százalék), valamint a meddőségkezelési eljárásokról (26,0 százalék) is. Egyéb területet 2,6 százalékuk jelölt meg, melyek között leggyakrabban a sürgősségi ellátás, az infrastruktúra, a gyermekorvosi ellátás, valamint egyes szakorvosi területek (onkológia, szülészet-nőgyógyászat, radiológia, pszichiátria) fejlesztésének igény fogalmazódott meg. Továbbá, mindössze 4,7 százalék szerint nem szorul változásra a hazai egészségügy.

38. ÁBRA: ÖN SZERINT A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGY MELY TERÜLETEI SZORULNAK VÁLTOZÁSRA? (SZÁZALÉK)

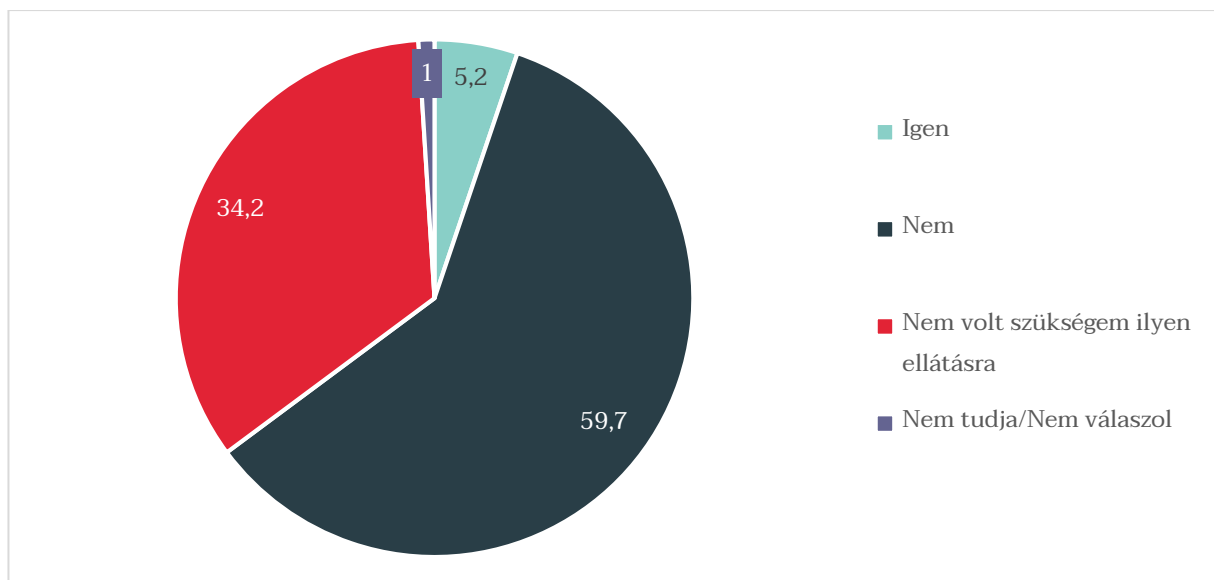


Forrás: Magyar Gazdaságkutató-felmérés

A háziiorvosi ellátást az egyes demográfiai csoportok igen hasonló arányban tartják változásra szorulóknak, de leginkább a férfiak (50,3 százalék), a 40-49 év közöttiek (54,9 százalék), akiknek érettségi a legmagasabb iskolai végzettsége (54,6 százalék), valamint a fővárosiak (61,6 százalék) gondolják így. A fogorvosi ellátást szintén ezek a csoportok jelölték meg elsősorban, 40,7, 48,5, 47,2, illetve 50,0 százalékos arányban. A járóbeteg ellátásban jellemzően a nők (59,9 százalék), a 30-39 év közöttiek (66,0 százalék), a diplomások (72,1 százalék), illetve a budapestiek (70,6 százalék) eszközölnének változásokat. A fekvőbeteg ellátás esetében a férfiak (58,6 százalék), valamint ugyancsak a 30-39 éves korosztály (72,9 százalék), a felsőfokú végzettséggel rendelkezők (72,4 százalék) és a fővárosban lakók (67,1 százalék) véli szükségesnek a változást. Az otthoni szakápolás, hospice területét leginkább a férfiak (36,2 százalék), a 40-49 év közöttiek (45,9 százalék), a diplomások (51,6 százalék), illetve a budapestiek (48,9 százalék) emelték ki. A meddőségkezelési eljárásokat is ezen csoportba tartozók említették leginkább, 26,9, 35,6, 39,5 és 36,8 százalékos arányban. A betegszállítás, mentés jellemzően a férfiak (34,9 százalék), a 30-39 év közöttiek (42,4 százalék), a felsőfokú végzettségűek (41,9 százalék), valamint a fővárosiak (49,0 százalék) szerint szorulna változásra. Továbbá, elsősorban a férfiak

(5,5 százalék), a 18-29 év közöttiek (7,6 százalék), a maximum 8 általánost végzettek (10,8 százalék), illetve a községekben, falvakban, tanyákon élők (5,7 százalék) gondolják úgy, hogy nincs szükség változásra az egészségügyben.

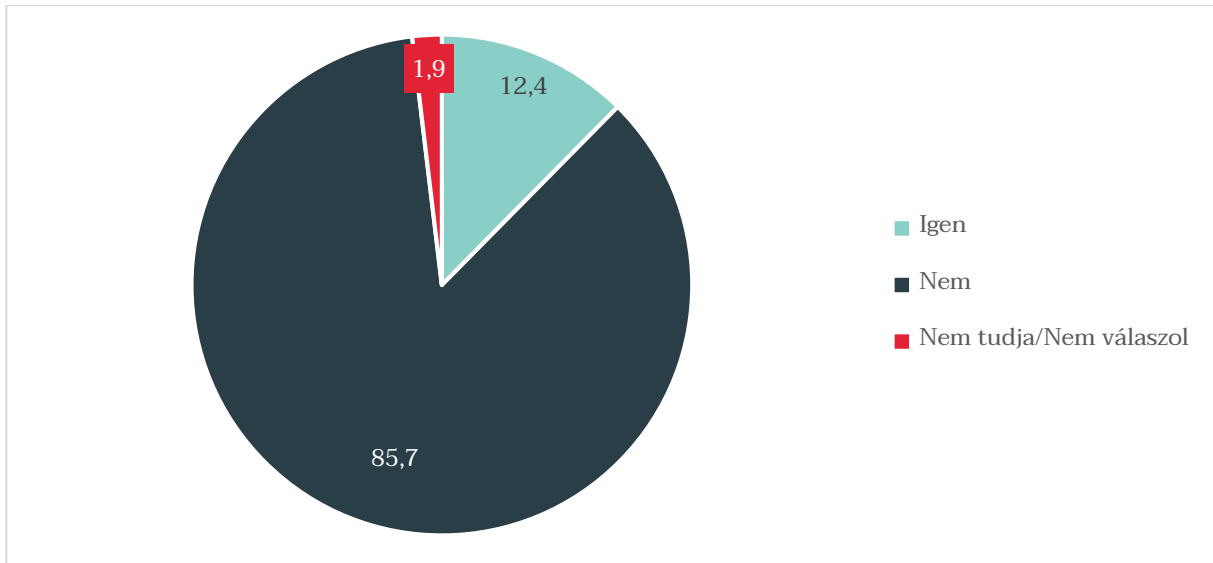
39. ÁBRA: AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS SORÁN VOLT-E RÁ PÉLDA AZ ELMÚLT 2 ÉVBEN, HOGY SZÜKSÉGES VIZIT, BEAVATKOZÁS ÉS/VAGY GYÓGYSZER KIVÁLTÁSA ELMARADT UTAZÁSI NEHÉZSÉGEK MIATT? (SZÁZALÉK)



Forrás: Magyar Gazdaságkutató-felmérés

A megkérdezettek 5,2 százalékának esetében volt rá példa az utóbbi 2 évben, hogy egy szükséges orvoslátogatás és/vagy gyógyszer kiváltása elmaradt utazási nehézségek miatt. 59,7 százalékukkal nem történt ilyen eset, 34,2 százalékuk pedig nem volt szüksége ellátásra. A megfelelő ellátást ellehetetlenítő utazási nehézségek elsősorban a nőket (5,7 százalék), az 50-59 éves korosztály tagjait (7,5 százalék), az alapfokú végzettségűeket (10,6 százalék), valamint a városban élőket (6,4 százalék) érintették leginkább.

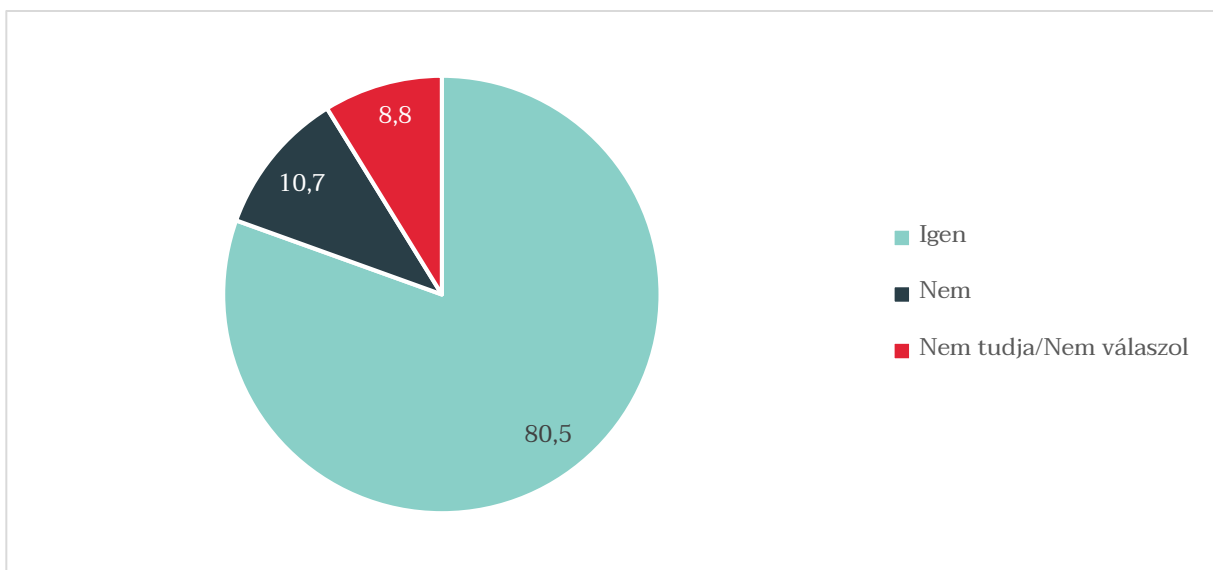
40. ÁBRA: AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS SORÁN VOLT-E RÁ PÉLDA AZ ELMÚLT 2 ÉVBEN, HOGY SZÜKSÉGES VIZIT, BEAVATKOZÁS ÉS/VAGY GYÓGYSZER KIVÁLTÁSA ELMARADT MAGAS KÖLTSÉGEK MIATT? (SZÁZALÉK)



Forrás: Magyar Gazdaságkutató-felmérés

A magas költségek miatt a válaszadók 12,4 százalékában volt példa arra az elmúlt két évben, hogy szükséges orvosi ellátás és/vagy gyógyszer kiváltása elmaradt. Ez a probléma leginkább a nőket (14,9 százalék), a 30-39 év közöttieket (14,1 százalék), a maximum 8 általánost végzetteket (17,6 százalék), illetve a budapestieket (14,5 százalék) érintette.

41. ÁBRA: ÖN SZERINT SZÜKSÉG VAN-E AZ EGÉSZSÉGÜGY FINANSZÍROZÁSÁNAK ÁTALAKÍTÁSÁRA? (SZÁZALÉK)

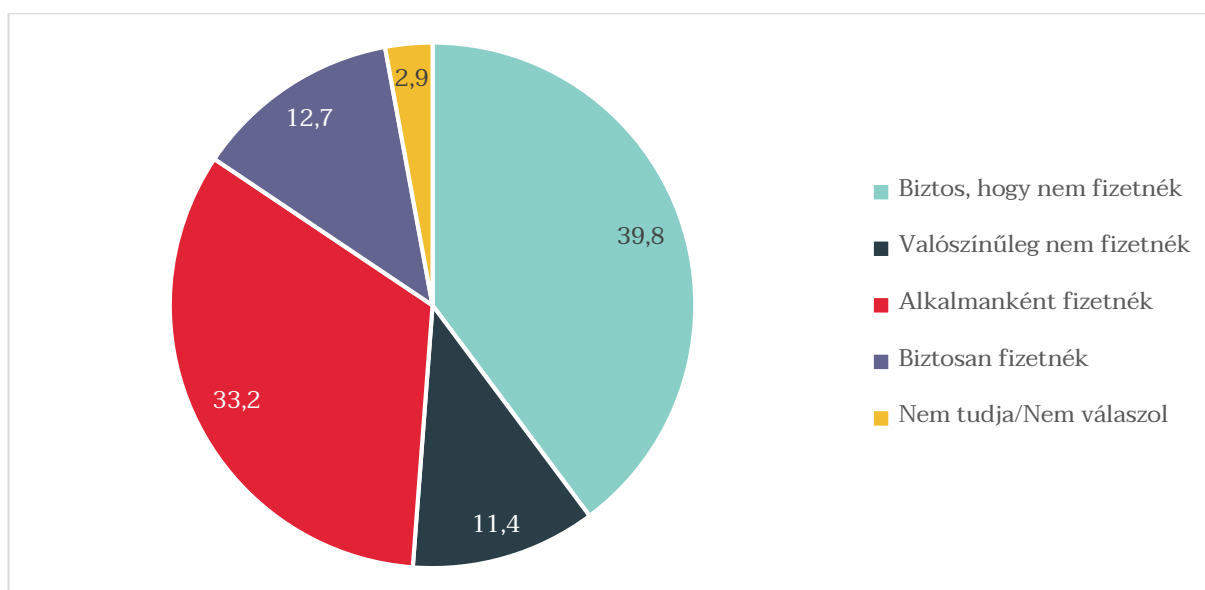


Forrás: Magyar Gazdaságkutató-felmérés

A közvélemény-kutatásban részt vevők jelentős többsége, 80,5 százaléka szerint szükséges lenne az egészségügy finanszírozásának újragondolása. Az átalakítást hasonló arányban vélik időszerűnek az egyes demográfiai csoportok. Legtöbben a nők (82,9 százalék), a 60 éven felüliek (82,6 százalék), akiknek érettségi a legmagasabb iskolai végzettségük (85,6 százalék), továbbá a fővárosban élők (87,0 százalék) körében gondolják úgy, hogy szükség van az egészségügy finanszírozásának átalakítására.

A közvélemény-kutatásunk eredményei alapján, a többség nem lenne hajlandó a társadalombiztosításon felül fizetni a jobb ellátás érdekében az állami intézményekben. A megkérdezettek 39,8 százaléka biztosan nem, 11,4 százalék pedig valószínűleg nem fizetne. 33,2 százalék válaszolta azt, hogy alkalmanként hajlandó lenne fizetni a jobb ellátás érdekében, 12,7 százalék pedig biztosan fizetne.

42. ÁBRA: A JOBB EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS ÉRDEKÉBEN MENNYIRE LENNE HAJLANDÓ A TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSON FELÜL DÍJAT FIZETNI AZ ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEKBE? (SZÁZALÉK)



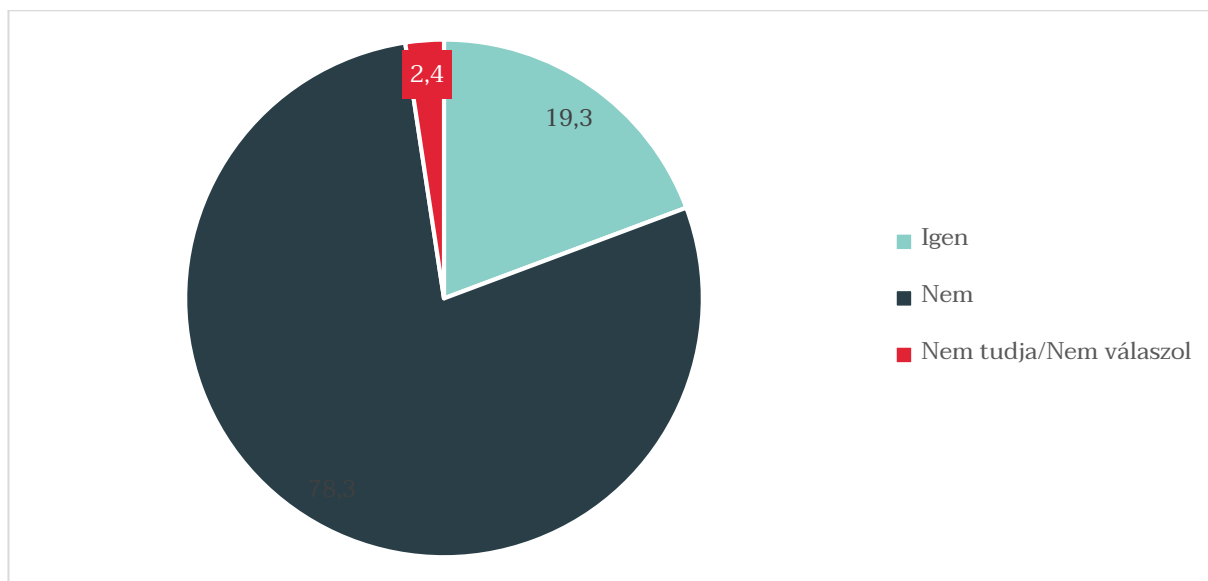
Forrás: Magyar Gazdaságkutató-felmérés

A férfiak valamivel nagyobb fizetési hajlandóságot mutatnak a nőknél: a férfiak körében 48,0 százalék fizetne – biztosan vagy alkalmanként – a tb-n felüli díjat, míg a nőknél ez 44,1 százalék. Megfigyelhető, hogy az életkor növekedésével egyre kevésbé fizetnének az emberek kiegészítő díjat az állami egészségügyért.

Míg a 18-29 év közöttiek 54,6, a 30-39 éves korosztálynak pedig 55,3 százaléka fizetne legalább alkalmanként a társadalombiztosításon felül is, addig ez a 60 éven felüliek esetén 38,0 százalékra csökken. Hasonló tendencia figyelhető meg a végzettségi szintek, illetve az egyes településtípusok esetén is. A végzettségi szint, illetve a lakóhely méretének növekedésével jellemzően nő azok aránya, akik hajlandóak lennének a társadalombiztosításon felül is fizetni a jobb állami ellátásért. Míg a maximum 8 általánost végzettek 38,2 százaléka lenne hajlandó legalább alkalmanként kiegészítő díjat fizetni az egészségügyben, addig a diplomások körében ez 59,2 százalék. A településtípusokat tekintve, a községek, falvak, tanyák lakosainak 43,7 százaléka, míg a Budapesten élők 49,5 százaléka fizetne.

4.4. Hálapénz

43. ÁBRA: ADOTT-E ÖN AZ ELMÚLT 5 ÉVBEN HÁLAPÉNZT EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓNAK? (SZÁZALÉK)

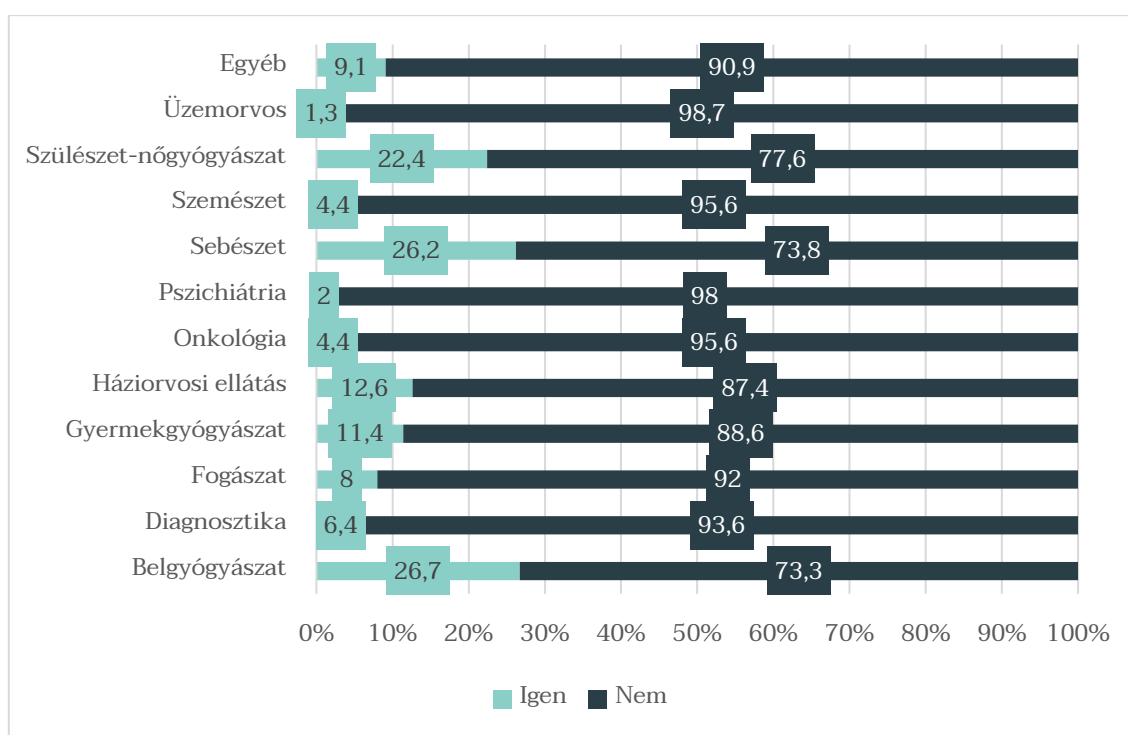


Forrás: Magyar Gazdaságkutató-felmérés

A kutatásban részt vevők közel ötöde (19,3 százalék) adott hálapénzt egészségügyi dolgozónak az elmúlt 5 évben. Az egyes demográfiai csoportok közti megoszlás hasonló mintázatokat mutat, de leginkább a nők (21,2 százalék), a 30-39 év közöttiek (24,2 százalék), a diplomások (21,4 százalék), valamint a fővárosiak (21,8 százalék) éltek a hálapénz intézményével.

Elsősorban a belgyógyászat (26,7 százalék), a sebészet (26,2 százalék), valamint a szüléset-nőgyógyászat (22,4 százalék) területén adtak az emberek hálapénzt az egészségügyi dolgozóknak. A háziiorvosi ellátásban a megkérdezettek 12,6, a gyermekgyógyászat területén 11,4, fogászati ellátásban 8,0, onkológián és szemészetben 4,4-4,4, pszichiátrián 2,0, üzemorvosnál pedig 1,3 százalék adott hálapénzt az elmúlt 5 évben. Egyéb gyógyászati területet 9,1 százalék jelölt meg: többen említették a reumatológiát, ortopédiát, sürgősségi ellátást, a fül-orr-gégészetet, illetve az urológiát is.

44. ÁBRA: MILYEN EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSI TERÜLETEN ADOTT HÁLAPÉNZT EGÉSZSÉGÜGYI FOGLALKOZTATOTTNAK? (SZÁZALÉK)



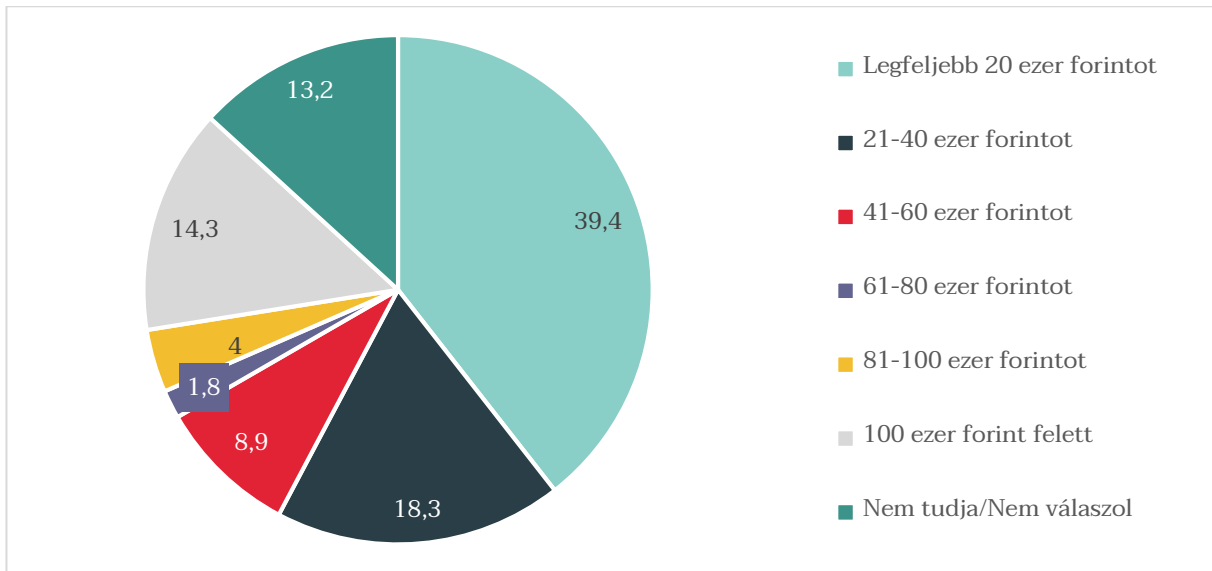
Forrás: Magyar Gazdaságkutató-felmérés

Belgyógyászatban elsősorban a férfiak (29,1 százalék), a 40-49 év közöttiek (37,6 százalék), a középfokú (érettségi nélkül) végzettségűek (33,6 százalék), illetve a megyeszékhelyen élők (29,7 százalék) adtak hálapénzt. A diagnosztika ellátási területén ez leginkább a férfiakra (7,1 százalék), a 30-39 éves korosztályra (10,2 százalék), a diplomásokra (14,2 százalék) és a megyeszékhelyek lakosaira (17,2 százalék) volt jellemző. Fogászatban legnagyobb arányban a férfiak (9,2 százalék), a 18-29 év közöttiek (27,5 százalék), a középfokú (érettségi nélkül) végzettségűek (10,0 százalék), illetve a megyeszékhelyen élők adtak hálapénzt. Ez

a gyermekgyógyászat területén ugyancsak a férfiakra (14,6 százalék) és a 18-29 év közöttiekre (25,8 százalék) jellemző, viszont inkább az alapfokú végzettségűek (16,4 százalék), valamint a községekben, falvakban, tanyákon élők (16,6 százalék) körében. A háziorvosi ellátásban a nők (15,9 százalék), a 18-29 éves korosztály (22,9 százalék), a diplomások (17,0 százalék), valamint a budapestiek (21,1 százalék) adtak legnagyobb arányban hálapénzt. Az onkológia területén ez elsősorban a nőkre (5,5 százalék), a 60 évnél idősebbekre (8,5 százalék), a középfokú (érettségi nélkül) végzettségűekre (8,4 százalék), illetve a megyeszékhelyeken élőkre (10,0 százalék) volt jellemző. Pszichiátrián leginkább a nők (3,5 százalék), az 50-59 év közöttiek (4,6 százalék), az alapfokú végzettségűek (3,5 százalék), továbbá a megyeszékhelyen lakók (7,4 százalék) esetén volt számottevőbb a hálapénz adása. Sebészeti dolgozónak elsősorban a férfiak (31,0 százalék), az 50-59 éves korosztály (36,2 százalék), az érettségizettek (33,1 százalék) és a budapestiek (34,4 százalék) adtak hálapénzt. Szemészet esetén ez leginkább a nőkre (6,1 százalék), a 18-29 év közöttiekre (7,3 százalék), az érettségizettek (6,5 százalék), illetve a fővárosiakra (10,8 százalék) volt jellemző. Szülészet-nőgyógyászat területén főként a nők (30,1 százalék), 30-39 évesek (49,9 százalék), a diplomások (36,7 százalék) és a kistélepüléseken élők (24,6 százalék) adtak hálapénzt. Üzemorvosnál pedig elsősorban a férfiak (1,4 százalék), a 18-29 év közöttiek (4,0 százalék), a diplomások (3,2 százalék), valamint a megyeszékhelyen élők (7,8 százalék) adtak hálapénzt.

A megkérdezettek legnagyobb arányban (39,4 százalék) egy év alatt 20 ezer forint alatti összegben adtak hálapénzt. 18,3 százalékuk 21-40 ezer forint között, 8,9 százalékuk 41-60 ezer forint között, 1,8 százalékuk 61-80 ezer forintot, 4,0 százalékuk 81-100 ezer forintot, 14,3 százalékuk pedig 100 ezer forint feletti összeget adott hálapénzként egy év alatt.

**45. ÁBRA: EGY ÉV ALATT HOZZÁVETŐLEGESEN MENNYI HÁLAPÉNZT ADOTT?
(SZÁZALÉK)**



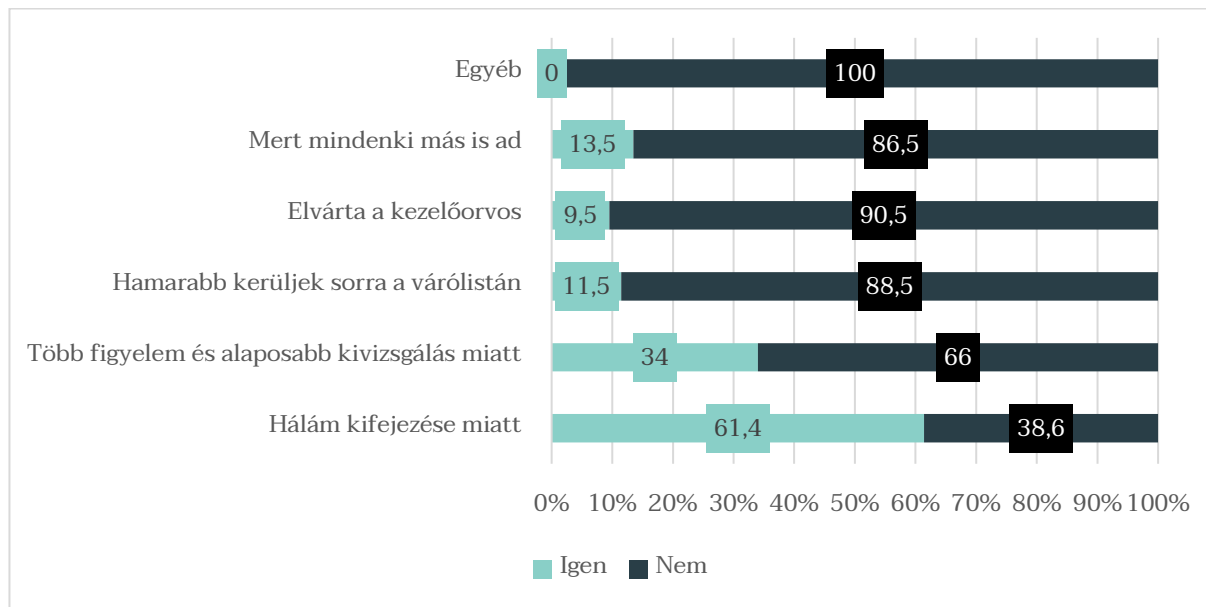
Forrás: Magyar Gazdaságkutató-felmérés

A nők átlagosan nagyobb összegű hálapénzt adtak. Esetükben 69,7 százalék adott 100 ezer forint alatt, illetve 14,8 százalék afölött, míg a férfiaknál ezek az arányok 76,4, valamint 13,7 százalék. A válaszok megoszlása alapján elmondható, hogy a fiatalabb korosztályok több hálapénzt adnak. Míg a 18-29 év közöttiek 69,0 százaléka hozzávetőlegesen 100 ezer forint alatti, 23,6 százaléka pedig afölötti összeget adott egy év alatt. A 60 év felettek esetén ezek arányok 76,6, illetve 12,2 százalék voltak. A végzettségi szint növekedésével jellemzően nő az egy év alatt adott hálapénz összege. Míg a maximum 8 általánost végzettek 75,2 százaléka 100 ezer forint alatti, 15,8 százaléka pedig afölötti összegben adott hálapénzt, addig a diplomások esetén ez 66,1, illetve 19,7 százalék. A legkevesebb hálapénzt a városban élők adják: 82,8 százaléuk 100 ezer forint alatti, és csupán 9,7 százaléuk afölötti összeget adott egy év alatt. A legnagyobb összeget jellemzően a megyeszékhelyeken élők adták: 65,5 százaléuk 100 ezer forint alatt, 21,0 százaléuk pedig afölött.

Az utóbbi években hálapénzt adó megkérdezettek 61,4 százaléka a hála kifejezésére választotta ezt az eszközt. 34,0 százalék több figyelem és alaposabb kivizsgálás reményében, 11,5 a várólistán való hamarabb sorra kerülés miatt adott hálapénzt. További 9,5 százalék azért, mert elvárta a kezelőorvos, 13,5 százalék

pedig arra hivatkozott, hogy mindenki más is ad. Egyéb lehetőséget senki nem adott meg.

46. ÁBRA: ÖN MIÉRT ADOTT HÁLAPÉNZT LEGUTOLSÓ ALKALOMMAL EGÉSZSÉGÜGYI FOGLALKOZTATOTTNAK? (SZÁZALÉK)



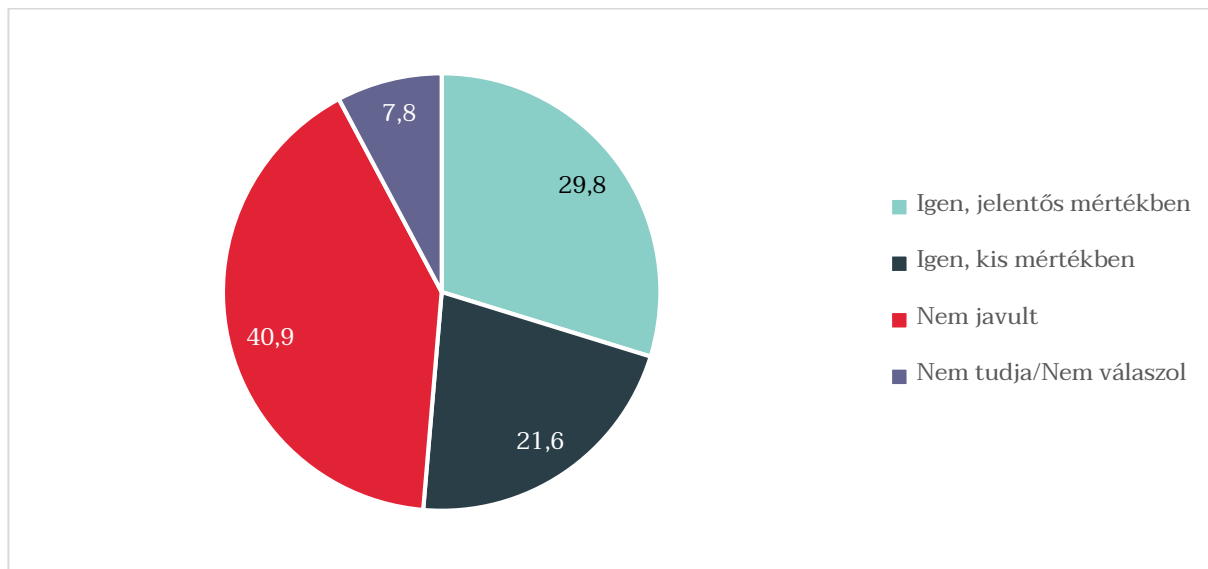
Forrás: Magyar Gazdaságkutató-felmérés

Leginkább a nők (63,3 százalék), az 50-59 év közöttiek (72,4 százalék), az alapfokú végzettségűek (75,1 százalék), valamint a városban élők adtak hálapénzt hálájuk kifejezése miatt. Több figyelem és alaposabb kivizsgálás reményében elsősorban nők (36,1 százalék), a 18-29 éves korosztály (47,7 százalék), a középfokú (érettségi nélkül) végzettséggel rendelkezők (40,9 százalék), illetve a kistelepüléseken élők (36,6 százalék) adtak hálapénzt. A várólistán való mielőbbi sorra kerülés célja főként a férfiakra (13,0 százalék), a 60 évnél idősebbekre (15,2 százalék), az érettségizettekre (15,8 százalék) és a fővárosiakra (17,8 százalék) volt jellemző. A kezelőorvos elvárásai miatt legnagyobb arányban a nők (10,5 százalék), a 40-49 év közöttiek és a diplomások (15,5-15,5 százalék), valamint a községekben, falvakban, tanyákon élők (12,9 százalék) adtak hálapénzt. Azzal, hogy mindenki más is ad, leginkább a nők (15,0 százalék), a 18-29 év közöttiek (19,8 százalék), az érettségizettek (15,4 százalék), továbbá a kistelepüléseken lakók (22,2 százalék) indokoltak.

Az utóbbi években hálapénzt adók 29,8 százaléka szerint a legutolsó alkalommal jelentősen javult a kapott ellátás a juttatás következményeként. 21,6 százalék

szerint kis mértékben, 40,9 százalék szerint pedig nem javult a kapott egészségügyi szolgáltatás.

47. ÁBRA: LEGUTOLSÓ ALKALOMMAL A HÁLAPÉNZ KÖVETKEZMÉNYEKÉNT JAVULT-E AZ ÖN EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSA? (SZÁZALÉK)



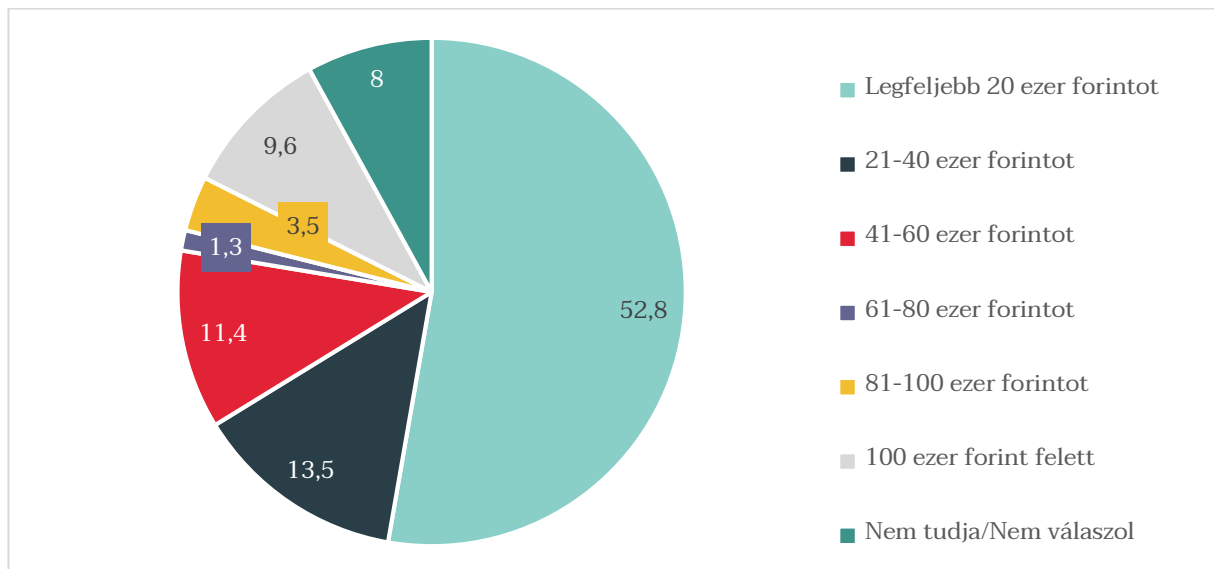
Forrás: Magyar Gazdaságkutató-felmérés

A férfiak (38,8 százalék) és a nők (42,3 százalék) egyaránt azt tapasztalták leginkább, hogy nem kaptak jobb ellátást a hálapénz következményeként. A fiatalabb korosztályok nagyobb arányban tapasztalták a szolgáltatás minőségének javulását, mint az idősebbek. A 18-29 év közöttiek körében 66,4, a 30-39 éveseknél 59,5, a 40-49 éveseknél 49,5, az 50-59 éveseknél 50,1, a 60 évnél idősebbek esetén pedig 37,2 százalék szerint javult legalább kis mértékben az ellátás. A végzettségi szint növekedésével az adott demográfiai csoport nagyobb hányada tapasztalt javulást: ez a maximum 8 általános esetén 50,1, középfoknál (érettségi nélkül) 42,9, érettségivel 53,2, diplománál pedig 56,3 százalékot jelent. Településméret tekintetében nem látszik egyértelmű tendencia. A fővárosiak 60,0, a megyeszékhelyen élők 38,3, a városi lakosok 47,2, valamint a kistélepüléseken élők 58,9 százaléka tapasztalt legalább kis mértékben jobb ellátást a hálapénz hatására.

A hálapénzt adó megkérdezettek 52,8 százaléka hozzávetőleg legfeljebb 20 ezer fontot adott a legutolsó alkalommal. 13,5 százalék 21-40 ezer,

11,4 százalék 41-60 ezer, 1,3 százalék 61-80 ezer, 3,5 százalék 81-100 ezer, 9,6 százalék pedig 100 ezer forint feletti összeget adott.

48. ÁBRA: A LEGUTOLSÓ ALKALOMMAL HOZZÁVETŐLEG MEKKORA ÖSSZEGET KÖLTÖTT HÁLAPÉNZRE? (SZÁZALÉK)



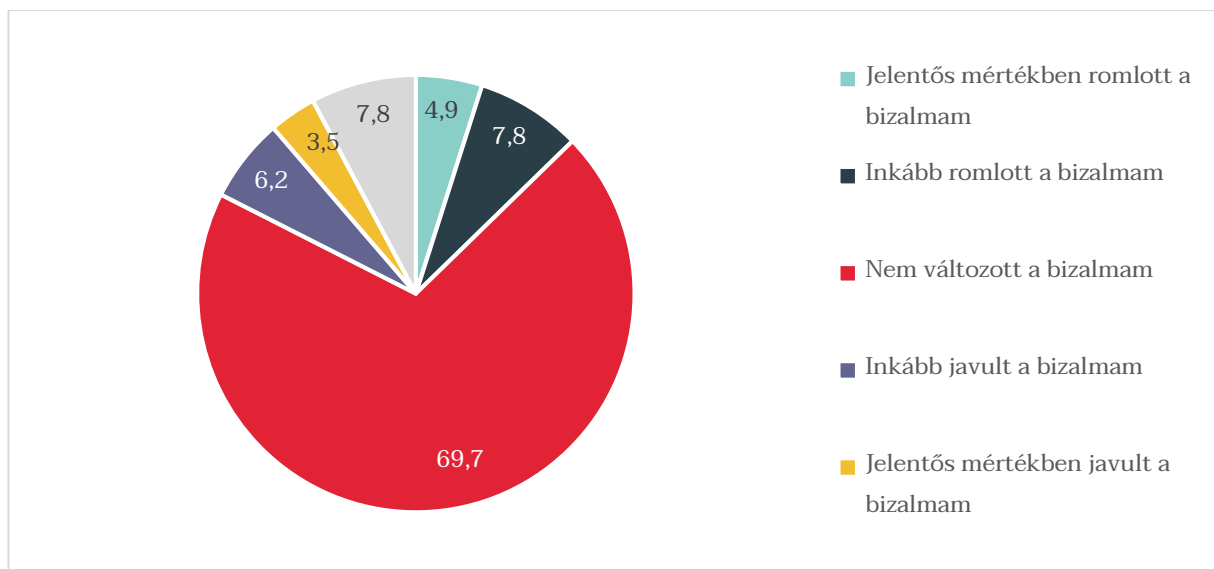
Forrás: Magyar Gazdaságkutató-felmérés

A nők minimálisan nagyobb arányban adtak a legutolsó alkalommal 100 ezer forint alatti összeget (83,3 százalék), mint a férfiak (81,3 százalék). Az egyes korosztályok közül a 60 évnél idősebbek (86,3 százalék), valamint a 18-28 év közöttiek (84,3 százalék) körében adtak legtöbbször 100 ezer forint alatti hálapénzt. Az e fölötti összeg elsősorban a 30-39 év közöttiekre (14,6 százalék) volt jellemző. Végzettségi szintek szerint megfigyelhető, hogy leginkább az alap- (11,9 százalék) és felsőfokú (13,4 százalék) képesítéssel rendelkezők adtak 100 ezer forintnál nagyobb összegű hálapénzt a legutolsó ilyen alkalommal. Ugyanakkor a maximum 8 általános végzettségűek körében volt legmagasabb a 20 ezer forint alatti összeg aránya (61,8 százalék), amelyet a középfokú végzettség (érettségivel és anélkül) követ 58,8-58,8 százalékkal. Településtípus tekintetében, a budapestiek körében adtak legkevesebbször (6,5 százalék) 100 ezer forint feletti hálapénzt, míg legtöbbször a megyeszékhelyen élők (11,6 százalék) közül. Legfeljebb 20 ezer forint hálapénzt a kistérségeken élők adták legnagyobb arányban (55,1 százalék).

A közvélemény-kutatásban részt vevők 69,7 százalékának nem változott az állami egészségügyi ellátással kapcsolatos bizalma a hálapénz kivezetésének

következtében. 4,9 százaléknak jelentős mértékben romlott, 7,8 százaléknak inkább romlott, 6,2 százaléknak inkább javult, további 3,5 százaléknak pedig jelentősen javult a bizalma.

49. ÁBRA: HOGYAN VÁLTOZOTT A BIZALMA AZ ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSSAL KAPCSOLATBAN A HÁLAPÉNZ 2021. JANUÁR 1-JEI KIVEZETÉSÉNEK KÖVETKEZTÉBEN? (SZÁZALÉK)



Forrás: Magyar Gazdaságkutató-felmérés

A nők 73,5, míg a férfiak 65,4 százalékanak nem változott az állami ellátás iránti bizalma a hálapénz kivezetése miatt. A nők esetén 12,6 százaléknak romlott, míg 7,6 százaléknak nőtt a bizalma. A férfiak körében ezek az arányok 13,1, illetve 12,2 százalék volt. A fiatalabb korosztályoknak jelentősebb mértékben gyengült a bizalma a hálapénz kivezetése után. A 18-29 éveseknek a 16,3, a 30-39 éveseknek a 19,2, a 40-49 éveseknek a 10,7, az 50-59 év közöttieknek a 10,6, valamint a 60 év feletteknek a 9,7 százaléka gondolja úgy, hogy csökkent az állami egészségügybe vetett bizalma az intézkedés következtében. Az alacsonyabb végzettségűek körében többen vélik úgy, hogy romlott a bizalmuk a hálapénz betiltása óta. A maximum 8 általánost végzetek 17,5 százaléka gondolja így, míg a diplomások esetén az arány már csak 9,7 százalék. A felsőfokú képzéssel rendelkezők körében volt a leginkább pozitív a hálapénz kivezetésének megítélése: 13,3 százaléknak javult ezáltal az állami egészségügy iránti bizalma. A településméret csökkenésével jellemzően egyre nagyobb arányú a bizalom

megromlása: a budapestiek esetén 12,2, a megyeszékhelyen élőkénél 7,8, a városiaknál 13,7, a kistelepülések lakosai körében pedig 15,0 százalék.

5. Nemzetközi kitekintés

Egy ország egészségügyi rendszere sok tényezőtől (társadalmi, történelmi, kulturális, gazdasági stb.) tényezőtől függ. Az egyes országokban az egészségügyi rendszerek eltérően működnek. Ebben a részben az egészségügyi rendszereket tekintjük át az uniós országokban és az Egyesült Államok esetében.

Az egészségügyi kiadások nemzetközi összehasonlíthatóságához a keretrendszert a System of Health Accounts (SHA, Egészségügyi Számlák rendszere) és az International Classification for Health Accounts (ICHA, Egészségügyi számlák nemzetközi osztályozása) adja. Az ICHA meghatározza a finanszírozási rendszereket (ICHA-HF), a funkciókat (ICHA-HC), a szolgáltatókat (ICHA-HP, illetve a finanszírozási konstrukciók bevételeit (ICHA-FS). Az SHA és a System of National Account (SNA, Nemzeti Számlarendszer) között konzisztens kapcsolat van.¹¹

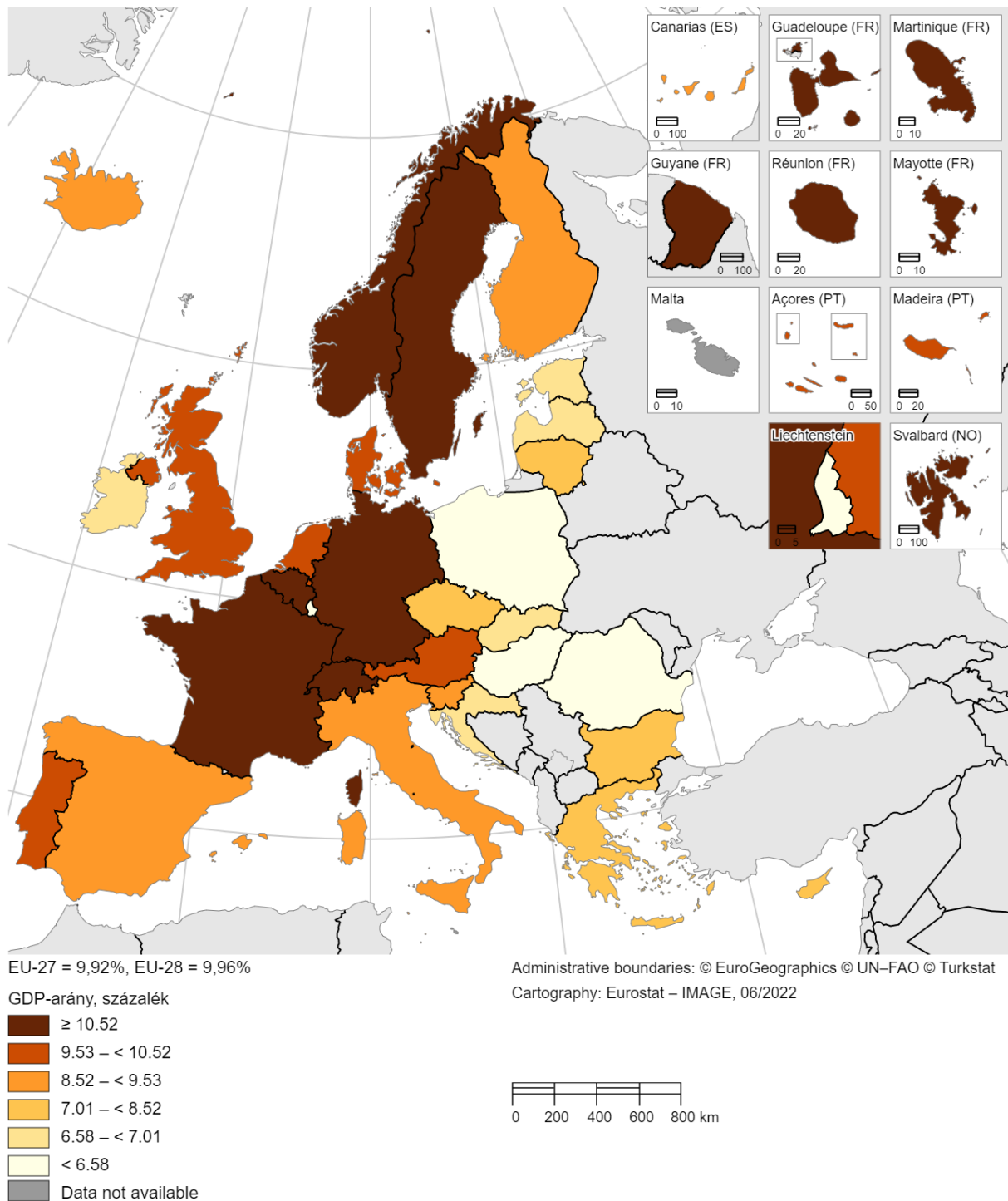
2019-ben uniós szinten (EU-27) a GDP 9,92 százalékát fordították az egészségügyi kiadásokra. Az uniós átlagot meghaladóan az egyes uniós országok közül az egészségügyi kiadások GDP-n belüli aránya Németországban volt a legmagasabb, mivel a GDP 11,70 százalékát fordították az egészségügyi kiadásokra. Őket követte Franciaország (11,06 százalék), Svédország (10,87 százalék), Belgium (10,66 százalék), Hollandia (10,17 százalék), illetve Dánia (9,96 százalék). A V4 országok közül Csehország a GDP-jének a 7,83 százalékát fordította az egészségügyi kiadásokra. Ezt követte Szlovákia 6,96 százalékkal, Lengyelország 6,45 százalékkal, illetve Magyarország 6,35 százalékkal. Az uniós országok közül Románia és Luxemburg volt, aki a legkevesebbet költött az egészségügyre. Románia a GDP-jének az 5,74 százalékát, Luxemburg pedig 5,37 százalékát fordította az egészségügyi kiadások fedezésére.

¹¹ Eurostat egészségügyi kiadások módszertani leírása/3.pont. elérése: https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth_sha11_esms.htm (2022.06.14)

50. ÁBRA: EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK AZ UNIÓS ORSZÁGOKBAN, 2019, GDP

Egészségügyi kiadások a GDP-arányában, 2019.

Az összes finanszírozási forrás szerint

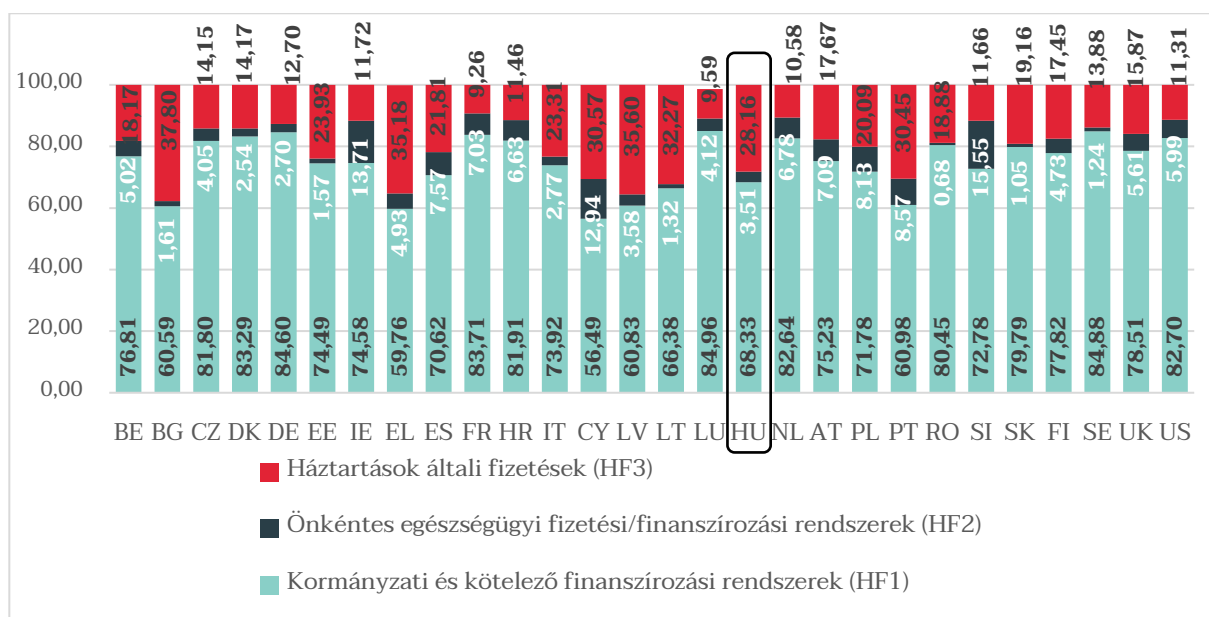


Forrás: Eurostat (Adatbázis kód:hlth_sha11_hf)

Forrás: Magyar Gazdaságkutató-szerkesztés, Eurostat „Health care expenditure” adatbázis (hlth_sha11_hf) (2022.06.14)

Az egészségügyi kiadások finanszírozásának három fő forrása van, kormányzati kifizetések, egészségügyi finanszírozási rendszerek, illetve a háztartások kiadásai (out-of-pocket). A GDP-ben kifejezett egészségügyi kiadásoknak a kifizetés szerinti megbontása más rangsort eredményez. Míg Luxemburg GDP arányosan a legkevesebb költött az egészségügyre, addig a kifizetett egészségügyi kiadásokon belül a kormányzati kifizetés arányában (84,96 százalék) a második helyen állt 2019-ben. Az első helyen Norvégia áll 85,82 százalékos kormányzati hozzájárulással. A GDP-arányosan legtöbbet költő Németország a teljes egészségügyi kiadás 84,60 százalékát kormányzati forrásból biztosította. 2019-ben az egészségügyi kiadásokon belül a kormányzati kiadások aránya következőképpen alakult azokban az országokban, ahol a GDP-arányos egészségügyi kiadás meghaladta az uniós átlagot: Franciaország (83,71 százalék), Svédország (84,88 százalék), Belgium (76,81 százalék), Hollandia (82,64 százalék), Dánia (83,29 százalék). 2019-ben Belgium az egészségügyi kiadások GDP-arányos rangsorában a negyedik olyan ország volt, amely meghaladta az uniós átlagot. Ugyanakkor ebből a GDP-arányos egészségügyi kifizetésből a kormányzat 76,81 százalékban járult hozzá. A V4-es országok közül Csehországban volt a legmagasabb a kormányzati hozzájárulás aránya (81,80 százalék), ezt követte Szlovákia (79,79 százalék), majd Lengyelország (71,78 százalék), illetve Magyarország (68,33 százalék). Az uniós országok közül Ciprusban és Görögországban volt a legalacsonyabb a kormányzati hozzájárulás aránya. Ciprusban 56,49 százalékkal, Görögországban 59,76 százalékkal járult hozzá a kormányzat az egészségügyi kiadásokhoz.

51. ÁBRA: AZ UNIÓS ORSZÁGOK EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSAINAK FŐBB FINANSZÍROZÁSA, 2019



Forrás: Eurostat „Health care expenditure” adatbázis (hlth_sha11_hf) és OECD „Health expenditure and financing” adatbázis (2022.06.14)

5.1. Egészségügyi rendszerek jellemzői, modelljei¹².

Az egészségbiztosítási rendszer az állam által működtetett szociális ellátórendszernek, a társadalombiztosításnak az egyik ága. Egy országos szintű egészségügyi ellátás fenntartása, működtetése összetett terület.

Az egészségügyi rendszerek fogalmát és modelljeinek főbb jellemzőit foglalja össze a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) által készített szakmai anyag¹³. Az egészségügyi rendszerek

¹² A Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI): Az egészségügyi rendszerek tipológiája, 2014. július, Elérése: https://era.aEEK.hu/zip_doc/Eu_rendszerek_tipologia-form.pdf (2022.07.04)

¹³ A Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI): Az egészségügyi rendszerek tipológiája, 2014. július, Elérése: https://era.aEEK.hu/zip_doc/Eu_rendszerek_tipologia-form.pdf (2022.07.04)

meghatározására még nincs egy egységes, nincs egy elfogadott definíció. Az egyik leginkább elfogadottnak tekintett meghatározás az egészségügyi rendszerekre a Harvard School of Public Health oktatóitól (Hsiao és Li professzorok) ered. Eszerint „Az egészségügyi rendszer egy eszköz a cél eléréséhez. Az egészségügyi rendszer olyan kapcsolatok összessége, amelyekben az eszközök ok-okozati összefüggésben állnak a célokkal.” Az egészségügyi rendszer 5 alapvető szerkezeti összetevőjét határozták meg a szerzők, ezek: a finanszírozás és az intézményi szervezete, az egészségügyi ellátás megszervezésére irányuló széles struktúra, az egészségügyi ellátás finanszírozására befolyt összegekből a szolgáltatások nyújtása egyéneknek és a szervezeteknek (ezt nevezi ún. „kifizetések, ösztönzőrendszer”-nek), szabályozások, illetve a befolyásolás/ösztönzés az egészségügyi rendszer céljainak elérése érdekében. A finanszírozás és az intézményi szervezete magában foglalja pénz mozgósításának és felhasználásának a módjait. A tanulmány legalább 5 finanszírozási módot határoz meg, ezek: az általános bevétel (general revenue), a társadalombiztosítás (social insurance), magánbiztosítás (private insurance), közösségi finanszírozás (community financing) és a saját fizetés (out-of-pocket payment).¹⁴

Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) a 2000-ben publikált „The World Health Report 2000 – Health Systems. Improving performance” jelentésében újrafogalmazta az egészségügyi rendszer elsődleges célját. Eszerint az egészségügyi rendszer fő célja „minden olyan tevékenység, amelynek elsődleges célja az egészség előmozdítása, helyreállítása és fenntartása”¹⁵. Emellett a WHO 2000-ban publikált jelentésében az egészségügyi rendszer három alapvető célját határozta meg: Az egészségügyi rendszer által kiszolgált lakosság egészségi állapotának javítása, ezzel kapcsolatban az emberek elvárásainak való reagálás, illetve az anyagi védelem biztosítása az egészségkárosodás költségeivel szemben.¹⁶

¹⁴ William C. Hsiao, K.T. Li Professor of Economics and Health Policy harvard School of Public Health: What is a Health System? Why Should We Care?, 2003. August, Elérése: <http://fpzg.hr/download/repository/Hsiao2003.pdf> (2022.07.07.)

¹⁵ IFMSA Program: Health Systems, 2016 elérése: https://ifmsa.org/wp-content/uploads/2016/02/IFMSA_Program_Health-Systems.pdf (2022.07.07)

¹⁶ WHO: The World Health Report 2000, 2000.07.14, 25.oldal, elérései: <https://www.who.int/publications/i/item/924156198X>, <https://cdn.who.int/media/docs/default->

Az egészségügyi rendszereknek is van osztályozása. Az egészségügyi rendszerek (modellek) 4 fő típusát különböztetjük meg¹⁷:

1. Bismarck-féle szolidaritás elvű társadalombiztosítás (kötelező járulékfizetésen alapuló rendszer, „társadalombiztosítási rendszer)
2. Beveridge féle állami egészségügyi szolgálat (adókból finanszírozott rendszer, „nemzeti egészségügyi rendszer”, NHS)
3. Szemaskó-féle szocialista egészségügyi rendszer
4. Öngondoskodásra épülő rendszer (magánbiztosítás, vegyes modell)

Bismarck modell Otto von Bismarck-Schönhausen német kancellárhoz kapcsolódik. mivel 1883-ban létrehozta az első szociális egészségbiztosítási rendszerét, amely szolidaritásra épült. Célja, hogy a megbetegedés kockázata miatt sérülékeny csoportok, társadalmi rétegek ellátási helyzetét biztosítsa. A finanszírozását a munkáltatói és a munkavállalói járulékfizetés biztosítja, jövedelemarányos befizetéssel és felső határral. Kezdetben az egészségbiztosítási fedezet a fizikai dolgozókra korlátozódott. 1885-ben a lakosság 10 százaléka volt biztosított és jogosult pénzbeli ellátásra betegség (maximum 13 hétig a munkabér 50%-a), haláleset vagy szülés esetén. Bár kezdetben korlátozott volt, a lefedettség fokozatosan bővült.¹⁸:

A Beveridge-i modell pedig William H. Beveridge 1948-as angol egészségügyi miniszterhez köthető. A modell alapján az egészségügyi szolgáltatást állami jogon biztosítanak, mindenki számára azonos hozzáférési lehetőséggel, amelynek finanszírozását az adókból fedeznék. Az egészségügyi szolgáltatáson belül a szakellátást túlnyomó részt állami tulajdonú intézményekben látják, de emellett létezik egy szűk körű, térítési díjas rendszer pl. fogászat, szemészet, gyógyszer

source/health-financing/whr-2000.pdf?sfvrsn=95d8b803_1&download=true,
<https://www.who.int/news/item/07-02-2000-world-health-organization-assesses-the-world's-health-systems> (2022.07.07)

¹⁷ Hangó Balázs: Egészségügyi rendszerek jellemzői és a magyar egészségügyi rendszer, 2019.11.30, elérése: https://semmelweis.hu/gytk/files/2019/12/e%C3%BC_rendszerek_1130.pdf (2022.07.01)

¹⁸ International Profiles of Health Care System, 2020 (2020. december), elérések: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries> és <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly>

stb.) Az egészségügyi rendszert az állam működtetni. Az önkormányzatoknak nincs érdemi szerepük. Nehézsége, hogy bár olcsó, azonban korlátozottan alkalmas az eltérő igények teljesítésére.¹⁹

A Szemasko modell Nyilkolaj Szemaskó, a Szovjetunió első (1918) egészségügyi miniszterének a nevéhez kapcsolódik. A modell alapján az egészségügyi ellátás, szolgáltatás állampolgári jogon jár, amelynek célja, hogy mindenki számára hozzáférhető, magas szintű ellátás legyen. Emiatt a rendszer erősen centralizált volt. Tekintettel arra, hogy a finanszírozás az állami keretből volt biztosítva, így szigorú beutalási rendszert alakítottak ki. A kapacitás és a szükségletek miatt folyamatos átszervezésre került sor.²⁰

Öngondoskodásra épülő rendszer (magánbiztosítás, vegyes modell)

Ennek tipikus példája az Amerikai Egyesült Államoknak a magánegészségügyi rendszere, amely az ún. ObamaCare révén már szolidaritási elemeket is tartalmaz. A 2014-ben bevezetett törvény legfőbb célja, hogy az egészségügyi ellátásból kieső (nem biztosítottak) számát lecsökkentse. Ennek érdekében három célt fogalmazott meg. Egyrészt több ember számára elérhető és megfizethető egészségbiztosítás (American Health Benefit Exchanges) létrehozása. Másrészt a Medicaid programot kiterjeszti olyan felnőttekre, akiknek a jövedelme a szövetségi szegénységi szint (FPL) 138 százaléka alatt van. Célja harmadrészt az, hogy az egészségügyi ellátás általános költségeinek érdekében támogassa az innovatív orvosi ellátási módszereket. Emellett vegyes rendszernek tekinthetők azok az egészségbiztosítási rendszerek, ahol a magánfinanszírozás aránya megközelíti a kötelező biztosítási arányt.

Az egészségbiztosítás finanszírozását is többféle módon csoportosíthatjuk. Az egyik csoportosítási lehetőség az intézményi finanszírozás (éves költségvetés) vagy teljesítmény alapon, de akár ezek kombinációja. A további csoportosítási lehetőség a fix és változó finanszírozás, vagy az előre- és a visszatekintő, vagy az

¹⁹ Hangó Balázs: Egészségügyi rendszerek jellemzői és a magyar egészségügyi rendszer, 2019.11.30, elérése: https://semmelweis.hu/gytk/files/2019/12/e%C3%BC_rendszerek_1130.pdf (2022.07.01)

²⁰ Hangó Balázs: Egészségügyi rendszerek jellemzői és a magyar egészségügyi rendszer, 2019.11.30, elérése: https://semmelweis.hu/gytk/files/2019/12/e%C3%BC_rendszerek_1130.pdf (2022.07.01)

input-output rendszer szerinti Az alapvető finanszírozási technikák közül az input-output esetében további 2-2 típust különböztetünk meg:²¹

- + Input rendszerű finanszírozás
 - Kapacitás-finanszírozás
 - Feladat-finanszírozás
- + Output rendszerű finanszírozás
 - Tételes finanszírozás
 - Normatív finanszírozás

A Nemzetközi Társadalombiztosítási Szövetség (International Social Security Association (ISSA)²² – tagja Magyarország is – szerint a COVID-19 világjárvány még inkább rávilágított a megfizethető egyetemes egészségügyi hozzáférés szükségességére. Ennek nyomán az egyetemes egészségügyi lefedettséget (Universal Health Coverage, UHC) vizsgálta. Annak ellenére, hogy egyes országokban egyedi, több szempontból eltérő egészségügyi rendszerek működnek, azonban vannak szempontok, amelyek mentén összehasonlíthatóak. Az ISSA szerint a legtöbb egészségbiztosítási rendszereket a következő szempontok szerint lehet kategorizálni.²³

A finanszírozási megállapodás alapján megkülönböztethetünk egyfizetős (vagyis egyetlen egészségbiztosítás alap van) és többfizetős (több egészségbiztosítási alap) egészségügyi rendszereket. Az egyfizetős rendszerek általában nagyobb kormányzati ellenőrzést kívánnak, míg a többfizetős rendszerek esetében a fogyasztók választhatnak a biztosítások között. Sok országban a két rendszer kombinációja jelenik meg, akár helyettesítő, akár kiegészítő formában.

²¹ ÁSZ elemzés: Elemzés az egészségügy finanszírozásáról, 2019. június, elérése: https://www.asz.hu/storage/files/files/elemzesek/2019/egeszsegugy_finanszirozasa20190628.pdf?download=true

²² Nemzetközi Társadalombiztosítási Szövetség (International Social Security Association, ISSA) honlapja: <https://ww1.issa.int/directories/organization?country=875> és

²³ Nemzetközi Társadalombiztosítási Szövetség (International Social Security Association, ISSA) 2021.06.18-i elemzése, elérése: <https://ww1.issa.int/analysis/improving-health-insurance-systems-coverage-and-service-quality> (2022.08.24)

A szolgáltatások nyújtás esetében közvetlen vagy közvetett szolgáltatásnyújtást különböztethetünk meg. A közvetlen ellátás esetében egyetlen integrált egység finanszírozza és nyújtja az egészségügyi szolgáltatásokat. Míg a közvetett ellátás esetén a független szolgáltatók kötnek szerződést a vevőkkel.

Fentiek alapján az egészségügyi rendszerek négy főbb típusát különbözteti meg az ISSA, ezek:

- + Szociális egészségbiztosítás: Közvetett szolgáltatást nyújt és többfizetős nyilvános rendszereket működtet
- + Nemzeti egészségügyi szolgáltatás: Központosított egyfizetős rendszerek, ahol közvetlen szolgáltatásnyújtást biztosítanak.
- + Nemzeti egészségbiztosítás: Központosított egyfizetős rendszerek, ahol általában magán-szolgáltatással biztosítják az orvosi szolgáltatásokat.
- + Magánbiztosítás: Többfizetős magánrendszerek, ahol közvetett ellátás működik.

Az OECD a 2012-es az egészségügyi rendszer jellemzőinek vizsgálatakor az egészségügyi lefedettségénél három tényezőt határozott meg: kik tartoznak bele, milyen ellátásokra vonatkozik, illetve mekkora részét fedezik a költségeknek. Ez alapján a következő csoportosításra jutott

4. TÁBLÁZAT: ALAPVETŐ ELSŐDLEGES ELLÁTÁS BIZTOSÍTÁSA (A „TIPIKUS” FELNŐTT FOGLALKOZTATOTT SZÁMÁRA)

Az alapvető egészségügyi ellátás fő forrása		Országok listája
Adóval finanszírozott egészségügyi rendszer	Nemzeti egészségügyi rendszer	Ausztrália, Kanada, Dánia, Finnország, Izland, Írország, Olaszország, Új-Zéland, Norvégia, Portugália, Spanyolország, Svédország, Egyesült Királyság
Egészségbiztosítási rendszer	Egyfizetős	Görögország, Magyarország, Korea, Luxemburg, Lengyelország, Szlovénia, Törökország
	Több biztosító, automatikus kapcsolattal	Ausztria, Belgium, Franciaország, Japán
	Több biztosító, biztosító választásával	Chile, Csehország, Németország, Izrael, Mexikó, Hollandia, Szlovákia, Svájc, Amerikai Egyesült Államok

Forrás: OECD, Egészségügyi rendszerek jellemzőinek felmérése, 2012, elérése: <https://www.oecd.org/els/health-systems/measuring-health-coverage.htm> (2022.08.24)

Az OECD a Health at a Glance kiadványában évente áttekinti az egyes országok egészségügyi rendszereit, amelyben többek között vizsgálja a lakosság egészségügyi ellátottságát is. A finanszírozás nagy része a nemzeti egészségügyi rendszerekben az általános adókból származik, a társadalombiztosítási rendszerek esetében pedig jellemzően a bérjárulékok és az adózás kombinációjából adja. A finanszírozás mindkét esetben a fizetőképességhez kapcsolódik. Az elsődleges magán egészségbiztosítás az alapvető szolgáltatások biztosítási fedezetére vonatkozik, amely lehet önkéntes vagy kötelező (a lakosság egy része vagy egésze számára). A kiegészítő magán egészségbiztosítás mindig önkéntes. Az önkéntes magánbiztosítási díjak általában nem jövedelemarányosak, ennek ellenére a kormány támogathatja a magánbiztosítás megvásárlását.²⁴

Az Unió esetében van egy kölcsönös rendszer, ez az Európai Egészségbiztosítási Kártya (EHIC), amelyet az EU lakosai vehetik igénybe. Az EU27 országának bármelyikében hozzáférjen az államilag biztosított egészségügyi ellátáshoz. Fontos azonban figyelembe venni, hogy az egyik országban ingyenes szolgáltatások vagy receptek a más országban nem biztos, hogy ingyenesek.

5.2. Magyarország²⁵

Magyarországon kötelező társadalombiztosítási rendszer működik, amely magába foglalja az egészségbiztosítási ellátásokat és a nyugdíjbiztosítási ellátásokat. Az egészségbiztosítási ellátás része az egészségügyi szolgáltatások, a pénzbeli ellátás

²⁴ OECD, Health at a Glance 2021, kiadvány 5. fejezet, elérése: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/5/1/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&csp=ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemIGO=oecd&itemContentType=book> (2022.08.24.)

²⁵ Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) honlapja, elérése: http://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/egeszsegugyi_ellatasok, Integrált jogvédelmi szolgálat (Nemzeti Kapcsolati Pont) hivatalos honlapja, elérése: <https://www.eubetegjog.hu/az-ellatorendszer-felepitesi.html> ÁSZ elemzés: Elemzés az egészségügy finanszírozásáról, 2019. június, elérése: https://www.asz.hu/storage/files/files/elemzesek/2019/egeszsegugy_finanszirozasa20190628.pdf?download=true

(táppénz, gyermekgondozási díj, csecsemőgondozási díj, örökbefogadói díj), a baleseti ellátások, illetve a megváltozott munkaképességű személyek ellátása is.²⁶ Az egészségbiztosítási ellátás része a kötelező egészségbiztosítás is²⁷. A rendszer működésének alapjait az Alaptörvény és további jogszabályok (törvények, kormányrendeletek és miniszteri rendeletek) határozzák meg. Az Alaptörvény (Alkotmány) XX. cikke szerint mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez, amelyet „Magyarország genetikailag módosított élőlényektől mentes mezőgazdasággal, az egészséges élelmiszerekhez és az ivóvízhez való hozzáférés biztosításával, a munkavédelem és az egészségügyi ellátás megszervezésével, a sportolás és a rendszeres testedzés támogatásával, valamint a környezet védelmének biztosításával segíti elő.

Az egyik legfontosabb törvény, a 2020. július 1-én hatályba lépett, a társadalombiztosítási ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről szóló 2019. évi CXXII. törvény (Tbj törvény) Az előző jogszabály a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény. Az új Tbj törvény számos újdonságot hozott, például a járulékok összevonását (a tb-járulék 18,5 százalék), a saját jogú nyugdíjasok járulékmentességét, a járulékfizetési alsó határ meghatározását, az adóadminisztráció csökkentését. Továbbá bevezetésre került, hogy az egészségügyi szolgáltatási járulékfizetési 6 havi hátralék miatt a TAJ szám érvénytelenné válik.

Az egészségügyi rendszer alapjait az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény IV. fejezete (75. paragrafustól) részletezi a megelőző ellátásokat és az egészségügyi ellátások rendszerét. Ez utóbbi biztosítja az alapellátást, a járóbeteg- és fekvőbeteg-szakellátást, illetve az egyéb egészségügyi ellátásokat (pl. mentés, ügyeleti ellátás, betegszállítás, ápolás, rehabilitáció, a haldokló beteg gondozását, a

²⁶ A társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről szóló 2019. évi CXXII. törvény, elérése: <https://nit.hu/jogszabaly/2019-122-00-00> (2022.08.30.)

²⁷ A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény, elérése: <https://nit.hu/jogszabaly/1997-83-00-00> (2022.08.30.)

gyógyszerellátást, az orvostechnikai eszközellátást, az egyéb gyógyászati ellátásokat stb.²⁸

A kötelező egészségbiztosításról szóló 1997. évi LXXXIII. törvény határozza meg többek között a térítésmentesen igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokra jogosultak és az egyes szolgáltatások körét. A gyógykezelés céljából végzett ellátások között kiemeli a háziorvos, gyermekorvosi ellátást, fogászati ellátást, járóbeteg-szakellátást, fekvőbeteg gyógyintézeti ellátást. Az egyéb egészségügyi szolgáltatások esetében pedig a szülészeti ellátást, orvosi rehabilitációt, illetve a betegszállítást-mentést.

Az egészségbiztosítás ún. járulékos jogviszony. Az egészségbiztosításra való jogosultság általában valamilyen munkavégzésre irányuló tevékenységgel jön létre. A biztosítottak a társadalombiztosítás valamennyi ellátásra jogosultságot szerezhetnek. Így természetbeni és pénzbeli egészségbiztosítási ellátások igénybevételére is jogosultak. A nem munkavégzésre irányuló jogviszonyban állókra is kiterjed járulékfizetési kötelezettség, akik ez alapján az egészségbiztosítás természetbeni ellátásaira lesznek jogosultak.

A jogosultság következő módon szerezhető meg²⁹:

- + biztosított (pl. munkavállaló, főállású egyéni vállalkozó)
- + jogosult (pl. nyugdíjas, nappali tagozatos tanuló, szociálisan rászoruló)
- + egészségügyi szolgáltatási járulékfizetésre kötelezett (az a belföldi magánszemély, aki nem biztosított és nem rendelkezik jogosulti jogviszonnyal)
- + az egészségügyi szolgáltatás igénybevételére vonatkozó megállapodás alapján

Térítésmentesen igénybe vehető egészségügyi ellátások³⁰:

²⁸ Az Egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. tv. 75.§ (1) bek. 87-92.§, elérése: <https://njt.hu/jogszabaly/1997-154-00-00> (2022.07.06),

²⁹ Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) honlapja, elérése: http://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/egeszsegugyi_ellatasok,

³⁰ Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) honlapja, elérése: http://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/egeszsegugyi_ellatasok,

- + szűrővizsgálatok
- + gyógykezelés céljából igénybe vett ellátások:
 - egészségügyi alapellátások: háziiorvosi ellátás, házi gyermekorvosi ellátás, fogorvosi alapellátás, illetve a háziiorvos és védőnő által biztosított iskola- és ifjúság-egészségügyi ellátások
 - egészségügyi szakellátások: járóbeteg-szakellátás, fogorvosi szakellátás, illetve fekvőbeteg szakellátás
 - egyéb egészségügyi ellátás: szülészeti ellátás, orvosi rehabilitáció, betegszállítást, mozgó szakorvosi szolgálat.

A fentiekén túlmenően bizonyos esetekben részleges, illetve kiegészítő térítési díjat kell fizetni az egyes ellátások után. Ilyen például: 18 éves kor alatti fogszabályozó készülék esetében részleges térítési díjat kell fizetni. Kiegészítő térítési díjat kell fizetni az egészségügyi ellátás keretében a beteg saját kezdeményezésére igénybe vett egyéb kényelmi szolgáltatásokra.

Ugyanakkor vannak olyan ellátások, amelyeket az egészségbiztosítás terhére nem lehet igénybe venni, ilyen például foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatások, a gondnokság alá helyezési eljárás keretében a beteg elmeállapotára vonatkozó szakorvosi vélemény, hivatásos sportolók sportegészségügyi ellátása, nem gyógyító célú, kizárólag esztétikai vagy rekreációs célból nyújtott egészségügyi szolgáltatások, járművezetői alkalmassági vizsgálatok, detoxikálás, látület kiadása, alkohol vagy kábítószer szintjének kimutatása érdekében végzett vérvétel, az extrém sportnak minősülő sport és szabadidős tevékenység közben bekövetkezett baleset miatt szükségessé vált ellátások stb. Ez utóbbi esetében azonban sürgős szükség miatt felmerülő, életmentő beavatkozás költségeit is finanszírozza az egészségbiztosító.

Fentiek mellett az előzetes méltányossági kérelem alapján a közös társadalmi kockázatviselés és a méltányosság elve alapján az Egészségbiztosítási Alap nyújtotta lehetőségek alapján, a NEAK méltányosságából átvállalhatja egyes orvosi ellátásokért fizetendő díjat, vagy annak egy részét.

Mindezekén túlmenően gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök, egyéb gyógyító ellátások (gyógyfürdő kezelések, gyógyúszás, gyógygázfürdő) és a tápszerek

beszerzéséhez tb támogatás jár, illetve gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök esetében a társadalmi szolidaritás elve alapján szociálisan rászorult személyek igényelhetik a közgyógyellátást is.³¹

Magyarországon az egészségügyi ellátás biztosítása adóból és járulékfizetésből valósul meg. A kötelező egészségbiztosítási rendszert az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozzák. Az Egészségbiztosítási Alap működéséhez a forrást az éves központi költségvetés biztosítja, az alapot a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) működteti.³²

5.3. Ausztria³³

Ausztriában egyetemes (univerzális) egészségügyi rendszer működik, amelyet a szövetségi kormány, a kilenc tartomány hatósága, illetve az egészségbiztosítók közösen működtetnek. Ausztriában több egészségügyi biztosító/pénztár működik, ezek területi alapon, illetve foglalkozási csoportonként szerveződnek. A biztosítók között nincs verseny. A lakosok az állami kötelező biztosítás keretében nem választhatnak biztosítót, ugyanis a törvény által előírtak szerint a lakos foglalkozás vagy lakóhely szerint kerül besorolásra a biztosítóhoz.

³¹ Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) honlapja, elérése: http://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/egeszsegugyi_ellatasok,

³² Az egészségbiztosítási szervekről szóló 386/2016 (XII.2.) Korm.rendelet, elérése: <https://nit.hu/jogszabaly/2016-386-20-22> (2022.07.06),

³³ ERA Egészségügyi Rendszerek Adattára, Nemzetközi országtanulmánya-Az egészségügyi rendszer jellemzői /Ausztria, és a nemzetközi szakirodalom, elérések: <https://era.aeek.hu/index-hasonlito.php> és <https://era.aeek.hu/index-cikkek.php> (2022.06.15), Expatica tájékoztató honlapja az osztrák egészségügyi rendszerekről (utolsó frissítés: 2022.06.21) és egészségbiztosításokról (utolsó frissítés: 2022.06.21), elérhetőségek: <https://www.expatica.com/at/healthcare/healthcare-basics/austria-healthcare-79673/> és <https://www.expatica.com/at/healthcare/healthcare-basics/health-insurance-austria-80975/>, European Observatory on Health System and Policies honlapja, elérése: <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/austria>, az Osztrák Egészségbiztosítási Pénztár (Österreichische Sozialversicherung) honlapja, elérése: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.821628&portal=svportal>, és Szociális, Egészségügyi, Gondozási és Fogyasztóvédelmi Szövetségi Minisztérium, elérése: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Soziales/Sozialversicherung/Krankenversicherung.html> https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:6102a229-7b92-44fd-af1f-3aa691900296/BMASGK_The-Austrian_Health-Care-System_KeyFacts_WEB.PDF, Bécs egészségügyi ellátás, elérése: <https://www.wien.gv.at/english/health-socialservices/insurance/> Ausztria hivatalos kormányzati oldala/kötelező biztosítási rendszer, elérése: https://www.oesterreich.gv.at/themen/arbeit_und_pension/pension/1/Seite.270110.html

A kormány az egészségügyi ellátásért, illetve kórházi rendszer szakmai felügyeletéért és ellenőrzéséért felel. A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium (Szociális, Egészségügyi, Gondozási és Fogyasztóvédelmi Minisztérium)³⁴ látja el az egészségügy irányítását. A tartományok pedig az egészségügyi ellátás működtetéséért felelősek. Emellett az egészségügyi ellátás egyes részei eltérő területekhez tartoztak: A fekvőbeteg ellátásért a szövetségi és tartományi kormányok a felelősek, míg az ambuláns ellátásért a társadalombiztosításnak az egészségbiztosítási ága.³⁵

Ausztriában a társadalombiztosítás magában foglalja az egészség, a nyugdíj- és a balesetbiztosítást, amelyet az Osztrák Társadalombiztosítási törvény (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG)) szabályozza. Emellett külön jogszabályok szabályoznak egyes területeket. Ez a három a következő: a kereskedelmi társadalombiztosítási törvény szerinti kötelező biztosítás (Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz, GSVG), a szabadúszó önálló vállalkozók társadalombiztosításáról szóló törvény szerinti kötelező biztosítás (Freiberuflich Selbstständig-Sozialversicherungsgesetz, FSVG), illetve a mezőgazdasági termelők társadalombiztosításáról szóló törvény szerinti kötelező biztosítás (Bauern-Sozialversicherungsgesetz, BSVG). Az FSVG keretében csak az orvosok, gyógyszerészek, építőmérnökök és szabadalmi ügyvivők tartoznak. Az egészségbiztosítást az orvosok esetében az orvosi kamra, gyógyszeresknél és szabadalmi ügyvivőknél pedig a gyógyszerészeti kamara gondoskodik az egészségbiztosításról. Az ezekhez tartozó társadalombiztosítási szervezeteket a 2020. január 1-jén hatályba lépő, a társadalombiztosítási szervezetekről szóló új jogszabály összevonta.

2020. január 1-jétől új struktúrában működik az egészségügyi biztosítási rendszer. Az osztrák egészségügyi rendszer reformja 2012-től indult és több fázison jutott keresztül. 2017-ben az alapellátás reformjának egyik célja az alapellátás megerősítése volt. Ennek keretében az egynapos ellátási forma növelését tervezték. A reform keretében hosszabb rendelési időt alakítottak ki, valamint

³⁴ A minisztérium honlapja, elérése: <https://www.sozialministerium.at/> (2022.08.28)

³⁵ Az ÁEEK Egészségügyi Rendszerek Adattára (ERA) nemzetközi szakirodalom, elérés: <https://era.aEEK.hu/teljes-HealthOnline-cikk.php?id=3491> (2022.08.28)

eltörölték a kórházban fekvő gyermekek utáni direkt (out-of-pocket) fizetési kötelezettséget, amely jelentős könnyebbség volt a hosszabb ápolást igénylő gyermekek szüleinek. Így 2017. január 1-én új pontrendszert vezettek be a kórházi járóbeteg szektor finanszírozására (ambuláns LKF), amelyet betegenként fizetett fix díj és a szolgáltatásonkénti, vagy szolgáltatás-csomagonkénti fix díj kombinációja adta. Több éves egyeztetések után 2017. augusztus 3-án fogadták el az alapellátásról szóló törvényt (Primärversorgungsgesetz) amely a házi orvosok és az egyéb egészségügyi dolgozók közötti kooperációt, az alapellátáshoz való hozzáférés javítását célozta, amellyel nem titkolt cél volt a kórházak túlzott igénybevételének csökkentése is. Az új szerződéses megállapodások lehetőséget teremthetnek többszakmás csapatok számára (szolgáltató hálózatok, újonnan létesített alapellátási egységek) az alapellátás biztosításában.³⁶

Az 2018. decemberében elfogadott új társadalombiztosítási szervezetről szóló törvény (Sozialversicherungs-Organisationsgesetz, SV-OG) 2020. január 1-jén lépett hatályba. Ennek keretében egyetlen ernyőszervezet alá kerülnek az összevont 5 társadalombiztosítási szolgáltató. Korábban 9 regionális egészségpénztár működött, amelyet most az Osztrák Egészségbiztosítási Pénztárba (Österreichische Gesundheitskasse, ÖGK) vonták össze. Ez biztosítja az osztrák és az Ausztriában legálisan élők egészségügyi alapellátását. A következő szinten az ún. „kis kasszák” állnak. Ezeknél is összevonás, a korábbi Kereskedelmi és Ipari Társadalombiztosítási Ügynökség (Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, SVA) és a Gazdák Társadalombiztosítási Ügynöksége (die Sozialversicherungsanstalt der Bauern, SVB) összeolvadt és ebből lett az Önfoglalkoztatók Társadalombiztosítója (Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen, SVS). Tehát a mezőgazdaságban dolgozók és a szabadúszó vállalkozók, egyéni vállalkozók az SVS keretében biztosítottak. Továbbá a korábbi közalkalmazotti biztosító (Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, BVA), és a vasúti és bányászati biztosító (die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, VAEB) szintén egyesül és egy összevont biztosítóvá válik. Ez a közfoglalkoztatottak, a vasút és bányászat biztosítója (Versicherungsanstalt

³⁶ Az ÁEEK Egészségügyi Rendszerek Adattára (ERA) nemzetközi szakirodalom, elérés: <https://era.aEEK.hu/teljes-HealthOnline-cikk.php?id=3491> (2022.08.28)

öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau, BVAEB).³⁷ Ezek az ún. „kis kasszák” (SVS, BVAEB stb) egy speciális alapbiztosítás, amely foglalkoztatottakat és azok családtagjait biztosítja. Ehhez lehet kiegészítő magán (Zusatz) biztosítást kötni, amely akár egyéni, családi, vagy vállalati biztosítás is lehet. Ez utóbbi esetében a vállalkozásnál dolgozókra terjed ki a biztosítás (például ügyvédi kamara, több bank stb.). Ezek az ún. „kis kasszák” önrészt számolnak fel (kb. 20 százalék).

Ezen a két rendszeren kívül van még a magánbiztosítás, amelyek sokfélék lehetnek. A díjak összegét több tényező befolyásolja. Ennél a biztosítási formánál minden ellátás vagy kórházi felvétel előtt egyeztetni kell a partner biztosítóval és a biztosító hozzájárulása, tudomásul vétele jelenti a garanciát a költség finanszírozására. Ez alól kivételt képeznek az akut ellátás (például baleset, szívinfarktus, agyvérzés).

Az osztrák egészségügyi ellátás minden olyan lakos számára elérhető, aki legálisan tartózkodik az országban; és a biztosítási védelem kiterjed az iskolásokra, egyetemistákra, nyugdíjasokra. 2005-től minden biztosított és társbiztosított családtagja megkapja a biztosítási fedezetet, az e-kártyát. A kötelező egészségbiztosítás a biztosított hozzátartozóira (házastárs, élettárs, szülő, gyermek) is vonatkozik. Főszabály szerint minden a biztosítóval egy háztartásban élő, „nem biztosított” státuszban lévő családtagjára is kiterjed. Bizonyos esetekben ez a családtagokra is kiterjesztett biztosítás nem jár külön költséggel, de vannak olyan esetek, amikor többletjárulékot kell fizetni³⁸. A munkavállalókra az általános kötelező biztosítás (ASVG) vonatkozik. A munkavállaló esetében a munkaszerződéssel automatikusan kerül megkötésre a biztosítás a munkáltató általi bejelentéssel. A regisztráció után az egészségbiztosító e-kártyát küld, amelynek van éves szolgáltatási díja is, amelyet alkalmazott esetében a munkáltató fizet, míg a vállalkozók esetében pedig maguknak kell fizetni. A

³⁷ Az osztrák társadalombiztosítási (Osterreichische Sozialversicherung) honlapja, elérése: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.853102&portal=svportal> és <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.853016&portal=svportal>

³⁸ Bécs egészségügyi ellátás, elérése: <https://www.wien.gv.at/english/health-socialservices/insurance/> és Szociális, Egészségügyi, Gondozási és Fogyasztóvédelmi Szövetségi Minisztérium, elérése: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Soziales/Sozialversicherung/Krankenversicherung.html>

fizetendő járulékot a munkáltató vonja el és utalja el az állami egészségbiztosítás számlájára. Van egy jövedelmi határ (2022-ben ez havi 485,85 euró), amely felett az általános egészség- és nyugdíjbiztosítás kötelezően biztosít és ez alapján a teljes járulékot (egészségügyi, baleset- és nyugdíjbiztosítási járulékot) kell fizetni. Ugyanakkor azok, akik ezen jövedelemhatár alatt keresnek ez nem vonatkozik rájuk, és csak balesetbiztosítással rendelkeznek, vagyis csak munkahelyi baleset vagy foglalkozási megbetegedés esetén jár ellátás..³⁹

A szakorvosi ellátásban előfordul, hogy több szakorvos nem szerződik, vagy felmondja a meglévő szerződését az alapbiztosítóval, mert az betegtömeget vonz, ahol nehéz biztosítani a minőségi betegellátást. A kórházban dolgozó, fix fizetésű orvosok csak a „kis kassa”-val szerződnek, mert jobban járnak mintha az ÖGK-val kötnének szerződést. A szakorvosok egy része szerződés nélkül privát formában rendel. Tapasztalatok alapján azok az orvosok, akik magasabb, minősítéssel, beosztással rendelkeznek nem igazán fogadnak biztosított beteget, csak privát betegellátást vállalnak.

Az osztrák állami egészségbiztosítás a következő egészségügyi szolgáltatásokat fedezi: háziorvos, szakorvosi ellátás, kórházi ellátás, sürgősségi ellátás, orvosi rehabilitációs és egészségjavító intézkedések, vényköteles gyógyszerek, szűrővizsgálatok, mentális egészségügyi ellátás (részlegesen), szülészeti ellátás, alapvető fogászati ellátás (ellenőrzés, tisztítások, tömések), szemészeti ellátás (részben).

Az alapvető fogászati ellátásnál a kötelező állami egészségbiztosítás nem finanszírozza a fogszabályozást, hidakat, implantátumokat. A szemészeti ellátáshoz kapcsolódva a szemüvegért önrészt kell fizetni. Szintén önrészt kell fizetni az egyre jobban terjedő komplementer és alternatív gyógyászat (CAM) egy részére.

Az osztrák egészségügyi rendszerben *nincs formális kapuőri rendszer*, vagyis a szakellátáshoz és a kórházi ellátáshoz nem kell háziorvosi beutaló, így a kórházi ellátáshoz nagy részben korlátozás nélkül lehet hozzáférni. (A kapuőri rendszert

³⁹ Ausztria hivatalos kormányzati oldala/kötelező biztosítási rendszer, elérése: https://www.oesterreich.gv.at/themen/arbeit_und_pension/pension/1/Seite.270110.html

alapvetően a házi orvosok látják el, hisz szakellátás, kórházi ellátás esetében beutalóra van szükség.) A betegek az ambuláns ellátás esetében az önállóan praktizáló orvosok, a csoportpraxisok, a kórházak járóbeteg ellátó részlegei és a járóbeteg klinikák között választhatnak.

Az egészségügyi ellátást a munkavállalói és a munkáltatói járulékbefizetésből finanszírozzák. 2020-ban a munkáltatók járuléka 21,32 százalék, a munkavállalók járuléka 18,12 százalék ⁴⁰ A privát ellátás kifizetéséről kapott számlát részben, vagy egészben az év végi adóelszámolásnál, mint külön kiadást az egészségre le lehet és le is kell vonni az adókimutatás előtt. Ezért meg kell a számlát őrizni.”

A fekvőbeteg és ambuláns ellátás nyújtásáról és finanszírozásáról különböző szereplők gondoskodnak. Ausztriában tartományi egészségügyi alapokból finanszírozzák a nonprofit kórházak által nyújtott fekvő és járóbeteg ellátást, így ez tartományonként eltérhet. Az ambuláns ellátásért a társadalombiztosítás (egészségbiztosítás) felel.

Ausztriában is jelen van a magánegészségbiztosítás, amely rendszerint kiegészítő jellegű, továbbá azok számára is vonatkozik, akik nem szeretnék igénybe venni az állami egészségügyi ellátást vagy nem tartoznak az állami kötelező egészségbiztosítás hatálya alá. A magánegészségbiztosítás keretében az ellátás minősége nem igazán változik, inkább az ellátás kényelme (például kórházi kezelésnél külön szoba, kiegészítő nyugdíj). A családtagok társbiztosítására is van lehetőség, hasonlóan a kötelező állami biztosításhoz. Ebben az esetben is családtagként csak házastársakat és gyermekeket ismernek el. Ez az önkéntes (voluntary (self) insurance) pénzbeli ellátást (például táppénz, anyasági segély) nem biztosít.

Az Ausztriában működő magánegészségbiztosítókat a Pénzügyi Piacfelügyeleti Hatóság felügyeli és szabályozza. A magánbiztosítás keretében az idősebb szerződők magasabb biztosítási díjat fizetnek.

⁴⁰ Expatica tájékoztató honlapja az osztrák egészségügyi biztosításokról (utolsó frissítés: 2022.06.21), elérése: <https://www.expatica.com/at/healthcare/healthcare-basics/health-insurance-austria-80975/>

Ausztriában az egészségügyi ellátás nagy része a háziorvosi rendszeren keresztül történik, ugyanis a háziorvosok adnak beutalót a szakorvoshoz vagy kórházi kezelésre.

5.4. Németország⁴¹

Németországban kötelező egészségbiztosítás működik. 2007-ben került sor az egyetemes egészségügyi ellátás érdemi módosítására, amelyben kötelezővé tették az állami (statutory) vagy magán (private) egészségbiztosítást minden állampolgár és állandó lakos számára. Tehát Németországban az állandó lakóhellyel rendelkező személyeknek kötelező az egészségbiztosítás. A rövid idejű németországi tartózkodáshoz is szükség van egészségbiztosításra, vízumkötelezettség esetén az egészségbiztosítás hiányában nem állítják ki.

A jelenlegi egészségbiztosítást két alrendszer biztosítja. Az egyik, az állami egészségbiztosítás (Gesetzlicher Krankenversicherung, GKV, Statutory Health Insurance, SHI), amelyet betegpénztárként is szokták nevezni; a másik a magán egészségbiztosítás (Privater Krankenversicherung, PVK). Az állami egészségbiztosítás mindenki számára hozzáférhető, ugyanakkor a magán egészségbiztosítás csak korlátozottan, adott feltételek mentén. Emellett a tartós ápolási szolgáltatásokra külön kötelező állami biztosítás vonatkozik, ez a hosszú távú gondozási biztosítás (Long-Term Care Insurance, LTCI). Az állami és a magán egészségbiztosítás mellett kiegészítő biztosítást is megköthető, amelynek célja az egészségbiztosítással nem fedezett terület finanszírozása. Ez utóbbinál a magánbiztosító jövedelemre való tekintet nélkül ajánl és köt biztosítást. Kiemelt kiegészítő biztosítások közé tartozik a kiegészítő ápolási biztosítás, a kiegészítő fogászati biztosítás, illetve a kiegészítő kórházi ápolási biztosítás.

⁴¹ International Profiles of Health Care System, 2020 (2020. december), elérések: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries> és <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly>, továbbá Egészségbiztosítási központ, elérése: <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/incoming-hu> (2022.08.24)

Egyes országoktól eltérően a kórházak és az orvosok minden beteget ellátnak, függetlenül attól, hogy SHI-vel vagy magánbiztosítással rendelkeznek, ugyanis az állami betegpénztárak és a magán egészségbiztosítók, valamint a tartós ápolásit biztosító biztosítók ugyanazokat a szolgáltatókat veszik igénybe.

A kormánynak érdemben nincs szerepe az egészségügyi ellátás közvetlen biztosításban. Ugyanis a német egészségügyi ellátórendszert a szövetségi és tartományi kormányok, illetve a fizetők és a szolgáltatók önszabályozó szervezetei működtetik, és a döntési jogkört egymás között osztják meg. A szövetségi kormány az egészségügyben széles körű szabályozó jogkörrel rendelkezik, de az ellátásban közvetlenül nem vesz részt. Az egészségbiztosítási pénztárak által fedezett szolgáltatásokat, intézkedéseket, az ambuláns ellátási kapacitás szabályozását a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium felügyelete alatt lévő Szövetségi Vegyes Bizottság határozza meg. A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium és a Szövetségi Pénzügyi Felügyeleti Hatóság szabályozza a magán-egészségbiztosítást (pl. a kor előre haladtával növekvő díjemelések, a helyettesítő és kiegészítő magánbiztosítások szolgáltatói díjai.) A magán egészségbiztosítók díjai általában magasabbak, mint az SHI díjak, mivel a magánbiztosítások nem rendelkeznek állami támogatással. A Betegpénztárak Szövetségi Szövetsége együttműködik a Jogosult Egészségbiztosítási Orvosok Szövetségével, illetve a Német Kórházzövetséggel. Ennek keretben kidolgozzák a betegpénztárak ambuláns ellátási díjának ütemezését és a diagnózissal kapcsolatos csoportok (DRG) katalógusát. A 16 német szövetségi tartományok kormányai pedig meghatározzák a kórházi kapacitásokat, a kórházi beruházások finanszírozását, illetve a közegészségügyi szolgáltatásokat is felügyelik. A törvény arra kötelezi a SHI-vel szerződött orvosok regionális szövetségeit, hogy az ambuláns szolgáltatások helyi elérhetőségét minden szakterületen, városi és vidéki területeken biztosítsák. Az SHI által lefedett szolgáltatások: fekvő- és járóbeteg kórházi ellátás, orvosi szolgáltatások, mentális egészségügyi ellátás, fogápolás, optometria, fizioterápia, rehabilitáció, hospice és palliatív ellátás, anyasági ellátás, betegszabadság-térítés, gyógyászati segédeszközök, vényköteles gyógyszerek (kivéve a törvény által kizártakat), megelőző szolgáltatások (beleértve: rendszeres fogorvosi

ellenőrzéseket, gyermekek ellenőrzését, bizonyos életkórban krónikus betegségek szűrővizsgálatait, alapvető védőoltásokat)

Az alacsony jövedelműek egészségügyi ellátását (pl. nyugdíjasok, alacsony keresetűek) az állami egészségbiztosítás (Statutory Health Insurance, SHI) biztosítja. Azok a magánszemélyek, akiknek a bruttó bére meghaladja a jogszabály által meghatározott küszöböt, továbbá azok az önálló vállalkozók, akik korábban az SHI-be tartoztak, választhatnak, hogy továbbra is részt vesznek az államilag finanszírozott rendszerben vagy helyettesítő magán egészségbiztosítást (substitutive private health insurance) vásárolnak. Az SHI kötelezettség alól mentesülnek a köztisztviselők, illetve a katonaság tagjai, a rendőrség és az egyéb közszférában dolgozók. A köztisztviselők magánbiztosításának költségeit részben a munkáltatójuk finanszírozza. A katonaság tagjai, a rendőrség és az egyéb közszférában dolgozók más egészségügyi programok hatálya alá tartoznak. Az eltartottak (nem kereső házastársak, gyermekek) térítésmentesen biztosítottak. A munkanélküliek a munkanélküli járandóságaik arányában járulnak hozzá az SHI-hez.

A betegpénztárak finanszírozását a munkáltatók és a munkavállalók által fizetendő általános bérjárulékokból biztosítják. A bérjárulékokat a meghatározott felső határig a bruttó bér százalékában vetnek, majd egy egészségpénztárba (Gesundheitsfonds) központilag összevonják és átcsoportosítják az egyes betegpénztárakba. Ezen a kötelező bérjárulékon kívül a betegpénztárak meghatároznak kiegészítő, jövedelemfüggő járulékot is, amelyet már közvetlenül a pénztárba fizetnek be.

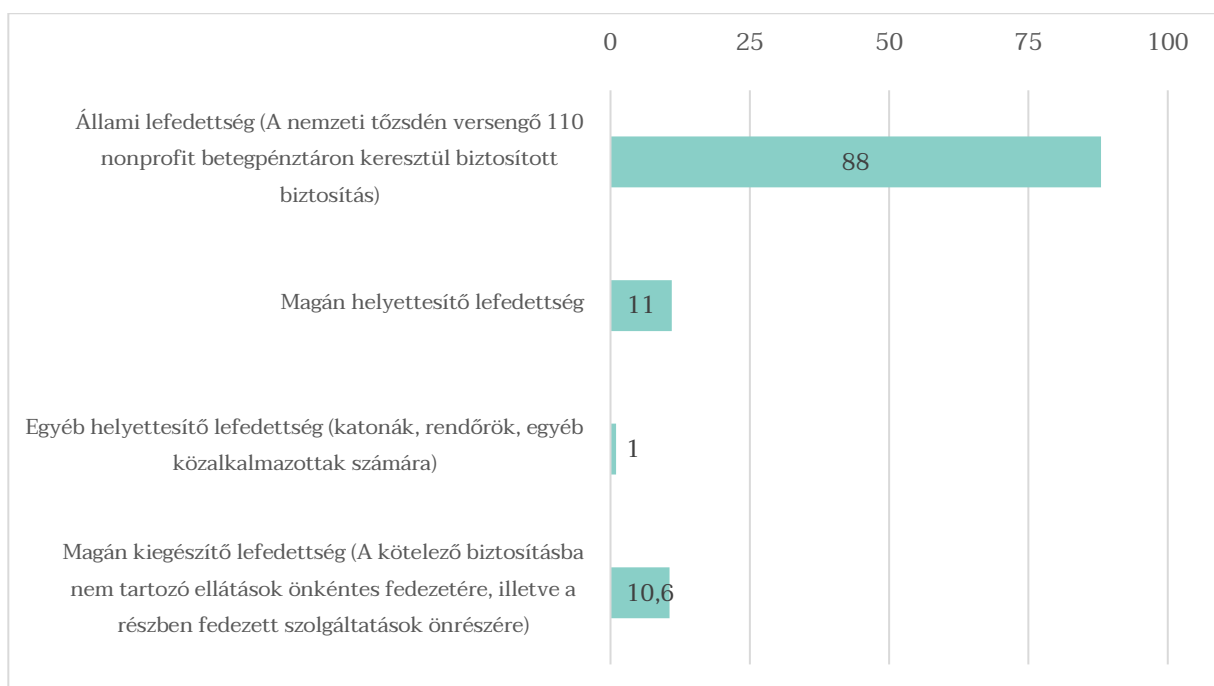
A betegpénztárakkal szerződő orvosok az SHI ellátási katalógusában szereplő szolgáltatási díjaknál magasabb összeget nem számíthatnak fel.

A magán egészségbiztosítást választókat (magánbiztosítottakat) csak belépéskor értékelik, majd ez alapján kell külön kockázati díjat, illetve az eltartottak után külön díjakat fizetni. A magán egészségbiztosítást nyújtó biztosítók alacsonyabb díjakkal és széles szolgáltatási kínálattal kötnek szerződéseket. A 2020-as „Mirror” nemzetközi egészségügyi rendszer-felmérés szerint emiatt a jó jövedelmű fiatalok számára vonzóbb a magán egészségbiztosítás.

Van lehetőség arra, hogy a magánbiztosítást kössenek azok is, akik a kötelező SHI-be tartoznak. Ebben az esetben a magánbiztosítás vegyes kiegészítő szerepet tölt be, amely az SHI által nem fedezett költségekre, vagy az önrészekre biztosít anyagi háttérrel (pl. fogászati ellátás, magánkórházi szobák).

Németországban 2018-ban 41 db helyettesítő magán egészségbiztosító volt, amelynek közel 61 százaléka profitorientált volt. A betegekért folytatott versenyben a betegpénztárak különböző önrészt és bónuszt kínálnak.⁴²

52. ÁBRA: A BIZTOSÍTOTT NÉPESSÉG ARÁNYA NÉMETORSZÁGBAN, SZÁZALÉK



Forrás: International Profiles of Health Care System, 2020; US Health Care System (2020. december), letöltve 2022.08.18, elérése: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf

⁴² Mirror, 2021: Nemzetközi egészségügyi rendszerek, 2020/Németország, elérése: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany> (2022.08.24)

5.5. Franciaország⁴³

Franciaországban egyetemleges lefedettséget biztosító, ún. univerzális egészségügyi rendszer működik. Az állami egészségbiztosítás (Statutory Health Insurance, SHI) fokozatosan bővült, 1945-ben kiterjesztették a munkavállalókra és a nyugdíjasokra, majd 1966-ban az önálló vállalkozókra, illetve 2000-ben a munkanélküliekre. 2000-ben létrehozták az SHI-re nem jogosult lakosok számára az egységes egészségügyi alapot (Universal Health Coverage, Couverture Maladie Universelle, CMU). A programba való részvételhez való jogosultságot évente meg kellett újítaniuk. A 2016. évi társadalombiztosítási finanszírozási törvénnyel (LFSS 2016) bevezetésre került az egyetemes egészségvédelmi törvény, (Protection Universelle Maladie, PUMa), amely 2016 januárjában lépett hatályba. Ez a törvény felváltotta a korábbi rendszert, a CMU-t. Ez az új törvény állampolgárságtól függetlenül minden olyan személyre vonatkozik, akik Franciaországban stabilan dolgoznak, vagy ott élnek. Emellett a törvény a francia egészségbiztosítón keresztül garantálja az egészségügyi költségek folyamatos fedezetét. A PUMa valamennyi kedvezményezettjének kint tartózkodás időtartamától és jövedelmüktől függően „kiegészítő egészségügyi hozzájárulást (cotisation subsidiaire maladie) kell fizetni egy teljes 12 hónapos időszakra, amely megegyezik a naptári évvel (január-december). Tehát ez az új törvény szisztematikus lefedettséget biztosított minden francia lakos számára.⁴⁴

⁴³ International Profiles of Health Care System, 2020 (2020. december), elérések: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries> és <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly>, A Previsima a Franciaországban vagy külföldön élő franciák szociális védelmével foglalkozó, nyilvános weboldal. Egészségbiztosítás mindenkinek cikk, frissítve: 2022.05.16, elérése: <https://www.previsima.fr/dossier/la-protection-universelle-maladie-puma-lassurance-maladie-pour-tous.html> (2022.08.21), A Francia kormány hivatalos tájékoztató honlapja, elérése <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N31750>, továbbá Expatica tájékoztató honlapja a francia egészségügyi rendszerekről (utolsó frissítés: 2022.08.24), elérhetősége: <https://www.expatica.com/fr/healthcare/healthcare-basics/a-guide-to-the-french-healthcare-system-101166/>, illetve Európai és Nemzetközi Szociális Biztonsági Kapcsolatok Központja (Cleiss) Kormányzati oldal, elérése: <https://www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/systeme-de-sante-en-france.html> (2022.08.25)

⁴⁴ A Previsima a Franciaországban vagy külföldön élő franciák szociális védelmével foglalkozó, nyilvános weboldal. Egészségbiztosítás mindenkinek cikk, frissítve: 2022.05.16, elérése: <https://www.previsima.fr/dossier/la-protection-universelle-maladie-puma-lassurance-maladie-pour-tous.html> (2022.08.21)

Franciaországban a kormány a felelős az egészségügyi ellátásért. A rendszernek két szintje van, az országos és a regionális szint. Az országos szinten az állam közvetlenül felügyeli, irányítja az egészségügyi rendszert a Regionális Egészségügyi Ügynökségeken keresztül. A Regionális Egészségügyi Ügynökség felelős a lakosság egészségügyi ellátásának koordinálásáért (beleértve a megelőzést, a gondozást, a közegészségügyi, illetve a szociális ellátást.) A 2020-as adatok alapján a kórházi kapacitás 60 százaléka állami, 25 százaléka magán profitorientált, illetve 15 százaléka pedig magán nonprofit formában működik.⁴⁵

Az SHI keretében az összes kórház költségtérítést kap a diagnosztizált csoportos (DRG) rendszeren keresztül, A profitorientált magánklinikák az állami kórházakkal megegyező finanszírozási mechanizmussal rendelkeznek. A francia egészségbiztosítási rendszer (SHI) – amelybe kötelező a becsatlakozás- fedezi a legtöbb kórházi, orvosi és tartós ápolási költségeket, illetve a vényköteles gyógyszereket.

Az SHI által biztosított egészségügyi ellátások: kórházi ellátás; kezelés állami vagy magán rehabilitációs vagy fizioterápiás intézményekben; házi orvosok, szakorvosok, fogorvosok, gyógytornászok és szülésznők által nyújtott járóbeteg-ellátás, szülészeti szolgáltatás (a terhesség 12. hetétől a szülés utáni hat hónapig); az újszülöttgondozás és gyermekek megelőző egészségügyi ellátása 4 éves korig; az orvosok által előírt, laboratóriumok és paramedikálisok által végzett diagnosztikai szolgáltatások; vényköteles gyógyszerek; a költségtérítést jóváhagyott orvosi készülékek (beleértve: tartós felszereléseket kerekesszékek, protézisek); az előírt egészségügyi ellátással összefüggő szállítás és otthoni ellátás.

Emellett az SHI részben fedez további egészségügyi szolgáltatásokat. Ezek: a hosszú távú hospice- és mentális egészségügyi ellátás, fogászati ellátás, látásgondozás, hallókészülékek biztosítása. Továbbá az alacsony jövedelműek számára biztosított az ingyenes vagy a kedvezményes egészségbiztosítási ellátás, beleértve az ingyenes látásápolást és fogászati ellátást

⁴⁵ Mirror, 2021: Nemzetközi egészségügyi rendszerek, 2020 /Franciaország, elérése: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/france> (2022.08.25)

Egyes orvosok, a kórházi tartózkodás időtartama alapján az országos díjszabás felett számlázhatnak.

Az alap- és szakellátás költségmegosztásának három formája: társadalombiztosítás, önrész és egyenlegszámlázás⁴⁶.

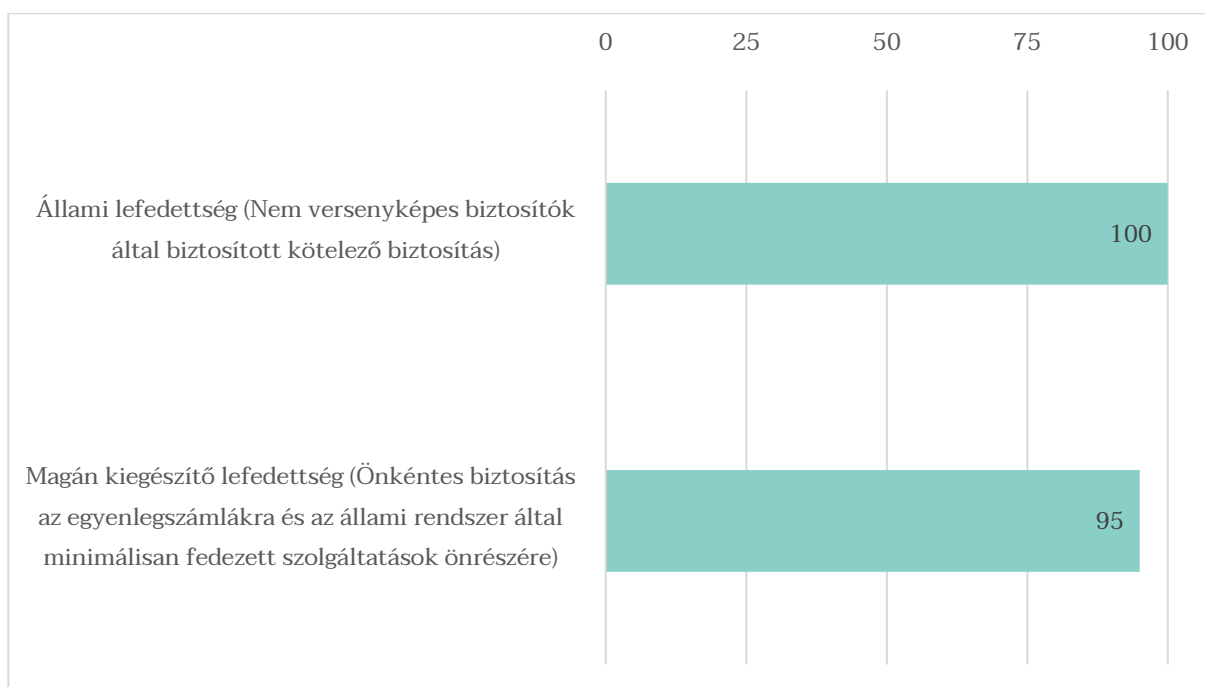
Az egészségbiztosítási rendszert (SHI) a munkaadók és munkavállalók által befizetett bérjárulékok, a nemzeti jövedelemadó, valamint bizonyos iparágakra és termékekre kivetett adók, illetve az állami támogatások finanszírozzák. 2017-ben a finanszírozás 53 százalékát a bérre fizetendő adók, járulékok tették ki, ennek 80 százaléka a munkáltatóktól származott. A finanszírozás 34 százalékát a nemzeti célú jövedelemadó, 12 százalékát a dohány- és alkoholtermékekre, a gyógyszeriparra és az önkéntes egészségbiztosítóra (VHI) kivetett adók, 1 százalékát pedig az állami támogatások adták.⁴⁷

A francia állampolgárok 95 százaléka rendelkezik kiegészítő biztosítással. Ez az önkéntes egészségbiztosítási (Voluntary Health Insurance, VHI), amelyet leginkább a munkáltatón keresztül biztosítják, de a magánszemély is köthet ilyen biztosítást. 2016-tól a munkaadók a munkáltató által támogatott VHI költségének legalább az 50 százalékát fizetik. Ez a kiegészítő biztosítás mértéke változó, de többek között fedezi az önrész, vagyis a hatósági díj és az SHI által meghatározott visszatérítési díj különbözetét. Emellett a kiegészítő biztosítás olyan költségeket is fedezhet, amelyeket az SHI csak részben támogat, úgy, mint fogászati ellátás, hallás- és látásgondozás, amit az ún. zsebből kellene fizetni (out-of-pocket cost). Ezeket a kiegészítő biztosításokat főként non-profit, foglalkoztatási alapú egyesületek, intézetek nyújtják, de korlátozott szolgáltatásokat profitorientált magáncégek is kínálhatnak.

⁴⁶ Egyenlegszámlázás akkor történik, mikor szolgáltatók által a pacienseknek kiszámlázott összeg magasabb, mint a betegbiztosítás által fizetett összeg. Ezt a különbözetet (vagy az egyenleget) az egyes szolgáltatók kiszámlázzák a betegnek. Forrás: <https://www.healthinsurance.org/glossary/balance-billing/> (2022.08.21)

⁴⁷ Mirror, 2021: Nemzetközi egészségügyi rendszerek, 2020 /Franciaország, elérése: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/france> (2022.08.25)

53. ÁBRA: A BIZTOSÍTOTT NÉPESSÉG ARÁNYA FRANCIAORSZÁGBAN, SZÁZALÉK



Forrás: International Profiles of Health Care System, 2020; US Health Care System (2020. december), letöltve 2022.08.18, elérése: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf

5.6. Olaszország⁴⁸

Olaszországban az 1978-ban létrehozott Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (Servizio Sanitario Nazionale, SSN) biztosítja az egyetemes (univerzális) egészségbiztosítást. Az egyetemes egészségbiztosítás minden állampolgárra és legális külföldi lakosra kiterjed. Emellett 1998 óta az okmányokkal nem rendelkező bevándorlók sürgős és alapvető szolgáltatásaikra is kiterjesztették.

Az egészségügyi ellátás biztosítása decentralizált. A központi kormány felelősségi körébe tartozik a nemzeti egészségügyi politika és ennek a prioritásai, illetve az éves SSN-finanszírozást is. Ugyanakkor a 19 régió és a 2 autonóm tartomány gondoskodik az egészségügyi ellátás biztosításáról, amelyet 100 helyi egészségügyi egységen keresztül látnak el. A régiók nagyfokú önállóságot élveznek az

⁴⁸ International Profiles of Health Care System, 2020 (2020. december), elérések: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries> és <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly>, továbbá az International Citizens Insurance honlapja, elérése: <https://www.internationalinsurance.com/health/systems/italy.php> (2022.08.25.)

egészségügyi rendszereik struktúrájához. A helyi egészségügyi egység alap- és kórházi ellátást, járóbeteg szakellátást, közegészségügyi ellátást, illetve a szociális ellátáshoz kapcsolódó egészségügyi szolgáltatásokat nyújtanak. Mindegyik helyi egészségügyi egységnek van – a regionális kormányzó által kinevezett – főigazgatója. A régiók a központilag meghatározott univerzális egészségügyi szolgáltatásokon felül további egészségügyi szolgáltatásokat is nyújthatnak, azonban ezeket maguknak kell finanszírozniuk. Az állami egészségügyi létesítmények minősége régióként eltér, mivel a helyi egészségügyi egységek működtetik a kórházakat. Ennek keretében az állami és akkreditált (profitorientált és nonprofit) magánkórházak számára biztosítanak állami forrásokat. Az állami kórházak működtetésének két formája van: közvetlenül vagy félig független állami vállalati formában.

A központi kormányzat által meghatározott, minden régióban, minden lakos számára biztosított egyetemes egészségügyi szolgáltatások mellett az egyes régiók saját forrásból további szolgáltatásokat is biztosíthatnak. Az egységes, a központi kormányzat által meghatározott egészségügyi szolgáltatások: alapellátás, fekvőbeteg (kórházi) ellátás, járóbeteg szakellátás, megelőző gyógyászat, vényköteles gyógyszerek, szülészeti ellátás, otthon ápolás, hospice ellátás.

A fogászati ellátás csak a 16 év alatti gyermekekre és a veszélyeztetett lakosságra, illetve a gazdasági és sürgősségi rászorulókra vonatkozik.

A vényköteles gyógyszereknél három szintet határoztak meg: életmentő és a krónikus betegségek kezelésére, csak kórházi körülmények között alkalmazható, illetve minden egyéb, amelyre nem vonatkozik az SSN.

Ingyenes az alap- és fekvőbeteg ellátás a felhasználás helyén, illetve a legtöbb megelőző szűrés is. Bizonyos esetekben önrészt kell fizetni, ilyen a szakorvosi vizsgálat és látogatás, diagnosztikai eljárások, az ambuláns gyógyszerek, illetve régióktól függően a feleslegesen igénybe vett sürgősségi szolgáltatások esetében. Az önrésznek (a betegek hozzájárulásának) százalékos mértéke kezelésektől is függ, emellett régióként is eltér. Ugyanakkor bizonyos esetekben ezeket az önrészeket nem kell fizetni. Mentésülnek a fizetés alól az alacsony jövedelmű⁴⁹

⁴⁹ Nemzeti szinten meghatározott jövedelmi küszöb.

háztartásban élő 6 év alatti gyermekek és 65 év feletti felnőttek, illetve a súlyosan fogyatékkal élők, a fogvatartottak, valamint az állapotukkal kapcsolatos kezelések esetében szintén mentesülnek a ritka vagy a krónikus betegségben szenvedők, illetve a várandós nők.

Az állami és a magánszolgáltatók az SSN-nel kötött szerződés alapján nem számíthatnak fel a meghatározott díjaknál magasabbat.

Az alapellátást szerződéses formában, fejkvóta alapján (egyéni vállalkozókként) a független házi orvosok és gyermekorvosok látják el. Vidéken és távoli területeken dolgozó házi orvosok és gyermekorvosok pótdíjat kapnak. A házi orvosok – az SSN-es szerződés mellett – a régiók és a helyi egészségügyi egységekkel szerződéseket köthetnek további szolgáltatásokra. A házi orvos fizeti az összes költséget, amely kiterjed az orvosi eszközökre, irodabérletre és személyzetre.

Az állami egészségügyi ellátást a központi kormányzat által beszedett társasági és áfa-bevételekből finanszírozzák. A beszedett társasági adót országosan összevonják és visszautalják a régióknak, amelyeket az ellátásért felelős regionális önkormányzatoknak osztanak szét. Az áfa-bevétel fix hányadát azon a rászoruló régióknak nyújtják, akik nem rendelkeznek az alapvető szolgáltatások biztosításához szükséges forrással.

Az olasz egészségügyi biztosítási rendszerben a magán egészségbiztosításnak korlátozott szerepe van, mivel az állami egészségügyi rendszer nem teszi lehetővé az SSN-ből való kilépést. Emiatt a magán egészségbiztosítás csak kiegészítő jellegű (complementary and supplementary private health insurance). A lakosság közel 10 százalékának van valamilyen önkéntes egészségbiztosítása, amelyet az SSN-en kívüli szolgáltatásokra fordítanak.⁵⁰ Úgy, mint magasabb kényelmi szolgáltatás a kórházi ellátásoknál, vagy szélesebb egészségügyi szolgáltatás a magán és/vagy az állami szolgáltatóknál.

Az adókedvezmények a pótló/kiegészítő (önrész) biztosítást (complementary insurance) előnyben részesíti az önkéntes kiegészítő biztosítással (supplementary voluntary insurance) szemben. Míg az első az egészségügyi ellátásnál a

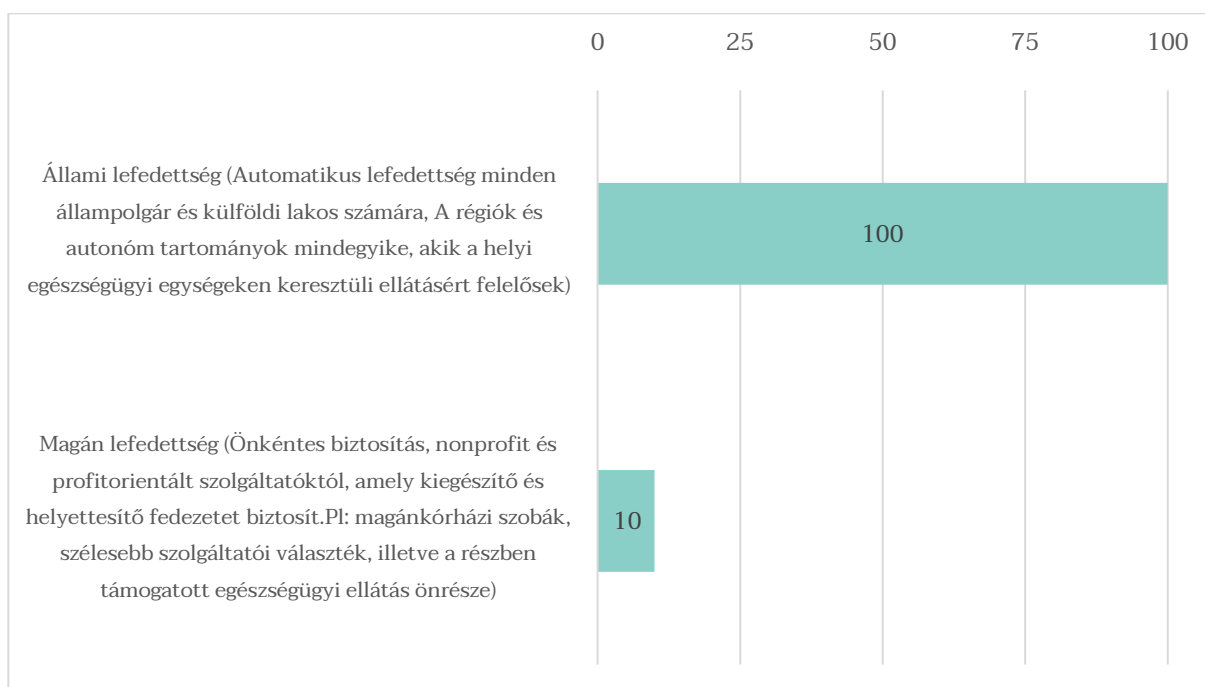
⁵⁰ Mirror, 2021: Nemzetközi egészségügyi rendszerek, 2020 /Olaszország, elérése: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/italy> (2022.08.25)

biztosítottokra vonatkozó önrészt fedezi (pl. szakorvosi látogatás díja, amelyet a törvény által meghatározott felső határig önrészt kell fizetni, bizonyos gyógyszerekért stb.), addig az utóbbi SSN-ben nem szereplő egészségügyi szolgáltatások költségeire nyújt fedezetet. Emellett van egy adókedvezmény is, azok, akik egy adott évben az arra az évre meghatározott összegnél többet fizet „saját zsebből” (out-of-pocket), azok jogosultak adójóváírásra. Az adójóváírás (medical expenses credit) mértéke 19 százalék. ⁵¹

A magán-egészségbiztosításnak kétformája van. Az egyik, a vállalati, a másik a nem vállalati (magánszemélyekre vonatkozó). A vállalati magán-egészségbiztosítás esetében a munkaadók alkalmanként magán egészségbiztosítást kínálnak plusz jutatás formájában a saját alkalmazottaik számára. A másik esetben pedig a magánszemélyek vásárolnak egészségbiztosítást maguknak vagy a családjuknak. Ezek az egészségbiztosítók profitorientált és nonprofit szervezetek is lehetnek. A magán-egészségbiztosítási piacon jelen vannak az önkéntes kölcsönös biztosítók, a munkavállalók számára létrehozott vállalati és kollektív alapok, illetve azok a szakmai szervezetek, amelyek a munkavállalóik és a tagjai számára nyújtanak egészségbiztosítást.

⁵¹ PWC Olaszország egyéni adók gyűjtőoldala, elérhetősége: <https://taxsummaries.pwc.com/italy/individual/other-tax-credits-and-incentives> (2022.08.25)

54. ÁBRA: A BIZTOSÍTOTT NÉPESSÉG ARÁNYA OLASZORSZÁGBAN, SZÁZALÉK



Forrás: *International Profiles of Health Care System, 2020; US Health Care System (2020. december), letöltve 2022.08.18, elérése: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf*

5.7. Hollandia⁵²

Hollandiában az egyetemes (univerzális) társadalombiztosítási rendszer magába foglalja az állami és a magánbiztosítást is. Jelenleg is a a 2006-ban bevezetett új egészségbiztosítási törvény alapján működik az egészségbiztosítási rendszer. Ekkor egyesítették a hagyományos állami és magánbiztosítási piacokat. Így egy kötelező ún. univerzális társadalombiztosítás program jött létre, amelyben a szabályozás az

⁵² International Profiles of Health Care System, 2020 (2020. december), elérések: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries> és <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly>, Expatica tájékoztató honlapja a holland egészségügyi rendszerekről (utolsó frissítés: 2022.08.24) és egészségügyi biztosításaikról (utolsó frissítés: 2022.07.01), elérhetőségek: <https://www.expatica.com/nl/healthcare/healthcare-basics/healthcare-in-the-netherlands-100057/> és <https://www.expatica.com/nl/healthcare/healthcare-basics/a-guide-to-health-insurance-in-the-netherlands-109293/>, továbbá az AEEK-nak az Egészségügyi Rendszerek Adattára/Holland egészségügyi rendszerek jellemzői, elérése: <https://era.aEEK.hu/index-hasonlito.php> (2022.08.26)

állam feladata, azonban az egészségbiztosítást magáncégeken keresztül biztosítják. Ezek a magánbiztosítók általában nonprofit szervezetek.

Hollandiában az egészségbiztosítási rendszer kétszintű.

Az egyik az alap egészségbiztosítás (Zorgverzekeringswet, Zvw), amelyet minden lakostól megkövetelnek (részletek lentebb). Erre egy havi díjat kell fizetni, amely ennek ellenében a legtöbb egészségügyi szolgáltatást (orvosi rendelések, kórházi utazások) fedezi. Ezen alapcsomagok esetében a biztosítók kötelesek minden jelentkezőt azonos feltételek mellett befogadni. Ezek a biztosítási díjak egységesek, függetlenek az életkortól vagy az egészségi állapottól. A jelentkezők pedig évente biztosítót válthatnak, amelyet január 1-je előtt be kell jelenteni (szerződés felmondási szándékot). Az új szerződés megkötését a megkötéstől számított 14 napon belül vissza lehet mondani. Természetesen emellett kiegészítő önkéntes egészségbiztosítást is lehet kötni, amelynek a díjai a nyújtott szolgáltatások és egyéb szempontok alapján eltérnek. Ezeket a kiegészítő önkéntes biztosításokat az alapszolgáltatást nyújtó biztosítóknál is meg lehet kötni.

A másik a hosszú távú ápolási és gondozási kezelésekre vonatkozó (Wet langdurige zorg, Wlz) biztosítás. Ennél a biztosításnál a kormány felméri a szerződő helyzetét és ez alapján meghatározza a szükséges ellátást. Ehhez a 18 évesnél idősebbeknek a fizetésüktől függő pénzbeli hozzájárulást kell fizetniük. Ezen egészségbiztosítások mellett egyéb kiegészítő biztosítási csomagot (egészségügyi biztosítási kötvény) is lehet vásárolni, de annak a havi díjai eltérőek. Ezek már több tényezőtől (pl. szolgáltatások, a szerződő fél kora, egészségi állapota stb.) is függ.

Minden holland állandó lakos (és azok a nem állandó lakosok, akik holland jövedelemadót fizetnek), illetve kötelesek egészségbiztosítást (statutory health insurance) kötnie a magánbiztosítókkal. A 18 év alatti gyermekek esetében a szülők (gondviselő) biztosítási kötvénye vonatkozik. Azok, akik nem rendelkeznek egészségbiztosítással, pénzbírságot kapnak és a biztosítási díjukat közvetlenül a bevételükből szedhetik be. A három hónapnál hosszabb ideig Hollandiában élő állandó lakosok is kötelesek magánbiztosítást (private insurance) kötni. Lelkiismereti okból is megtagadható az egészségbiztosítást, ehhez felmentést kell

kérni, ekkor az egészségügyi megtakarítási számlára történő kötelező befizetéssel együtt lemondhatnak a biztosításról. Az állami biztosítás megkötése alól mentesülnek a Honvédelmi Minisztérium alá tartozó fegyveres erők tagjai (rájuk más biztosítás vonatkozik.) A rövid távú látogatók akkor kötelesek biztosítást kötni a látogatásuk idejére, ha a saját országukban nem rendelkeznek egészségbiztosítással. Ugyanakkor nem vásárolhatnak egészségbiztosítást az okmányokkal nem rendelkező bevándorlók, így a legtöbb kezelést saját zsebből (out-of-pocket) kell finanszírozniuk, kivéve az akut ellátást, a szülészeti szolgáltatásokat és a tartós gondozást.

A kormány felelős az egészségügyi ellátás rendszerének kialakításáért (pl. prioritások, hozzáférés, minőség, költségek, rendszer működtetési szabályok stb.) A holland egészségügyi ellátásért az Egészségügyi, Jóléti és Sportminisztérium⁵³ a felelős. A minisztérium feladata az egészségügyi ellátás távolról történő védelme, ugyanakkor nem feladat a rendszer közvetlen irányítása. Az önkormányzatok felelősek bizonyos egészségügyi szolgáltatások felügyeletéért, beleértve a megelőző szűréseket és a járóbeteg-ellátást.

A kötelező egészségbiztosítás tételeit törvény keretében a kormány határozza meg. Jelenleg a következőket tartalmazza: házi orvosok által nyújtott ellátás, szakellátás, kórházi ellátás, terhességi/szülészeti ellátás, 18 éves korig a fogászati ellátás és fizioterápia, otthonápolás, vényköteles gyógyszerek, ambuláns mentálhigiénés szolgáltatások (alapellátás enyhe-közepes fokú mentális zavarok esetén), komplikált és súlyos mentális zavarok járó- és fekvőbeteg szakellátása, korlátozott számú egészségfejlesztési program (beleértve a dohányzásról való leszokást és néhány testsúlykezelési tanácsot).

Bizonyos krónikus betegségekből szenvedő betegeknél az egyes kezeléseket (pl. általános fizioterápia) csak részben biztosítják. Vannak olyan választható eljárások, amelyeket a kötelező egészségbiztosítás nem enged, ilyen a 18 év felettiek fogászati eljárása vagy az orvosi javaslat nélküli látásgondozás. Szintén nem támogatottak az orvosi eszközök, például a hallókészülékek, ortopéd cipők, a kerekesszékeket és más járást segítő eszközök sem. Nem része a kötelező

⁵³ Holland Egészségügyi, Jóléti és Sportminisztérium honlapjának elérése: <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport> (2022.08.26)

egészségbiztosításnak a megelőzés és a szociális támogatás, illetve a tartós ápolás sem, ezeket az egészségbiztosítástól elkülönítve, az általános adókból finanszírozzák. Ezen túlmenően az önkormányzatok a népegészségügyi törvény által előírt a nemzeti prevenciós programok mellett további prevenciós programokat is bevezethet

Az egészségügyi alapellátást az alapellátási központok és a háziorvosi szolgálatok, illetve a másodlagos és sürgősségi szolgáltatásokat a kórházak hálózata biztosítja.

A kötelező egészségbiztosítást három forrásból finanszírozzák. Az egyik nagy része a nemzeti szinten meghatározott éves jövedelemadó (2016-ban 45 százalék volt), a másik nagy része az egyes biztosítók által külön-külön meghatározott, a magánszemélyeknek szóló biztosítási díjak (2016-ban szintén 45 százalék), amelyeket az egyes biztosítók külön-külön határoznak meg. Ezek a biztosítási díjak egységesek, függetlenek az életkortól vagy az egészségi állapottól. A fennmaradó részt pedig a 18 év alatti gyermekek egészségbiztosításának állami támogatása adja.⁵⁴ A fenti díjakat egy központi egészségbiztosítási pénztárba kell befizetni, amely a biztosítók között azt újra osztja. Az újraelosztásnál figyelembe veszik az életkort, a nemet, a munkaerő státuszát, a régiót, az egészségügyi kockázatot. Ez utóbbi esetében a múltbeli gyógyszerfogyasztást és a kórházhasználatot.

A kötelező biztosításnak van egy ún. éves önrésze (a fizetendő havi díjon felül), amelyet előbb meg kell fizetni és csak utána indul be a biztosítási kötvény alapján a fedezet. Ez 2020-ban évi 385 euró volt.⁵⁵ A munkáltatók is nyújthatnak vállalati egészségbiztosítási csomagokat a dolgozóiknak, de ez nem kötelező. A háziorvosi szolgáltatásokért, a szülészeti és szülés utáni ellátásért, mert ezek teljesen ingyenesek. A kiskeresetűek (évi 29.500 euró alatt) a befizetésekkel igényelhetnek egészségügyi ellátást. Például a 20.500 eurónál kevesebbet keresők

⁵⁴ Mirror, 2021: Nemzetközi egészségügyi rendszerek, 2020 /Hollandia, elérése: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands>

⁵⁵ Expatica tájékoztató honlapja a holland egészségügyi rendszerekről (utolsó frissítés: 2022.08.24) elérhetősége: <https://www.expatica.com/nl/healthcare/healthcare-basics/healthcare-in-the-netherlands-100057/>

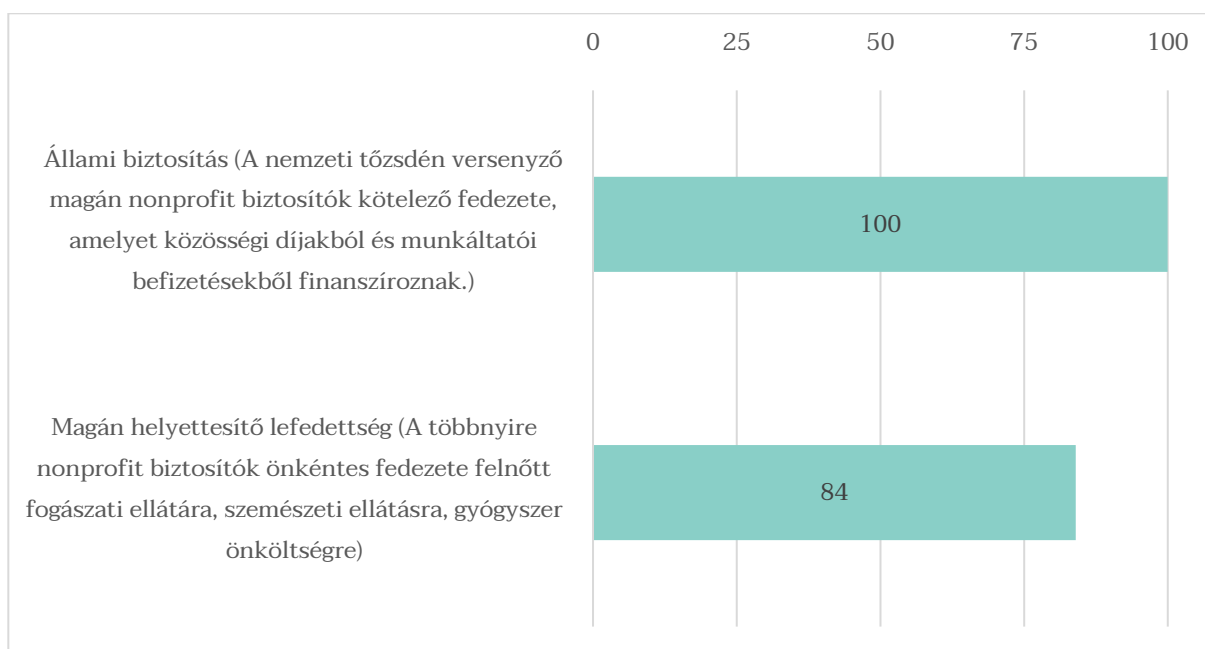
havi maximum 99 euró juttatást igényelhetnek. Az aktuális mértéket az adóhatóság határozza meg és jeleníti meg a honlapján.⁵⁶

Ugyanakkor bizonyos szolgáltatások esetében (pl. felnőtt fizioterápia, orvosi eszközök stb.) a fenti önrész fizetésén felül további fizetésre is szükség van. Épp emiatt a fenti kötelező magánbiztosítás mellett a lakosság nagy része rendelkezik kiegészítő önkéntes magánbiztosítással (supplementary voluntary insurance), amelyet a kötelező biztosítás által nem fedezett szolgáltatások fizetésére fordítanak. Ilyen például a fogászati ellátás, az alternatív gyógyászat, fizioterápia (a kötelező biztosításnál nem fedezett rész), szemüvegek és lencsék stb. Ezzel a kiegészítő önkéntes biztosítással rendelkezők egyrészt nem részesülnek gyorsabb ellátásban, másrészt sem a szakorvosoknál, sem pedig a kórházaknál nem kapnak szélesebb körű ellátást. Ezen kiegészítő önkéntes magánbiztosítások díjai már nincsenek szabályozva. A biztosítók a jelentkezőket megsűrhetik a kockázati tényezők alapján. Tapasztalatok alapján ezt a kiegészítő önkéntes magánbiztosítást általában annál a szolgáltatónál vásárolják meg, ahol a kötelező egészségbiztosításuk van.

Hollandiában minden kórház magánszervezet, de a nyereséget nem lehet a részvényesek között felosztani, vagyis a kórházi piac gyakorlatilag teljes mértékben nonprofit.

⁵⁶ Expatica tájékoztató honlapja a holland egészségügyi biztosításokról (utolsó frissítés: 2022.07.01), elérhetősége: <https://www.expatica.com/nl/healthcare/healthcare-basics/a-guide-to-health-insurance-in-the-netherlands-109293/>

55. ÁBRA: A BIZTOSÍTOTT NÉPESSÉG ARÁNYA HOLLANDIÁBAN, SZÁZALÉK



Forrás: *International Profiles of Health Care System, 2020; US Health Care System (2020. december), letöltve 2022.08.18, elérése: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf*

5.8. Dánia⁵⁷

Dániában nemzeti egészségügyi rendszer működik, amely széles körű egyetemes és ingyenes egészségügyi szolgáltatást biztosít a rendszerben lévők számára. A jelenlegi egészségügyi rendszer 1973-tól létezik. Az 1800-as évek második felétől kezdve a jelenlegi dán egészségügyi rendszer fokozatosan alakult ki; kezdetben állami biztosítás nélküli betegpénztárakként működtek, amely az alapellátást és a kórházi ellátás használati díjait fedezte.

⁵⁷ International Profiles of Health Care System, 2020 (2020. december), elérések: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries> és <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly>, F&P, a Biztosító- és Nyugdíjtársaságok Kereskedelmi Szövetsége statisztikája, elérése: <https://www.fogp.dk/statistik/sundhedsforsikringer/> (2022.08.24.) a skandináv élet honlap: társadalombiztosítás Dániában cikk, 2021. január 21, elérése: <https://scandinavia.life/hu/tarsadalombiztositas-daniaban/> és Dán egészségügyi rendszer cikke, 2020. március 26. <https://scandinavia.life/danish-healthcare-system/#more-1787> (2022.08.24.), Duke Center for Personalized Health Care honlap, elérése: <https://dukepersonalizedhealth.org/2021/07/introduction-to-the-danish-healthcare-system/> (2022.08.24)

A dán államilag finanszírozott egészségügyi rendszerben minden regisztrált dán lakos automatikusan beiratkozik. Ebbe a körbe tartozik a regisztrált bevándorlók és a menedékkérők, ugyanakkor az okmányokkal nem rendelkező bevándorlók már nem tartoznak ide, őket magánfinanszírozású szervezetek segítik.

Dániában két állami biztosítási lehetőség van. Az egyik esetében a házi orvosok látják el a kapuőr szerepét és néhány szakellátástól eltekintve a beutalóra van szükség (ezt a rendszer preferálja a dán lakosság 98%-a). A másik esetében a szakorvosi ellátáshoz nem kell beutaló, de önrészt kell fizetni. Ugyanakkor a kórházi ellátás esetén mindkét esetben szükség van beutalóra.

A központi kormány „csak” meghatározza és felügyeli az egészségügyi rendszert, de a szolgáltatásnyújtást – mint regionális önkormányzati feladatot – már az öt régió önkormányzata látja el. A kormány az egészségügyi szolgáltatások szabályozási kereteit határozza meg, illetve az általános tervezésért, az ellátás minőségének ellenőrzésért, és az egészségügyi szakemberek engedélyezésért felelős.

Az egészségügynek nincs egy országosan meghatározott csomagja, mivel a nemzeti törvények, megállapodások, irányelvek és szabályok alapján az öt régió dönt a szolgáltatások szintjéről és az új orvosi kezelésekről. Az önkormányzatok – az országos szabályozási keretek között – döntenek az egyéb jóléti szolgáltatásokról.

Az országos, államilag finanszírozott egészségügyi rendszer az alábbi egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki: alap- és megelőző ellátás, szakellátás, kórházi ellátás (beleértve a fekvőbeteg vényköteles gyógyszereket), mentálhigiénés ellátás, hosszú távú kezelés, 18 év alatti gyermekek fogászati szolgáltatása. Ezen túlmenően részben támogatják az ambuláns vényköteles gyógyszereket, a felnőtt fogászati ellátást, a fizioterápiát és az optometriai szolgáltatásokat.

Az önkormányzat feladata az otthoni ellátás megszervezése és finanszírozása, továbbá az önkormányzatok teljes mértékben finanszírozzák a következő szolgáltatásokat: szülészeti ellátás, védőnői látogatás, illetve a kisgyermekek és az óvodások konzultációja. Mindemellett az önkormányzat felelőssége, hogy a tartósan rászorulóknak részére a tartós egészségügyi felszereléseket biztosítsa.

Ugyanakkor a hospice ellátást a régiók biztosítják (beleértve a finanszírozást is).

Dániában az egészségügyi rendszert alapvetően a progresszív nemzeti jövedelemadókból finanszírozzák. A kormány a régiók és a települések között osztja szét, amelyet többnyire a demográfiai és társadalmi különbségekhez is igazodó támogatási keretként biztosít. A regionális és önkormányzati egészségügyi szolgáltatások állami finanszírozásának kisebb részét a kormány és a régió vagy a települési önkormányzat által közösen előre meghatározott kiemelt célok, területek megvalósítására szolgálnak. A jelenlegi célok a kórházi ellátásról az alapellátásra és az otthoni ellátásra való ösztönzés. A régiók saját kórházait maguk finanszírozzák és működtetik. (A magánkórházak száma viszonylag kicsi és többnyire speciális ellátásra szakosodnak.) Emellett szintén a régiók önkormányzatai finanszírozzák a házi orvosok, szakorvosok, gyógytornászok, fogorvosok és gyógyszerészek által nyújtott szolgáltatások nagy részét, illetve a speciális rehabilitációt is. Az állami és az önkormányzati támogatás aránya 20-80 százalék között alakult 2020-ban⁵⁸.

A magán-egészségbiztosítás kiegészítő önkéntes egészségbiztosítás (complementary voluntary health insurance) formában jelenik meg a dán egészségügyi rendszerben. Egyéni alapon lehet egészségbiztosítást vásárolni, amelyet a törvény által előírt önrészekre (például nem vényköteles gyógyszerek, fogászati ellátás), illetve az állam által csak részben finanszírozott szolgáltatások (például fizioterápia) saját részének kifizetésére fordítják.

Ezen kívül van még kiegészítő biztosítás (supplementary insurance), amelyet profitorientált biztosítók értékesítenek, főként a magánmunkaadókon keresztül béren kívüli juttatás formájában. Az állami szférában dolgozók egy része is biztosított. Ugyanakkor a diákokra, a nyugdíjasokra, a munkanélküliekre, illetve a munkaerőpiacon kívüliekre ez nem vonatkozik. Ez a kiegészítő egészségbiztosítás a magánszolgáltatóknál szélesebb körű kínálatot biztosít. Ezt a dán lakosság

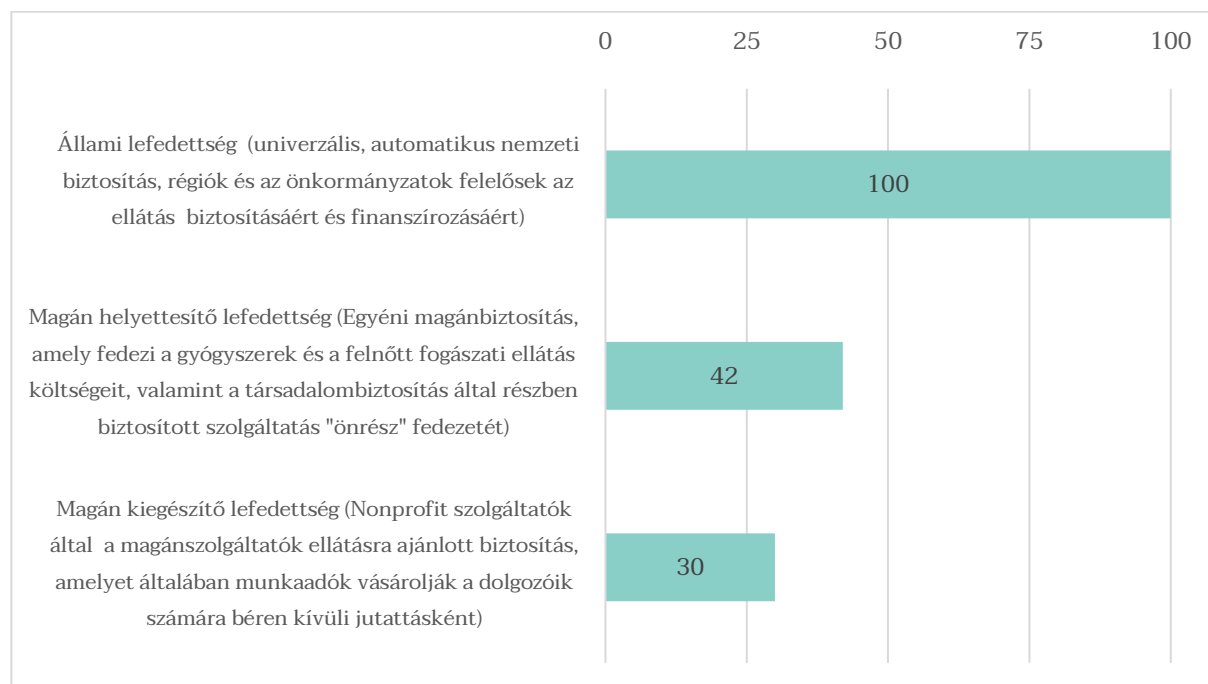
⁵⁸ Mirror, 2021: Nemzetközi egészségügyi rendszerek, 2020 /Dánia, elérése: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/denmark> (2022.08.24)

főként és kisebb választható műtétekre (beleértve az előzetes vizsgálatot és a szükséges utókezelést), illetve fizioterápiára fordítja.⁵⁹

Tekintettel arra, hogy a legtöbb egészségügyi ellátást az állami egészségbiztosítás fedezi, így csak korlátozott mértékben van igény a védőhálóra. A dánok az ambuláns gyógyszerekre éves összegben maximált támogatást kapnak. Ezen kívül gyógytornára (fizioterápia) és felnőtt fogászati ellátásra is támogatást nyújtanak. Továbbá az önkormányzatok az idősek tartós gondozásához rászorultságtól függően támogatást adnak.

Tájékoztatásul megjegyezzük, hogy Dánia a tartós ápolási szolgáltatásokat is beleszámolja a teljes egészségügyi kiadások elszámolásában (pl. GDP-ben kifejezett egészségügyi kiadások) szemben az OECD többi országával.⁶⁰

56. ÁBRA: A BIZTOSÍTOTT NÉPESSÉG ARÁNYA DÁNIÁBAN, SZÁZALÉK



⁵⁹ F&P, a Biztosító- és Nyugdíjtársaságok Kereskedelmi Szövetsége statisztikája, elérése: <https://www.fogp.dk/statistik/sundhedsforsikringer/> (2022.08.24.)

⁶⁰ Mirror, 2021: Nemzetközi egészségügyi rendszerek, 2020 /Dánia, elérése: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/denmark> (2022.08.24)

Forrás: *International Profiles of Health Care System, 2020; US Health Care System (2020. december)*, letöltve 2022.08.18, elérése: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf

5.9. Amerikai Egyesült Államok⁶¹

Az Amerikai Egyesült Államokban nincs általános egészségbiztosítási rendszer; az egészségügyi ellátási rendszer egy ún. vegyes modellben működik, amely nem nyújt egyetemes lefedettséget. Ebben a rendszerben megjelennek a magán és állami, profitorientált és nonprofit biztosítók és egészségügyi szolgáltatók. Az egészségügyi intézmények nagy része a magánszektorhoz tartozik. Az Egyesült Államokban az Egészségügyi és Humánszolgáltatások Minisztériuma (HHS) látja el az orvostudomány, a közegészségügyi és a szociális szolgáltatások nemzeti szintű biztosítását⁶². A HHS a szövetségi kormányzat része. A HHS mellett az USA egészségügyi szervezeteinek felügyeleti ügynöksége, mint például az Élelmiszer- és Gyógyszerügyi Hatóság (FDA), a Medicare és Medicaid Services (CMS), a National Institutes of Health (NIH), az Egészségügyi Kutatási és Minőségi Ügynökség (AHRQ) és a Betegségellenőrzési és Megelőzési Központok (CDC) is gondoskodik a nemzeti szintű egészségügyi ellátásról.

Az USA-ban az Amerikai Kórház Szövetség adatai alapján 2020-ban a közösségi kórházak 58 százaléka non-profit, 19 százaléka állami és szövetségi tulajdonban van, illetve 24 százalékuk profitorientált.⁶³ A szövetségi kormány különböző programokat (Medicare, Medicaid, ACA stb.) finanszíroz, míg az egyes államok finanszírozzák és biztosítják a helyi egészségügyi lefedettséget és biztonsági hálót. A szövetségi és állami szabályozáson belül az állami és magánbiztosítók saját

⁶¹ ERA Egészségügyi Rendszerek Adattára, Nemzetközi országtanulmánya:-Az egészségügyi rendszer jellemzői /USA, link: <https://era.aeek.hu/index-hasonlito.php> és az USA kormányának hivatalos honlapja (CMS.gov, Centers for Medicare & Medicaid Services) <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData> (2022.08.18)

⁶² Az Amerikai Egyesült Államok Egészségügyi és Humánszolgáltatási Minisztériuma, elérése: <https://www.hhs.gov/about/index.html> (2022.08.19.)

⁶³ Az Amerikai Kórház Szövetség honlapján, elérése: <https://www.aha.org/infographics/2020-07-24-fast-facts-infographics> (2022.08.19)

juttatási csomagokat és költségmegosztási struktúrát alakítanak ki. Tekintettel arra, hogy nincs általános egészségbiztosítási rendszer. A lakosság különböző módon lehet biztosított, vagy az állam által nyújtott programok valamelyikén keresztül, vagy a munkáltatójukon/családtagjukon keresztül, vagy pedig önálló egészségbiztosítást kötnek. Azonban vannak, akik egyik csoportba sem tartoznak, ők a nem biztosítottak. A biztosítók a szerződésben megállapított összegek szerint fizetnek a szolgáltatóknak (kórházak és klinikusok) az egészségügyi szolgáltatásokért, amelyek a szolgáltatások teljes költségének nagy részét fedezik, de emellett van önrész is.⁶⁴

Az állami egészségbiztosítási programok folyamatosan változnak. Az első ilyen programot 1965-ben vezették be. Ezek a programok a teljesség igénye nélkül: Medicare, Medicaid, Gyermek egészségbiztosítási program (Children's Health Insurance Program, CHIP), Szövetségi munkavállalói egészségügyi ellátási program (Federal Employees Health Benefits Program, FEHBP), Indian Health Service (IHS), Katonai Egészségügyi rendszer (Military Health System, MHS/Tricare), Idősek All-Inclusive Gondozási Programja (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE), Veteránok egészségügyi rendszere (Veterans Health Administration (VHA)) stb.

Medicare: Ez a szövetségi kormány által működtetett biztosítási program, amely az Egyesült Államok teljes területére kiterjed. A programot a Centers for Medicare & Medicaid Services ügynökségen keresztül működteti. A program elsősorban – jövedelmüktől függetlenül – a 65 év és afeletti lakosság, illetve a fiatal fogyatékkal élő és a dializált betegek számára biztosítja az egészségügyi ellátást. Az éves hozzájárulás mellett a betegnek a díjak negyedét/felét kell megtérítenie, illetve a szemüvegért, hallókészülékért, fogkezelésért, bizonyos gyógyszerekért pedig teljes árat kell fizetnie. Emiatt akinek lehetősége van rá, ezen „önrész”-t külön biztosítással fedezi.⁶⁵

⁶⁴ International Profiles of Health Care System, 2020 (2020. december), elérések: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries> és <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly>, és az ISPOR egészségügyi honlap, elérése: <https://www.ispor.org/heor-resources/more-heor-resources/us-healthcare-system-overview>

⁶⁵ Barack Obama egészségügyi reformja cikk 2012.08.24, elérése: http://medicalonline.hu/kitekinto/cikk/obama_reformja (2022.08.19)

Medicaid⁶⁶: Ez egy szövetségi segítő program, amelynek személyi hatálya életkortól függetlenül az alacsony jövedelmű lakosság. A biztosítottak alapvetően nem vagy csak kisösszegű önrészt fizet. A programot a szövetségi iránymutatások alapján az állami és helyi önkormányzatok működtetik, így ez az Egyesült Államok egyes államaiban eltérően működik.

A CHIP egy nemzeti egészségbiztosítási program a 18 év alatti gyermekek számára, akik más biztosítási program (beleértve a magánbiztosítási fedezetet) nem jogosultak. A CMS, a VHA és az MHS biztosítja a veteránok és az aktív katonaság egészségügyi ellátását.

„Obamacare”: 2010-ben került bevezetésre az ún. „Obamacare”, a betegek védelméről és a megfizethető ellátásról szóló törvény (Patient Protect and Affordable Care Act, PPACA/ACA). Ezt megelőzően Barack Obama több módon reformálta volna meg az egészségügyi rendszert, de később ezeket elvetette. Ilyen terv volt a magánszolgáltatókkal versengő állami betegbiztosító létrehozása, vagy az időskori ápolásbiztosítása. A 2010. márciusában elfogadott ún. „Obamacare” törvény 2014-ben lépett hatályba. A törvény három célt fogalmazott meg. Egyrészt több ember számára elérhető és megfizethető egészségbiztosítás (American Health Benefit Exchanges) létrehozása. Azok a magánszemélyek, akinek a jövedelme a szövetségi szegénységi szint (FPL) 100-400 százaléka között van és nem jogosultak a Medicare, a Medicaid és a CHIP programra, vagy egyéb állami segítségnyújtási egészségügyi biztosításra, illetve nem jutnak hozzá megfizethető fedezethez saját vagy családtagjuk munkáltatóján keresztül, azok jogosultak szövetségi támogatásra (prémium adójóváírás és költségmegosztási csökkentési támogatás, CSR) az ACA-ügyfélablakon vásárolt nem csoportos egészségbiztosítás révén a háztartás jövedelme alapján. Másrészt a Medicaid programot kiterjeszti olyan felnőttekre, akiknek a jövedelme a szövetségi szegénységi szint (FPL) 138 százaléka alatt van. Célja harmadrészt az, hogy az egészségügyi ellátás általános költségeinek érdekében támogassa az innovatív

⁶⁶ U.S. Department of Health & Human Services (HHS, Egyesült Államok Egészségügyi és Humánszolgáltatási Minisztériuma) a medicare és medicaid közötti különbség, elérése: <https://www.hhs.gov/answers/medicare-and-medicaid/what-is-the-difference-between-medicare-medicaid/index.html> (2022.08.18.)

orvosi ellátási módszereket.⁶⁷A 2010-ben bevezetett „Obamacare” programban az adótámogatás/adójóváírás jelentős ellenállást idézett elő. Az Amerikai Legfelsőbb Bíróság 2012. júniusában és 2015. júniusában is jóváhagyta az ACA legvitatottabb rendelkezését, a kötelező egyéni egészségbiztosítás bevezetését. A törvény szövege szerint azoknak jár adótámogatás, akik az „állam által alapított ügyfélablakon” kötötték meg a biztosításukat. Azonban az 50 tagállamból 34 nem nyitott/biztosított online ügyfélablakot, illetve 3 tagállam „hibrid” rendszert hozott létre, Az amerikai adóhatóságnak (IRS) az volt az álláspontja, hogy akár tagállami akár szövetségi szinten szerződtek, jár az adótámogatás. Ezt vitatták, mert a felperesek szerint ilyen kedvezmény csak a tagállami ügyfélszolgálatokon kötött biztosításokra vonatkozik. Nagy súlya volt a 2015-ös döntésnek, mert ez a per 34 tagállam 6,5-7,5 millió lakosát érintette, akik átlagosan 272 dolláros kedvezménytől eshettek volna el. Emiatt pedig a kisjövedelműek számára megfizethetlenné vált volna az egészségbiztosítási díj kifizetése. Az új szabályozás változást hozott a magánbiztosításban is, pl. megakadályozta, hogy az egészségbiztosítók bármilyen okból megtagadják a fedezetet, a fiatal felnőttek 26 éves korukig a szüleik egészségbiztosításában maradhatnak, illetve az egészségbiztosítóknak megtiltották, hogy élethosszig tartó korlátokat szabjanak ki a biztosításra és tilos volt a biztosítást visszavonni.⁶⁸

A magánbiztosítás egyik formája a munkáltató által nyújtott egészségbiztosítás, amelyet anno az 1920-as években vezettek be, amely a második világháború után az adómentessé tételekkel lett népszerű. 2018-ban a lakosság közel 55 százalékának volt munkáltató által biztosított egészségbiztosítása. A másik formája az egyéni szintű egészségbiztosítás megkötése. Ezek gyakran magukba foglalnak önrészt (egy egészségügyi szolgáltatás vagy termék fix költsége) vagy társbiztosítást (egészségügyi szolgáltatás vagy termék összköltségének egy része). Az önrészen, illetve a társbiztosításon kívül a biztosítottak még egy

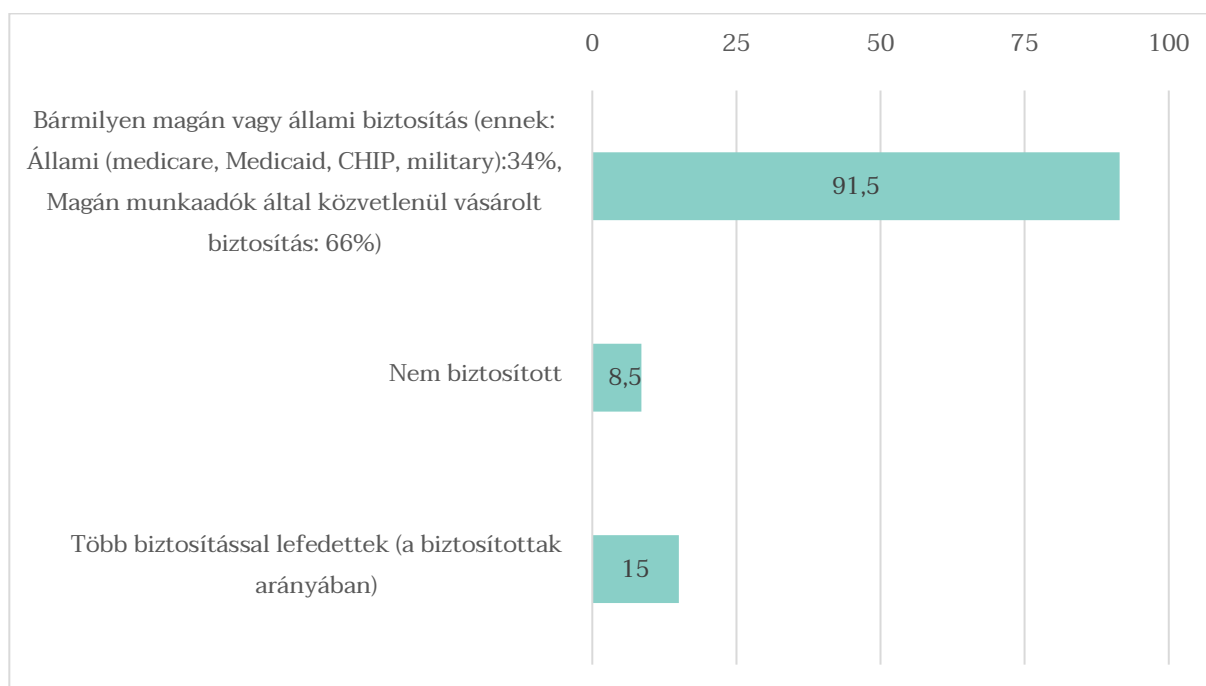
⁶⁷ U.S. Department of Health & Human Services (HHS, Egyesült Államok Egészségügyi és Humánszolgáltatási Minisztériuma) Egészségbiztosítás, ACA törvény, elérése: <https://www.hhs.gov/healthcare/about-the-aca/index.html> és az ISPOR egészségügyi honlap, elérése <https://www.ispor.org/heor-resources/more-heor-resources/us-healthcare-system-overview> (2022.08.19)

⁶⁸ Baarack Obama egészségügyi reformja (ObamaCare) elérése: <https://edition.cnn.com/2015/06/25/politics/supreme-court-ruling-obamacare/index.html> és cikk a második legfelsőbb bírósági döntéséről, 2015.06.25, elérése https://www.informed.hu/egpol_new/az-amerikai-legfelsobb-birosag-jovahagyta-az-obamacare-adotamogatasi-rendszeret-200913.html (2022.08.18)

meghatározott pénzüsszeget ki kell fizetnie mielőtt a biztosító kifizeti az egészségügyi ellátást és a díjakat. Ezek az egészségügyi szolgáltatások lakossági önrésze "zsebkiadás". Azok, akinek nincs biztosításuk, az egészségügyi szolgáltatás teljes költségét (biztosító + lakossági önrész) ki kell fizetni.

Az alábbi ábra mutatja a lakosság biztosítási lefedettségét. Eszerint a lakosság 91,5 százaléka rendelkezik magán vagy állami biztosítással és a lakosság 8,5 százalékanak nincs semmilyen biztosítása. A biztosítással rendelkező lakosság (91,5 százalék) 34 százalékanak állami biztosítása (Medicare, Medicaid, CHIP stb.), 66 százalékanak pedig magánbiztosítása (munkáltatói, közvetlen/saját vásárlás) van. A biztosítottak 15 százalékanak többszörös biztosítása van.⁶⁹

57. ÁBRA: A BIZTOSÍTOTT NÉPESSÉG ARÁNYA AZ USA-BAN, SZÁZALÉK



Forrás: International Profiles of Health Care System, 2020; US Health Care System (2020. december), letöltve 2022.08.18, elérése: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf

⁶⁹ International Profiles of Health Care System, 2020 (2020. december), elérések: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries> és <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly>

6. Javaslatok

A tanulmány keretében az állami és magánszolgáltatások arányának, illetve a magánbiztosítások megjelenésének tükrében az egészségügy finanszírozásának átalakítását vizsgáltuk meg különböző szempontok szerint. Elsőként összefoglaltuk a társadalombiztosítási rendszerünk alapjait, majd körbejártuk a magánbiztosítási rendszer működését is. Ezt követően megvizsgáltuk az egészségügyi rendszerünk hatékonyságának egyes mutatóit, így kitértünk a társadalom általános egészségének vizsgálatára, az egészségügyi kiadások alakulására, illetve összehasonlítottuk a finanszírozási rendszerünk hatékonyságát is. Egy reprezentatív közvélemény-kutatás keretében megkérdeztük a lakosságot, hogy miként vélekednek az állami és magánellátásról, az egészségügyi ellátásban tapasztalt nehézségekről és annak anyagi vonatkozásairól, illetve a hálapénz kérdéskörre is kitértünk. Végezetül a nemzetközi helyzetet is elemeztük, hogy árnyaltabban írhatjuk le a magyar rendszer működését.

A társadalombiztosítás által nyújtott szolgáltatások színvonalának csökkenése egyfajta keresletet indukálhat a magánbiztosítások iránt. A közvélemény-kutatás eredményei alapján az állami egészségügyi ellátásban a várólisták hossza bizonyult az egyik legnagyobb problémának, míg a magánegészségügyi ellátásban a szolgáltatások megfizethetősége. Ennek alapján számos javaslat tehető az egészségügy finanszírozásának átalakítása terén:

- + **Az egészségügyi költségek arányának növelése:** javasoljuk a GDP-arányos egészségügyi, illetve azon belül a kormányzati költségek arányának növelését, legalább a visegrádi országok átlagának eléréséig (2019-es adatok, rendre a GDP 6,9 és 5,2 százaléka), egyúttal pedig a magán- és közvetlen kifizetések arányának csökkentését, melyek a visegrádi országok között hazánkban a legmagasabbak.
- + **Adójóváírás egészségbiztosítási szolgáltatásokra:** az adójóváírás intézménye az üzleti biztosítók egészségbiztosítási szolgáltatásaira nem vonatkozik, így jelentős hátrányban vannak az egészségpénztárakkal

szemben a szolgáltatások díjait tekintve. Így javasoljuk az adójóváírás kiterjesztését az egészségbiztosítási szolgáltatások terén.

- + **Az egészségbiztosítás cafeteria elemként:** javasoljuk az egészségbiztosítást, mint kedvezményesen adózó elemet a cafeteria rendszerében megtartani, illetve szűnjön meg a célzott támogatás kitétele⁷⁰ az egészségpénztárak esetében.
- + **Egészségügyi intézmények felvétele a TAO-rendszerbe:** javasoljuk, hogy a társasági adó terhére nyújtható kedvezményt lehessen egészségügyi intézmények számára is felajánlani.
- + **A magánbiztosítások állami támogatása:** a magánbiztosítás jelenleg nem a társadalombiztosítás szolgáltatásait egészíti ki, hanem olyan szolgáltatásokat finanszíroz, amelyek egyébként is járnának a biztosítottaknak. Ezért mélyebb elemzésre szorul a magánbiztosítás támogatásának továbbfejlesztési lehetőségei, így a közszolgáltatásokra nehezedő teher is érdemben csökkenhetne.
- + **Prevenációs célzatú vizsgálatok ösztönzése:** a megelőzhető krónikus betegségek szűrésének ösztönzése anyagi és szakmai eszközökkel – például módszertani útmutató kidolgozásával– az alapellátástól kezdve, a későbbi költségek és kórházi ellátás visszafogása és a lakosság általános egészségi állapotának javítása érdekében.
- + **Egészségügyi képzések fokozott állami támogatása:** közvéleménykutatásunk egy fontos eredménye, miszerint a magyar egészségügy egyik legnagyobb nehézsége a megfelelő szakemberek hiánya. Így javasoljuk az egészségügyi képzések, továbbképzések, oktatási intézmények finanszírozásának növelését és a pálya népszerűsítését a versenyképes szakdolgozók utánpótlásának érdekében.
- + **A nemzetközi kitekintés** alapján továbbra is fontosnak tartjuk az állami kötelező egészségbiztosítás szerepét. A vizsgált országok közül az adókedvezményre vonatkozó olasz gyakorlat átgondolás tárgyát

⁷⁰ A cégek egyes meghatározott juttatásként csak célzott szolgáltatásra fizethetnek a cafeteria keretéből.

képezhetné. A magánszemély, aki a saját zsebből (out-of-pocket) egy bizonyos összeg fordított egészségügyi ellátásra, az a kifizetett összeg egy adott százalékát (Olaszországban 19%) leírhatja a személyi jövedelemadóból. Ezzel a hazai egészségügyi rendszerben preferált, de államilag nem vagy csak részben támogatott eljárások, (szűrő) és egyéb vizsgálatok ösztönözhetőek.

- + A hatékonyság növelése érdekében a megelőző szűrővizsgálatok szerepét javasoljuk erősíteni, például kommunikációval, a big data elemzéssel (magasabb rizikófaktorú személyek kiszűrése).

