

## A háztartások közvetlen hozzájárulása az egészségügyi kiadásokhoz Magyarországon

**Asztalos Péter,**

a Magyar Nemzeti Bank  
elemzője

E-mail: [asztalosp@mnb.hu](mailto:asztalosp@mnb.hu)

A tanulmány a magyar egészségügyi rendszer finanszírozásának szerkezetét és a források allokálását vizsgálja. Az elemzés fókuszában a háztartások közvetlen egészségügyi hozzájárulásai állnak. Ezek tartalmazzák mindazokat a költségeket, amelyekkel az egészségügyi rendszer felhasználói napi szinten találkoznak. A szerző a vizsgálat során a nemzeti egészségügyi számlák alapján összehasonlítja a hazai, az európai uniós és a régiós versenytársak egészségügyi rendszerének szerkezetét. Az eredmények azt mutatják, hogy Magyarországon a közkiadások szintje elmarad, miközben a háztartások közvetlen egészségügyi kiadása meghaladja a nemzetközi és régiós átlagot. A kiadások nem megfelelő szerkezetének kialakulásában szerepet játszik a nem hatékony forrásallokáció, a gyógyszerkiadások magas szintje, az intézményesült magánfinanszírozási csatornák gyér elterjedtsége, az ellátás hozzáféréseinek korlátozottsága, illetve a paraszolvencia is.

TÁRGYSZÓ:

Egészségügyi finanszírozás.

Háztartások közvetlen hozzájárulása.

Egészségbiztosítás.

DOI: 10.20311/stat2017.08-09.hu0873

**A**z egészségügyi rendszer helyzete rendszeresen visszatérő témája a magyar közbeszédnek. A megjelenő cikkek és elemzések általában egy-egy konkrét kérdésre, problémára fókuszálnak, ugyanakkor ritkán mutatnak be átfogó képet a rendszer makroszintű működéséről, illetve nem vizsgálják a problémák mögött húzódó összetett, sokszor szerteágazó okokat. Jelen tanulmány alapvető célja, hogy bemutassa és elemezze az egészségügyi rendszerek finanszírozásáról elérhető makroszintű adatokat, a hazai finanszírozás szerkezetét, illetve az eredmények mögött rejlő okokat.

A világban különböző finanszírozási rendszerek léteznek az egészségügyben, melyek eltérnek az állami- és a magánfinanszírozás egymáshoz fűződő viszonyát illetően. Ebből adódóan önmagában az állami kiadási szintek vizsgálata torz képet nyújthat egy ország egészségügyi rendszeréről. A valós helyzet bemutatása érdekében az állami és a magánkiadások szerkezetét egyaránt vizsgálom. A felhasznált módszertan lehetővé teszi az egyes országok kiadási szintjeinek egységes szerkezetű összehasonlítását. Nem célom az országok által használt különböző finanszírozási modellek bemutatása, összehasonlítása vagy akár értékelése, valamint a hazai rendszer javítására vonatkozó konkrét ajánlások megfogalmazása, ugyanakkor a kapott eredmények ilyen javaslatok alapját képezhetik későbbiekben.

Elemzésem fókuszában a háztartások közvetlen egészségügyi hozzájárulásai állnak, melynek aránya az összes egészségügyi kiadásokon belül magas hazánkban. A közvetlen egészségügyi hozzájárulások tartalmazzák mindazokat a költségeket, amelyekkel az egészségügyi rendszer felhasználói napi szinten is találkozhatnak. Tanulmányomban bemutatom, hogy makrogazdasági szemszögből közvetlenül mire, milyen formában és miért költ a magyar lakosság az egészségügyben.

Magyarország – regionális versenytársaihoz (a V3-országokhoz: Csehországhoz, Lengyelországhoz és Szlovákiához) hasonlóan – nemzetközi összehasonításban átlag alatti forrást allokál az egészségügyi rendszer működtetésére, ráadásul a rendelkezésre álló forrásokat sem használja fel hatékony módon. A hazai egészségügyi kiadások szerkezetének elemzésén, illetve a más országokkal való összehasonlításon keresztül több területet is sikerült azonosítani, ahol a ráfordítások hatékonysága javítható lenne. Az egyik legfontosabb irány a gyógyszerkiadások szintjének csökkentése lehet, hiszen erre hazánk nemzetközi összehasonlításban is kiemelkedően sok forrást fordít. A másik érdemi tanulság, hogy a magánforrásokon belül az önkéntes intézményesült csatornákon keresztül vásárolt szolgáltatások mértéke elmarad a nemzetközi átlagtól. Ennek megoldása lehet a pénzügyi közvetítőrendszer szélesebb körű térnyerése e területen, amelynek hatására csökkenne a szolgáltatást igénybe vevők közvetlen kiadása, vagyis a háztartások közvetlen egészségügyi hozzájárulásainak mértéke.

A tanulmány az elméleti keretrendszert biztosító SHA (System of Health Accounts – egészségügyi számlák rendszere) bemutatásával kezdődik. Ezt követően a hazai kiadásokat hasonlítom össze a nemzetközi adatokkal, majd részletesen elemzem a magyar egészségügy kiadási szerkezetét. Öt alfejezetben ismertetem a közvetlen hozzájárulások magas szintje mögött meghúzódó okokat. Az utolsó fejezetben összefoglalom a tanulságokat, illetve tágabb kontextusban értelmezem a kapott eredményeket.

## **1. Az elméleti keretrendszer (az egészségügyi számlák rendszerének) bemutatása**

Az egészségügyi kiadások elemzéséhez elengedhetetlen annak az elméleti keretrendszernek a rövid bemutatása, amely lehetővé teszi a különböző egészségügyi rendszerek standardizált összehasonlítását. A tanulmányban használt fogalmak elsősorban az OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development – Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet), a WHO (World Health Organization – Egészségügyi Világszervezet) és az Eurostat által közösen kidolgozott SHA rendszerére épülnek, melynek jelenleg az SHA 2011 verziója van használatban (*OECD–Eurostat–WHO* [2011]). Az adatszolgáltatás az Európai Bizottság 2015/359 rendelete<sup>1</sup> alapján valamennyi uniós tagország számára kötelező, az adatátadás  $N + 2$  évvel történik (*Páll* [2015]). Elemzésem lezárásakor még csak a 2014-es nemzetközileg is összehasonlítható adatok álltak rendelkezésemre.

Az SHA 2011 három szempont szerint bontja az egészségügyi kiadásokat:

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

Ezek közül az ICHA-HF az, amely a vizsgálat céljának megfelelő bontásokat tartalmazza. Az SHA 2011-módszertan alapján négy finanszírozási alrendszert különböztünk meg:

<sup>1</sup> <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?uri=CELEX%3A32015R0359>

HF.1. Kormányzati alrendszerek és kötelező biztosításon alapuló finanszírozási rendszerek.

HF.2. Önkéntes egészségpénztári rendszerek.

HF.2.1. Önkéntes egészségbiztosítási rendszerek.

HF.2.2. Nonprofit rendszerek.

HF.2.3. Vállalkozások rendszerei.

HF.3. Háztartások közvetlen hozzájárulásai.

HF.4. Közvetlen külföldi egészségügyi transzferek.<sup>2</sup>

A „Kormányzati alrendszerek és kötelező biztosításon alapuló finanszírozási rendszerek” kategóriát közkiadásoknak, miközben az „Önkéntes egészségpénztári rendszerek” és a „Háztartások közvetlen hozzájárulásai” kategóriát összefoglalóan magánkiadásoknak is nevezi a szakirodalom.<sup>3</sup> Az önkéntes pénztári rendszereken belül megjelenő három alkategória közül az önkéntes egészségbiztosítási rendszerekbe tartoznak a magán egészségbiztosítási termékek, míg az egészségpénztárak a vállalkozások finanszírozási rendszereibe sorolhatók.

A háztartások közvetlen egészségügyi hozzájárulásai alatt azt értjük, hogy a szolgáltatás igénybe vevője igénybevételekor szabad forrásaiból („zsebből”) téríti meg a szolgáltatás árát (ÁEEK [2016]). A háztartások közvetlen hozzájárulásai az angol „out-of-pocket payment” kifejezés fordítása („zsebből történő fizetés”).

Formáját illetően a közvetlen hozzájárulásoknak több módja is lehet:

– *Közvetlen kifizetés* (direct payment): a teljes díjat az igénybe vevő fizeti (például magánorvosi vizit esetén).

– *Költségmegosztás* (cost-sharing):

– együttes biztosítás (co-insurance): az igénybe vevő fizeti a teljes szolgáltatási díj bizonyos százalékát (például vényköteles gyógyszer kiváltásakor);

– együttes fizetés (co-payment): az igénybe vevő egy fix összeget fizet (például a vizitdíjat);

– korlátos fizetés (deductible payment): az igénybe vevő a szolgáltatási díjat egy bizonyos határig fizeti (például a kötelező gépjármű felelősségbiztosítás esetén).

<sup>2</sup> Azokat a külföldi egészségügyi transzfereket tartalmazza, amelyek a rezidensek számára nyújtanak közvetlen egészségügyi szolgáltatást. Magyarország esetében – az EU-s országok nagy többségéhez hasonlóan – ez a tétel elhanyagolható nagyságú, így a továbbiakban nem szerepel a vizsgálatban.

<sup>3</sup> Ez a besorolás számos ország esetében nem állja meg teljesen a helyét (nem különíthető el a két csoport egyértelműen), így az SHA 2011-módszerterében már nem szerepel. Azonban a magyar szakirodalom és sajtó továbbra is használja ezt a könnyen értelmezhető kategorizálást, ezért alkalmazom a tanulmányban ezt a kissé elavult besorolást.

– *Informális fizetés* (paraszolvenca): az igénybe vevő a hivatalos pénzforgalmat kikerülő, pénzügyi bizonylatolás nélkül zsebből zsebbe fizet (például a hálapénzt).

Érdemes pár szót ejteni az SHA módszertani nehézségeiről.

1. *A nem egészségügy-specifikus adatgyűjtés módszertana.* Az SHA jelentős mértékben épít a HKÉF-re (Háztartási költségvetési és életkörülmény adatfelvétel), amelyen belül az egészségügy csak egy kis szeletet jelent, ami önmagában is korlátozó az adatok minőségének tekintetében. Az itt kapott eredmények számos esetben korrekcióra kerülnek más adatgyűjtések vagy becslések eredményei alapján (például a 2016. évi OSAP-adatgyűjtés [Országos Statisztikai Adatfelvételi Program] a nem költségvetési formában működő egészségügyi szolgáltatók bevételeiről és kiadásairól).<sup>4</sup>

2. *Prevenció.* Az adatgyűjtés nehézségei (például: csak az első és a másodlagos prevenciót kell figyelembe venni; a HKÉF-ben nincs külön prevenció rész) miatt számos országban – Magyarországon is – a prevenció célú kezeléseket az alap- vagy a szakellátás részeként számolják el.

3. *Vény nélkül kapható gyógyszerek.* Az adatgyűjtés csak a közforgalmú gyógyszertárakra terjed ki, így a nem patikában vásárolt, vény nélkül kapható gyógyszerkészítmények forgalma becsült értékkel szerepel a számításokban (Páll [2015]).

4. *Gyógyszernek nem minősülő készítmények.* Nem terjed ki az adatgyűjtés azokra a gyógyszernek nem minősülő készítményekre („csodaszerekre”), melyeket nem közforgalmú gyógyszertárban értékesítenek, és valójában sok esetben jóléti vagy szépségügyi célt szolgálnak.

5. *Hosszú idejű ápolás.* A krónikus osztályokon történő, ám tényleges egészségügyi ellátást nem nyújtó ápolások miatt a szociális és egészségügyi ellátások elkülönítése számos ország – köztük Magyarország – esetében problémát okoz. Az SHA 2011-módszertan igyekszik a korábbinál realisabb becslést nyújtani a hosszú távú ápolási tevékenységek szétválasztásával.<sup>5</sup> A jelenlegi hazai adatgyűjtési struktúra ugyanakkor nem teszi lehetővé e besorolás használatát, hanem továbbra is az intézményekben dolgozó személyzet szakmai besorolása jelenti a szétválasztás alapját (Páll [2015]).

<sup>4</sup> [https://www.ksh.hu/docs/hun/info/adatgyujtes/2015/3\\_melleklet\\_EMMI.pdf](https://www.ksh.hu/docs/hun/info/adatgyujtes/2015/3_melleklet_EMMI.pdf)

<sup>5</sup> A mindennapi élet tevékenységei az egészségügyi, míg az eszközhasználat a napi tevékenységben a szociális ellátórendszer részét képezi.

6. *Hálapénz.* A paraszolvenciára vonatkozó KSH által készített becslések a HKÉF-ből származnak, amelyeket a nemzeti számlák számítása során kiegészítenek. Ilyen formán az SHA-ben megjelenő hálapénzbecslés nem egyezik meg a KSH által máshol publikált, tisztán a felmérésekre épülő hálapénzadatokkal (például *KSH* [2015a]). Az SHA során használt becslés értéke nagyjából megegyezik más felmérések eredményeivel (*EC* [2013]).

7. *Gyógyszergyártói befizetések.* A gyógyszergyártók és -forgalmazók befizetései adójellegű befizetéseknek minősülnek, amelyek megjelennek a kötelező biztosításon alapuló finanszírozási bevételi rendszerek között. Az OECD ajánlása alapján azonban a támogatók szerződésből<sup>6</sup> adódó, gyógyszerári forgalomhoz kapcsolódó utólagos befizetési kötelezettsége nem képezi részét az SHA-nak, így ezek hatását utólag visszamenőlegesen is ki kell szűrni (2013-ban ez a tétel 58,7 milliárd forintot tett ki) (*Páll* [2015]).

## 2. A magyar egészségügyi kiadások mértéke és szerkezete nemzetközi összehasonlításban

Magyarországon az egészségügyre fordított kiadások GDP-arányos értéke elmarad az európai uniós országok átlagától, ugyanakkor magasabb, mint régiós versenytársainak átlagos szintje. A GDP 7,2 százalékát (2 307 milliárd forintot) költöttük el egészségügyre 2014-ben. Ez az érték elmarad az EU-s országok 8,4 százalékos átlagától, ám magasabb, mint a V3-országok<sup>7</sup> 7,0 százalékos átlaga. Hazánkban a háztartások közvetlen egészségügyi hozzájárulásainak és az önkéntes pénztári rendszereknek együttes szintje 2014-ben 2,4 százalék volt, ami kismértékben meghaladta az EU-s átlagot (2,2%) és jelentősen a V3-ak 1,5 százalékos átlagos szintjét. (Lásd az 1. ábrát.)

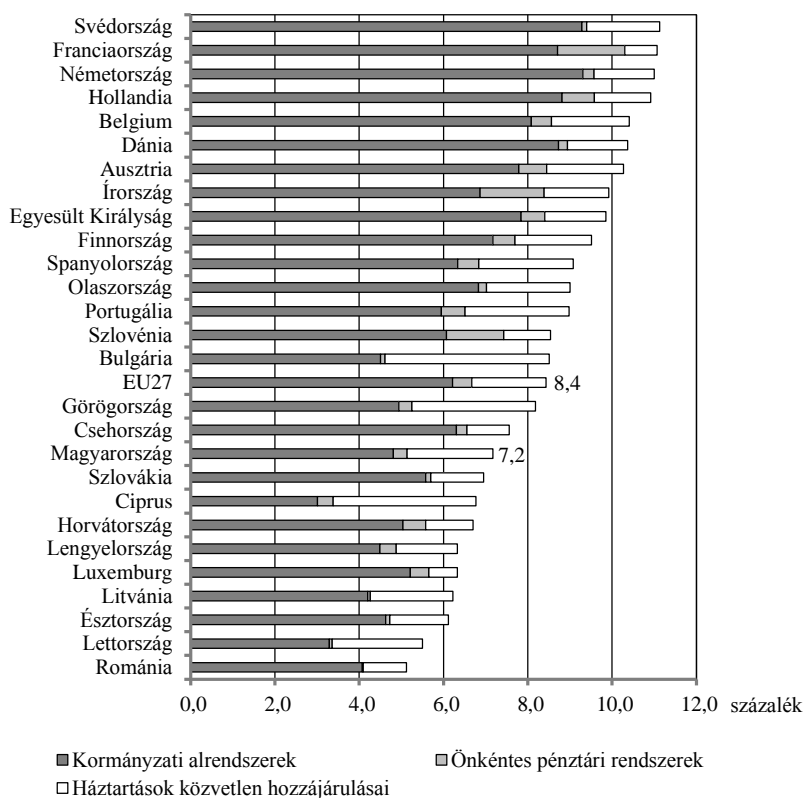
Magyarországon az egészségügyre fordított közvetlen hozzájárulások, valamint az önkéntes pénztári befizetéseken keresztül megvalósuló magánkiadások GDP-arányos értéke és az összes egészségügyi kiadásban belüli aránya nemzetközi és régiós összehasonlításban is átlagon felüli. Az EU27-tagállamok átlagosan a GDP-jük

<sup>6</sup> A gyógyszergyártók és a -forgalmazók a támogatásvolumen-szerződésekből adódóan a gyógyszerári forgalom arányában utólagos befizetési kötelezettséggel rendelkeznek bizonyos gyógyszerek után, melynek összege a termelőár-arányos TB-támogatás meghatározott (10 vagy 20) százaléka.

<sup>7</sup> A részletesebb összehasonlítást a V3-kal az teszi lehetővé, hogy jelen vizsgálat szempontjából hasonló finanszírozási rendszerrel rendelkeznek, mint Magyarország.

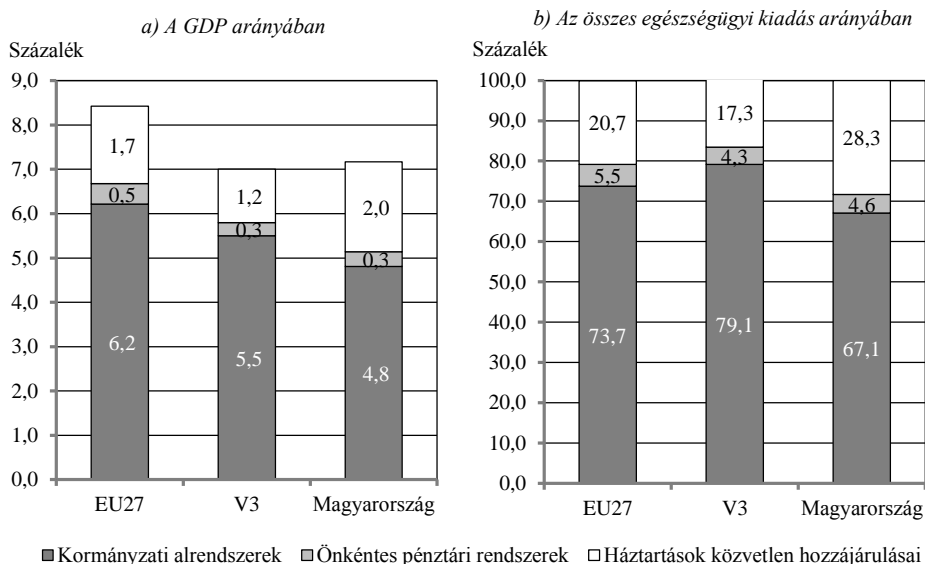
6,2 százalékát költötték közkiadásként kormányzati alrendszereken keresztül egészségügyre 2014-ben, miközben a magánkiadások átlagos szintje a GDP 2,2 százalékát tette ki. Ezzel szemben Magyarországon a közkiadások 4,8 százalékos szintet értek el, miközben a magánkiadások 0,2 százalékponttal (2,4%) magasabbak voltak az átlagos szintnél. A többi visegrádi országban az összes egészségügyi kiadás szintje a GDP 7,0 százalékát érte el, melyből 5,5 százalékpontot a közkiadások fedtek le. Az összes egészségügyi kiadáson belül Magyarországon volt az ötödik legmagasabb a magánkiadások aránya a vizsgált csoportokat tekintve (33%). Az önkéntes pénztári rendszerek aránya (4,6%), az EU27-tagállamok (5,4%) és a V3-országok átlaga (3,7%) között helyezkedett el. A közvetlen háztartási hozzájárulások aránya (28,3%) ugyanakkor az egyik legmagasabb szintet érte el az összes európai uniós ország közül. (Lásd a 2. ábrát.)

1. ábra. Egészségügyi kiadások GDP-arányos szintje finanszírozó szerint, 2014



Forrás: Itt és a 2–4., valamint a 7. ábra és az 1. táblázat esetén Eurostat [2017].

2. ábra. Egészségügyi kiadások finanszírozó szerint, 2014



Az egészségügyi kiadások GDP-arányos szintjének vizsgálata makrogazdasági szempontból releváns, azonban keveset mond arra vonatkozóan, hogy az egyén saját, illetve családja egészségének megőrzése mekkora költségeket jelent valójában a lakosságnak. Amennyiben az összes egészségügyi kiadás szintjét a teljes népességre vetítjük, akkor azt láthatjuk, hogy éves szinten egy magyarországi lakos átlagosan 234 ezer forintot költ egészségügyi ellátásra, ebből 157 ezer forintot az állami újraelosztó rendszereken keresztül, 77 ezer forintot magánkiadások formájában.

1. táblázat

Az egészségügyi kiadások teljes népességre és a foglalkoztatottak számára vetített éves szintje, 2014  
(ezer Ft/fő)

Finanszírozási alrendszer	Az egy főre jutó	Az egy foglalkoztatottra jutó
	éves egészségügyi kiadás	
Összes kiadás	233,6	562,6
Közkidadás	156,6	377,2
Magánkiadás	77,0	185,4
Közvetlen hozzájárulás	66,3	159,7

Forrás: KSH [2017].



Amennyiben az összes egészségügyi költséget a foglalkoztatottak számára vetítjük, akkor már jóval magasabb átlagos kiadási szintet kapunk eredményül. A foglalkoztatottak (vagy másként fogalmazva: a járulékfizetők) vizsgálata jelen helyzetben azért érdekes, mivel elsősorban<sup>8</sup> ők teremtik meg az ellátások fedezetét. Egy foglalkoztatottra vetítve éves szinten 563 ezer, azaz havonta 47 ezer forintba került 2014-ben az egészségügyi rendszer működtetése. Ebből az állami alrendszer fenntartása 377 ezer forintot emésztett fel, amelyet további 185 ezer forint magánkiadás egészített ki 2014-ben. (Lásd az 1. táblázatot.)

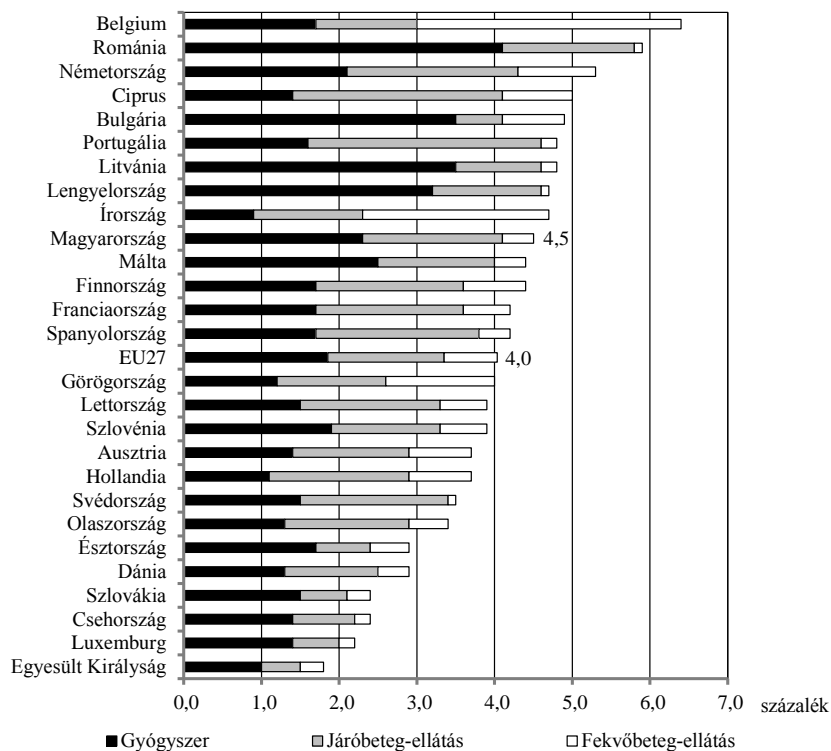
### **3. A háztartások közvetlen egészségügyi hozzájárulásai nemzetközi összehasonlításban**

Elemzésem fókuszában az egészségügyi magánkiadásokon belül elkülönített közvetlen egészségügyi hozzájárulások állnak. Ebbe a kategóriába mindazok a tételek tartoznak, amelyeket a szolgáltatást igénybe vevője valamilyen saját, szabadon felhasználható forrásból („zsebből”) térít meg. Idetartoznak például a privát fogorvosi ellátás költségei vagy a társadalombiztosítási rendszer által nem támogatott gyógyszerek költségei is. Fontos hangsúlyozni, hogy a fogalom tehát sokkal tágabb kört fed le, mint a hálapénz, ami csak a töredékét teszi ki a közvetlen hozzájárulásoknak. Magyarországon 2014-ben a háztartások közvetlen egészségügyi hozzájárulása a GDP 2,0 százaléka volt, ami 66 ezer forintos egy lakosra jutó és 160 ezer forintos egy foglalkoztatottra jutó éves tételt jelentett.

A magyar háztartások az európai uniós átlagnál többet fordítanak a közvetlen egészségügyi hozzájárulásokra. Amennyiben a közvetlen hozzájárulásokat a háztartások teljes fogyasztási kiadásaihoz viszonyítjuk, akkor hazánkban 4,5 százalékos szintet kapunk eredményül a 2014-es évre vonatkozóan. Ez az érték jelentősen meghaladja a V3-országok (3,2%) és az EU27-tagállamok (4,0%) átlagát is. (Lásd a 3. ábrát.)

<sup>8</sup> A foglalkoztatottakra történő vetítés eltekint a korábban felhalmozott tőkéből származó jövedelmektől, amely főként a nyugdíjasok esetében releváns.

3. ábra. Közvetlen egészségügyi hozzájárulások a háztartások fogyasztási kiadásainak arányában, 2014



A háztartások közvetlen egészségügyi kiadásaiban az egészségügyi termékek (gyógyszerek) forgalmazói és a gyógyító szolgáltatások (kórházak és járóbeteg ellátók) nagy részt képviseltek, az ápolási kiadások viszont alacsony szintet értek el hazánkban. Az uniós országok többségében a háztartások közvetlen hozzájárulásain belül az egészségügyi termékek forgalmazóihoz befolyt gyógyszerkiadások jelentették a legnagyobb tételt (átlagosan 46 százalékot). Magyarországon a gyógyszerkiadások aránya a nyolcadik legmagasabb (43%) volt a vizsgált országok között. A második legnagyobb részt a kórházak tették ki az EU-s országokban, átlagosan 32 százalékos aránnyal, ám Magyarországon ez az arány is magasabban alakult az átlagnál (34%). Ezzel szemben arányaiban az ápolási ellátásokra hazánkban csupán a kiadások 2 százalékát fordították, szemben az EU27-tagállamok 7 százalékos átlagával. Amennyiben PPS-ben (purchasing power standard – vásárlóerő-standard) vizsgáljuk a közvetlen egészségügyi kiadásokat, akkor azt láthatjuk, hogy a régiós országoknál minden jelentősebb kategóriában többet fordítanak a magyar háztartások közvetlen módon egészségügyre. A hazai gyógyszerkiadások magas szintjét mutatja az is, hogy a GDP-alapon számított PPS-ben mérve megelőzi a közvetlen gyógyszerkiadások szintje az uniós átlagot.

2. táblázat

*A háztartások közvetlen hozzájárulásainak megoszlása vásárolt szolgáltatások és javak alapján, 2014*

Intézmény, szolgáltatás	EU27		V3		Magyarország	
	PPS/fő	százalék	PPS/fő	százalék	PPS/fő	százalék
Kórház	44,4	10,4	21,3	7,6	45,3	11,3
Ápolási intézmény	39,1	9,2	0,5	0,2	0,6	0,2
Járóbeteg-ellátó	144,5	33,9	62,6	22,4	138,6	34,5
Egyéb ambuláns szolgáltató	13,7	3,2	13,9	5,0	5,4	1,3
Egészségügyi termékek forgalmazója	184,8	43,3	180,9	64,8	211,6	52,7

A magas magánkiadásokon belül hazánkban az önkéntes pénztári és biztosítási rendszerek súlya nemzetközi összehasonlításban alacsony mértékű (14%). A V3-országok (17%) és az EU27-tagállamok (21%) esetében is magasabb a közvetlen hozzájárulások aránya a magánkiadásokon belül. Az önkéntes pénztárak magánkiadásokon belüli súlyának vizsgálatakor szembevetendő, hogy gazdasági fejlettség szerint hasonló csoportba tartozó országok között is hatalmas különbségek figyelhetők meg (például Franciaországban az önkéntes rendszerek aránya 67, miközben Németországban csak 15 százalék). Mindez arra enged következtetni, hogy a háztartások közvetlen hozzájárulásainak magánkiadásokon belüli aránya nem pusztán egy ország fejlettségétől, hanem az egészségügyi rendszer felépítésétől, illetve további, adott esetben egészségügyi rendszertől független területektől (például a pénzügyi közvetítőrendszer fejlettségétől, az adójogi szabályozástól) is függ.

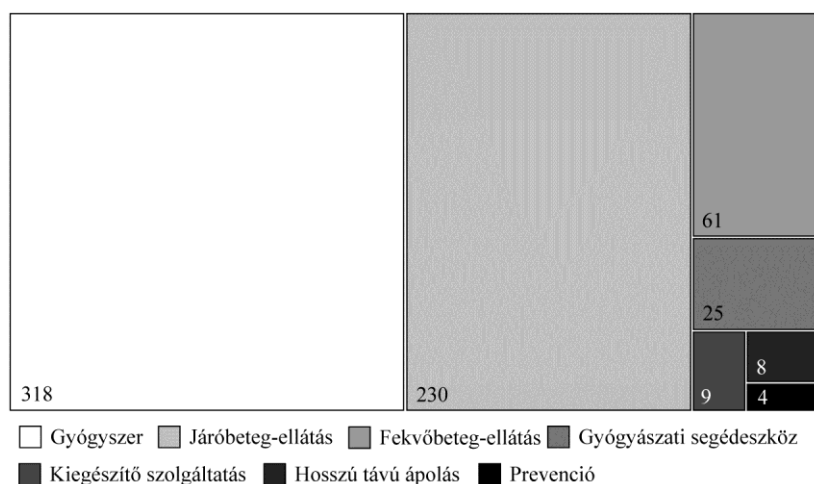
#### **4. A háztartások közvetlen egészségügyi hozzájárulásának szerkezete Magyarországon**

A továbbiakban részletesen elemezem a hazai egészségügyi kiadások szerkezetét, melyen belül kiemelt figyelmet kell szentelni a háztartások közvetlen hozzájárulásainak vizsgálatára. Ennek legfőbb eszköze a kiadások szerkezetének a vásárolt szolgáltatások szerinti osztályozása.

A háztartások közvetlen hozzájárulásainak döntő többségét a vásárolt gyógyszerek, illetve az igénybe vett járóbeteg-szolgáltatások együttesen tették ki Magyarországon. (Lásd a 4. ábrát.) A gyógyszerekre fordított közvetlen hozzájárulások értéke 318 milliárd forint volt. Járóbeteg-szolgáltatások (melybe jelen felbontás esetében a házi orvosok, a védőnők és a fogorvosok is tartoznak) vásárlására a

háztartások 230 milliárd forintot fordítottak. Ennél jelentősen kisebb tételt jelentettek a fekvőbeteg-ellátások (61 milliárd forint), a gyógyászati segédeszközök (25 milliárd forint), illetve a kiegészítő – döntően diagnosztikai jellegű – szolgáltatások (9 milliárd forint).

4. ábra. A háztartások közvetlen egészségügyi hozzájárulásainak nagysága vásárolt szolgáltatások szerint Magyarországon, 2014  
(milliárd Ft)



3. táblázat

A magyar egészségügyi kiadások megoszlása vásárolt szolgáltatások és finanszírozási alrendszerek szerint, 2014

Szolgáltatás	Kormányzati alrendszerek		Önkéntes egészségpénztári rendszerek		Háztartások közvetlen hozzájárulásai	
	milliárd Ft	százalék	milliárd Ft	százalék	milliárd Ft	százalék
Fekvőbeteg-ellátás	598,7	38,7	7,7	7,3	60,5	9,2
Járóbeteg-ellátás	283,9	18,4	23,2	22,0	229,5	35,0
Hosszú ápolási idejű ellátás	85,0	5,5	5,4	5,1	8,4	1,3
Kiegészítő szolgáltatások	112,7	7,3	1,1	1,0	8,8	1,3
Gyógyszer	317,4	20,5	31,7	30,1	317,9	48,5
Gyógyászati segédeszköz	59,5	3,8	11,7	11,1	25,0	3,8
Prevenció	35,7	2,3	20,1	19,1	4,3	0,7
Egyéb	54,0	3,5	4,4	4,2	0,4	0,1
<i>Összesen</i>	<i>1 546,9</i>	<i>100,0</i>	<i>105,3</i>	<i>100,0</i>	<i>654,8</i>	<i>100,0</i>

Az összes egészségügyi kiadáson belül a vásárolt gyógyszerek, illetve az igénybe vett járóbeteg-ellátások esetében kiugróan magas volt a közvetlen hozzájárulások aránya. A prevenció és a gyógyászati segédeszközökön belül viszonylag jelentős szerep jutott az önkéntes pénztári rendszereknek (főként az egészségpénztáraknak), akik a költségek 33, illetve 12 százalékát térítették meg. A gyógyszerkiadások közel felét (48%) – részben költségmegosztásos formában (társadalombiztosítás által támogatott gyógyszerek önrésze), részben teljesen piaci alapon (vény nélkül vásárolható készítmények) – közvetlenül a háztartások finanszírozták. Ez utóbbi érték az európai országok viszonylatában is magasnak számít, illetve különösen jelentős háztartási összkiadási szintet indukál a kiemelkedően magas magyar gyógyszerkiadások következtében.

A gyógyító ellátások közül a járóbeteg-ellátásban kiemelkedően nagy a háztartások közvetlen hozzájárulásainak szerepe (43%), miközben a kórházi ellátásokon belüli aránya csupán 9 százalékot tett ki. A járóbeteg-szakrendelők esetében nem meglepő a közvetlen hozzájárulások magas aránya, hiszen ez az a terület, ahol a piaci alapon megvásárolható magánszolgáltatások köre a legszélesebb, és jobb vagy gyorsabb ellátást tud kínálni, mint az államilag finanszírozott szolgáltatások. Ezzel szemben a kórházi ellátások esetében főleg csak bizonyos szakterületeknél (például szülészet-nőgyógyászat, gerincsebészet) beszélhetünk magánszolgáltatók jelenlétéről, így ezek finanszírozásában a közvetlen hozzájárulások részben paraszolvencia formájában jelennek meg. A piaci alapú szolgáltatások vásárlása – pár szakterületet leszámítva (igénybe vehető szolgáltató hiányában) – alacsony.

Jelen felosztásban a járóbeteg-ellátások közé sorolt fogorvosi ellátásra összességében is nagyon keveset költünk Magyarországon, csupán a GDP 0,25 százalékát fordítjuk erre a célra (OECD [2015b]). A fogászati kiadások 64 százalékát ráadásul közvetlenül a háztartások állják, mivel a közfinanszírozott ellátáson belül is csak bizonyos alapszolgáltatások érhetők el térítési díj fizetése (költségmegosztás) nélkül.

Összefoglalva, az adatok alapján látható, hogy a hazai egészségügyi kiadások mértékének megítélése erősen függ attól, hogy mely országokhoz viszonyítjuk hazánk helyzetét. Az EU27-tagállamokhoz képest összességében Magyarország keveset költ az egészségügyre, ugyanakkor a kiadási szint még így is magasabb, mint a V3-országok átlagos szintje. Ezzel szemben magánforrásból az uniós országok átlagának megfelelő GDP-arányos összeget költjük el ebben az ágazatban. Amennyiben egy főre, egy foglalkoztatottra vagy az összes háztartási kiadásra vetítjük a közvetlen egészségügyi hozzájárulásokat, akkor magas kiadási szinteket kapunk eredményül. Különösen magas a közvetlen hozzájárulások aránya a gyógyszerkiadásokon és a járóbeteg-ellátásokon belül. Az önkéntes pénztári rendszerek főként a prevenció és a gyógyászati segédeszközök finanszírozásában vesznek részt, a többi területen a szerepük mérsékelt.

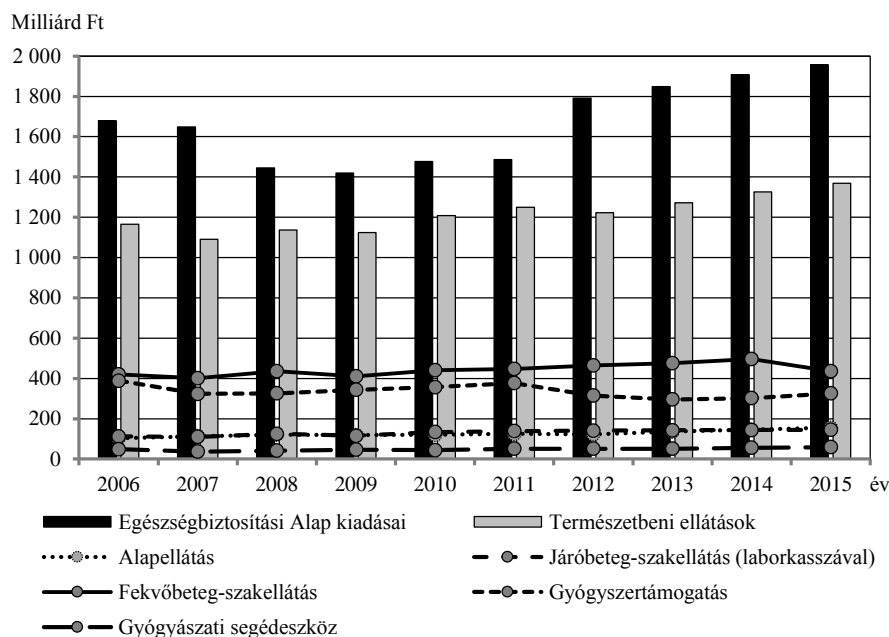
## 5. A közvetlen hozzájárulások magas szintjének okai Magyarországon

A háztartások közvetlen hozzájárulásainak magas szintje több, a teljes ellátási rendszerért érintő tényező együttes következménye. A továbbiakban részletesen elemzem a közvetlen hozzájárulások mértéke mögött húzódó rendszer-specifikus okokat. A következőkben azonosított öt fő kiváltó ok közösen eredményezi a fennálló helyzetet.

### 5.1. A közfinanszírozás alacsony mértéke

Magyarország 2014-ben a GDP 4,8 százalékát fordította egészségügyi közkiadásokra, amely elmarad a V3-országok 5,5 százalékos és az EU27-tagállamok 6,2 százalékos szintjétől. Amennyiben el szeretnénk érni a V3-ak átlagát, akkor 2014-ben 210 milliárd forinttal többet kellett volna az 1 558 milliárd forintos közkiadási szinten felül egészségügyre fordítanunk.

5. ábra. Az Egészségbiztosítási Alap kiadásai nominális értéken, 2006–2015



Forrás: Adott évi zárszámadási törvények, 2015. évi előzetes teljesítés (OEP [2016]).

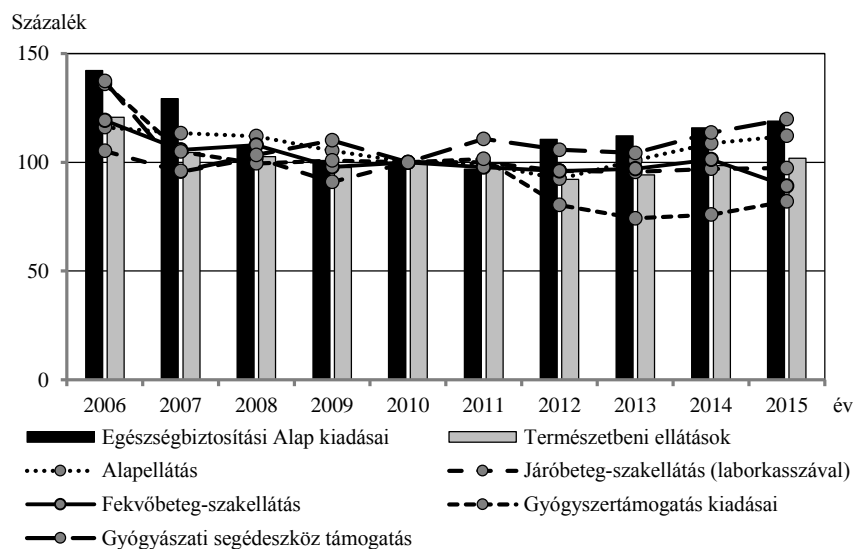
Az E. Alap (Egészségbiztosítási Alap) költségvetése nominálisan 2009 óta folyamatosan emelkedő trendet mutat, ugyanakkor ez nem feltétlenül jár együtt a tény-

leges egészségügyi ellátásokra allokált források növekedésével. A látszólagos el-  
lentmondás oka az, hogy az E. Alap kiadási oldala két részből tevődik össze: a pénz-  
beli és a természetbeni ellátásokból. Az elmúlt években a pénzbeli ellátások (például  
a táppénz, a gyes) forrásai emelkedtek számottevően, nem kis részben annak kö-  
szönhetően, hogy 2012-ben a rokkantsági és rehabilitációs ellátások finanszírozása  
visszakerült a Nyugdíjbiztosítási Alapból az E. Alapba. A természetbeni ellátások  
közé azok tartoznak, amelyek esetén az igénybe vevő valamilyen – nem pénzbeli –  
szolgáltatást kap a szolgáltatótól. A nemzetközi gyakorlat csak a természetbeni ellá-  
tásokat sorolja az egészségügyi kiadások közé, a pénzbeli ellátások szociális jellegű  
ráfordításnak minősülnek, így nem képezik részét az SHA-nak, vagyis az E. Alap  
költésvetéséből valójában csak a természetbeni ellátások kiadásai tükrözik a valós  
egészségügyi kiadások szintjét.

A természetbeni ellátások finanszírozási szintje 2009-től kezdődően enyhe növe-  
kedést mutat, illetve belső szerkezetében is kedvező trendek figyelhetők meg. (Lásd  
az 5. ábrát.) A természetbeni ellátásokon belül az alapellátás és a járóbeteg-  
szakellátás finanszírozása emelkedett a legnagyobb mértékben 2006-tól 2014-ig,  
miközben a gyógyszerkiadások szintje 22 százalékkal csökkent.

6. ábra. Az Egészségbiztosítási Alap kiadásai reálértéken, 2006–2015

(2010. év = 100%)



Forrás: Adott évi zárszámadási törvények, 2015. évi előzetes teljesítés (OEP [2016], KSH [2017]).

A közkiadások szintjének vizsgálata reálértéken szintén pozitív irányú elmozdu-  
lást mutat 2010-et követően a korábbi évekhez képest. (Lásd a 6. ábrát.) A 2010-es

bázisévhez viszonyítva 2014-ben a természetbeni ellátásokra fordított kiadások szintje reálértéken 98 százalék volt, ám 2015-re ismét 100 százalék feletti szintet értek el. A természetbeni ellátásokon belül vizsgált kategóriák közül az alapellátáson felül a fekvőbeteg-ellátás is meghaladta reálértéken a 100 százalékot 2014-ben. Hangsúlyozandó, hogy a gyógyszer célú közkiadások reálértéken több mint 24 százalékot csökkentek 2010 és 2014 között. Megjegyzendő továbbá, hogy az egészségügyi ágazatban mérhető infláció enyhén magasabb a jelen számításhoz használt általános nemzetgazdasági inflációnál (*KSH* [2017]).

## 5.2. Nem hatékony forrásallokáció

Magyarország esetében láthattuk, hogy a gyógyszerkiadások és – időlegesen – a fekvőbeteg-ellátások közfinanszírozásának szintje is csökkent. A továbbiakban igyekszem rávilágítani arra, hogy ezek valójában inkább pozitív folyamatokat jelentenek. Az egészségügyben kiemelten fontos, hogy a rendelkezésre álló szűkös erőforrásokat milyen módon tudjuk a leghatékonyabban felhasználni úgy, hogy azok az egészségügyi rendszerrel szemben támasztott különböző elvárásoknak (például elérhetőség, minőség) minél jobban megfeleljenek. A források szétosztása azért sem egyszerű, mivel az egészségügyi rendszer eredményessége sok tényezőtől (például a diagnosztikai rendszerek hozzáférhetőségétől, a betegek együttműködési hajlandóságától stb.) együttesen függ. Éppen ezért nem probléma, sőt szükséges, hogy a kevésbé hatékony területek relatív súlya csökkenjen a finanszírozáson belül.

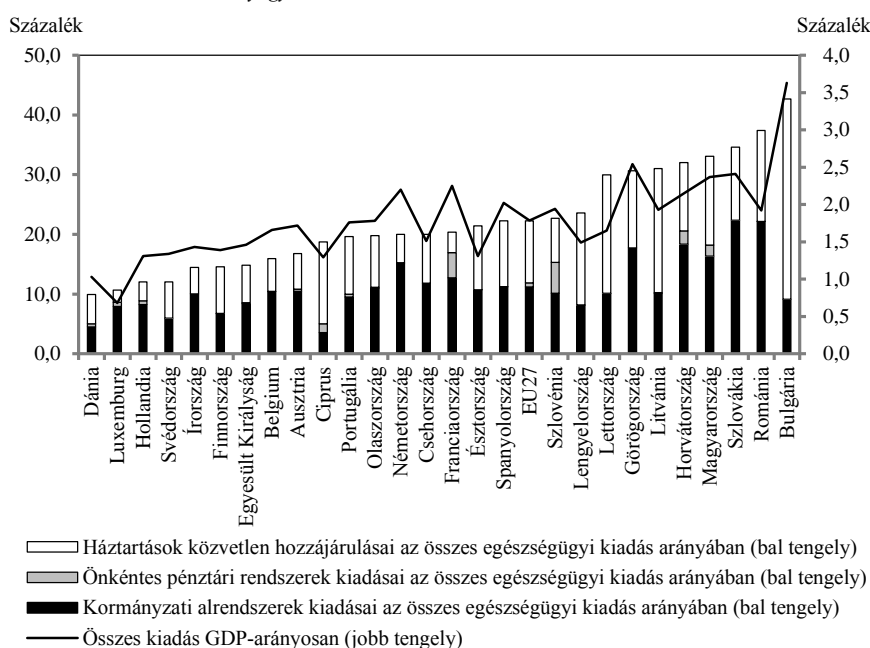
A gyógyszerkiadások mértéke nemcsak a háztartások közvetlen hozzájárulásain, hanem az összes egészségügyi kiadáson belül is nagyon magas hazánkban. (Lásd a 7. ábrát.) Az összes egészségügyi kiadás arányában Magyarország költötte a negyedik legtöbbet gyógyszerre az uniós tagországok közül 2014-ben, miközben GDP-arányosan is a harmadik legmagasabb volt a gyógyszerkiadások aránya hazánkban.

Hazánkban a gyógyszerkiadások kívánatos csökkenése – köszönhetően a beszerzési árak csökkenésének – annak ellenére következett be, hogy a kiváltott gyógyszerek mennyisége jelentősen növekedett. A hatóanyag-alapú gyógyszerfelírás és a gyógyszerek beszerzésére használt vaklicit rendszer 2012-es bevezetése, a kórházi gyógyszerbeszerzés központosítása, egyes nagy értékű (főként műtéteknél használt) gyógyszerek fekvőbeteg-ellátások keretében történő finanszírozásának 2013-as bevezetése, illetve a generikus gyógyszerek előtérbe helyezése jelentősen hozzájárult ahhoz, hogy hazánkban csökkenjen a gyógyszerkiadások szintje. 2013-ban hosszú idő óta első alkalommal nominálisan is csökkent a háztartások gyógyszerkiadása (*KSH* [2017]). A kiváltott gyógyszerek mennyiségével kapcsolatos trendek ezzel szemben ellentétes folyamatokat mutatnak. A második legtöbb vérnyomáscsökkentő gyógyszert 2013-ban Magyarországon váltották ki az OECD-országok közül, ráadá-



sul az ezer főre jutó napi terápiás dózis több mint kétszeresére emelkedett (259-ről 543-ra) 2000 óta. Ennél is nagyobb emelkedés volt tapasztalható a koleszterincsökkentő szerek esetében, ahol 2003 és 2013 között megháromszorozódott a kiváltott gyógyszerek mennyisége, miközben például az antidiabetikus gyógyszerek fogyasztása tekintetében az ötödik helyen állunk. Ezzel szemben az antidepresszánsok esetében szintén jelentős növekedés történt, ám még így is a negyedik legalacsonyabb értékekkel rendelkezik Magyarország a gyógyszerek fogyasztásában az OECD-országokon belül (*OECD* [2015b]). A magas gyógyszerkiadások egyik kiváltó oka (vagy következménye) lehet a gyógyszerreklámok egyre fokozottabb jelenléte a médiában. A *Nielsen* [2016] mérései alapján 2015-ben a tv-reklámok több mint negyede gyógyszereket hirdetett, miközben ez az arány 2005-ben még csak 5,5 százalékos volt. Mindezek alapján a gyógyszerkiadások szintjének korrekciója kifejezetten előremutató folyamat hazánkban.

7. ábra. Gyógyszerkiadások nemzetközi összehasonlításban, 2014



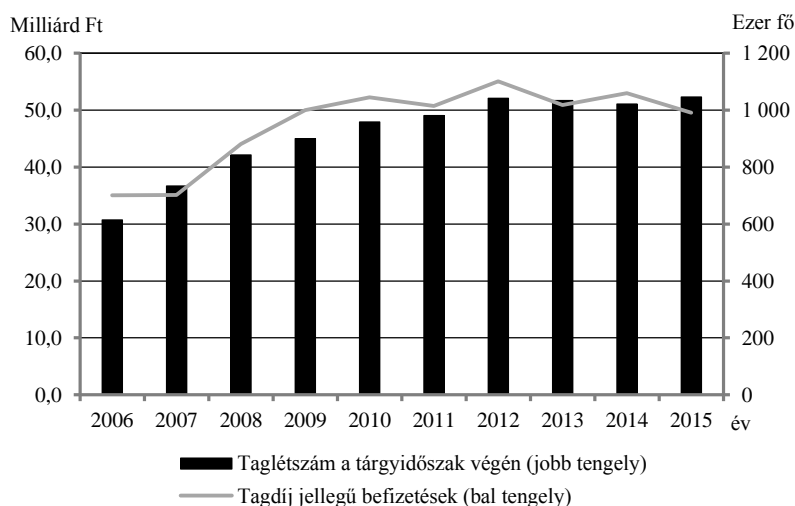
Magyarországon az egészségügyi ellátórendszer középpontjában a kórházak helyezkednek el, miközben a nemzetközi tapasztalatok alapján pozitív irány lenne a fekvőbeteg-ellátások szerepének csökkentése. *Romaniuk–Szromek* [2016] tanulmányukban 21 közép- és kelet-európai országban vizsgálta a rendszerváltások óta eltelt 25 év hatását az egészségügyi állapotra. Számításaik során arra jutottak, hogy minél alacsonyabb az összes egészségügyi kiadásokon belül a fekvőbeteg-ellátások súlya,

annál jobb az ország lakosainak egészségi állapota. Hasonló összefüggést állapítottak meg a 10 ezer lakosra jutó kórházi ágyak számával és az átlagos kórházi tartózkodás hosszával kapcsolatban is. Mindez megerősíti azt az állítást, hogy a kórházi kezelés nem a leginkább költséghatékony vagy eredményes módja a betegek gyógyításának (OECD [2015a]). Ehhez képest Magyarországon az összes egészségügyi kiadáson belül a fekvőbetegek gyógyító ellátásának súlya 26,9 százalék volt 2014-ben, miközben prevencióra csupán az összes kiadás 1,8 százalékát fordítottuk.

### 5.3. Az önkéntes egészségbiztosítások korlátozott elterjedtsége

Az OECD-országok átlagánál kevésbé szervezett keretek között kerül sor az egészségügyi magánkiadások kifizetésre Magyarországon. A magánkiadások negyötödét közvetlenül a szolgáltatóknak, a fennmaradó összeg nagyobb részét egészségpénztárakon, kisebb részét pedig magánbiztosítókon keresztül fizetik ki. A magánbiztosítók szerepe az összes magán egészségügyi kiadáson belül hazánkban az egyik legalacsonyabb az európai uniós országok között: 10 százalék a 19 százalékos átlaggal szemben (Eurostat [2017]).

8. ábra. Az egészségpénztárak főbb adatai, 2006–2015



Forrás: MNB [2017b].

Magyarországon az egészségpénztárak viszonylag stabil ügyfélkörrel, bevételekkel és főleg a gyógyszerekre összpontosító kiadási szerkezettel rendelkeznek. (Lásd a 8. ábrát.) Az egészségpénztárak taglétszáma 2012-ben lépte át az 1 millió főt, és

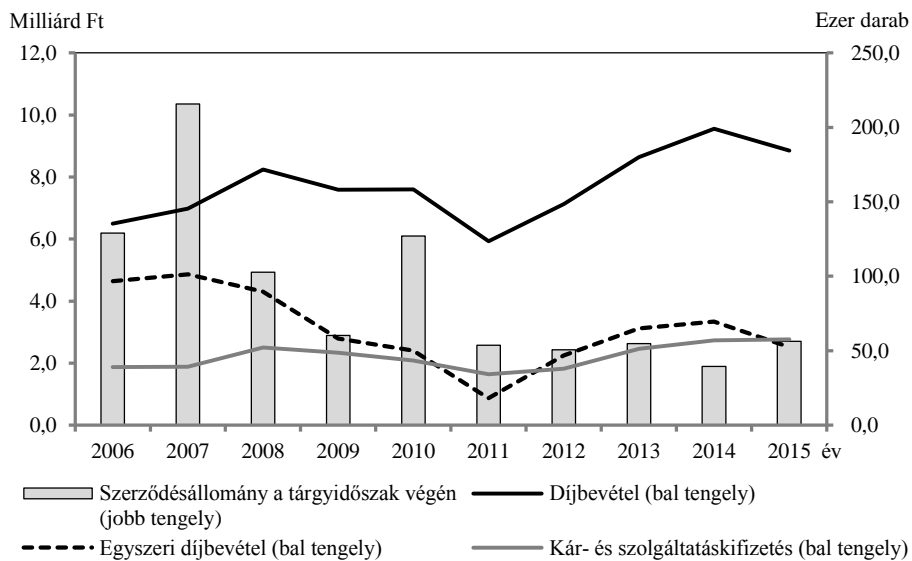
állandósult ezen a szinten. A tagdíjjellegű pénztári befizetések éves szinten körülbelül 50 milliárd forint körül mozognak. A bevételek mintegy kétharmada a munkáltatói tagdíj-hozzájárulásokról, míg egyharmada a tagok által fizetett díjakból tevődik össze. Az egészségpénztári számlák felhasználási lehetőségeiből következően nem meglepő, hogy a szolgáltatással kapcsolatos kiadások 57 százalékát gyógyszerekre fordították az ügyfelek, a gyógyászati segédeszközök pedig további 22 százalékot tettek ki. Szintén számottevő szerepe van a társadalombiztosítási ellátások keretében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások kiegészítésének, melyre a szolgáltatással kapcsolatos kiadások 18 százalékát fordították az ügyfelek 2013-ban. Érdemes továbbá megemlíteni, hogy az egészségpénztárak működési jellegű kiadásai éves szinten 4,5–5 milliárd forintot emésztenek fel, ami körülbelül az éves befizetések 10 százalékának felel meg.

Az egészségpénztárakkal szemben a magán egészségbiztosítások eddig nem terjedtek el Magyarországon. Az adatgyűjtések sajátosságai miatt meglehetősen kevés információval rendelkezünk a magán egészségbiztosításokkal kapcsolatosan, a hivatalos statisztikákban ugyanis nem szerepel az egészségbiztosítás kategória. Az összes olyan biztosítás, amely kiterjed valamilyen betegséggel kapcsolatos kockázatra, beletartozik a betegségbiztosítások csoportjába. Ez azt jelenti, hogy például minden olyan befektetési egységhez kötött (unit-linked) életbiztosítás vagy utasbiztosítás is megjelenik a statisztikákban, amely tartalmaz valamilyen betegséghez kapcsolódó kifizetést. A bevételi és a kiadási adatok esetében az egyes kockázats csoportok egymástól elkülönítettek (vagyis a biztosítási díjnak csak a „betegségre jutó részét” számolják el ebben a kategóriában), ám minden szerződés ugyanúgy megjelenik a szerződésszámban, függetlenül attól, hogy valós egészségbiztosításról beszélünk-e. Az adatgyűjtés módszertana egyébként 2016-tól változott, és az egészségbiztosítás is külön kategóriaként jelenik meg azóta.

Az egészségbiztosítások (betegségbiztosítások) állománya és bevételei az egészségpénztárakénál jelentősen alacsonyabb szinten stabilizálódtak az elmúlt években. A szerződések száma a tárgyidőszak végén 50–55 ezer között mozgott, miközben a díjbevételek 7–9 milliárd forint körül alakultak. A 11. ábrán a kiugró évek (2007, 2010) a szerződésállományban főként a korábban már említett unit-linked életbiztosítások népszerűségének köszönhetőek. Erre utal az is, hogy az egyszeri díjbevételek aránya jelentősen csökkent a vizsgált időszakban, hiszen a klasszikus egészségbiztosítási termékeket általában fix havidíjjal fizetik ki (*Asztalos [1997]*). Az egészségpénztárakhoz képest eltérést jelent, hogy a kiadások szintje jelentősen alacsonyabb, mint a díjbevételeké. Ez azonban a termékek eltérő jellegéből és szerepéből fakad. Az egészségpénztárak esetében valójában ugyanis egy célhoz kötött megtakarítási számláról beszélhetünk, amelyen az elhelyezett összegeket csak egészségügyi termékek és szolgáltatások egyéni vásárlására lehet felhasználni. Ezzel szemben az egészségbiztosítások kockázatközösséget teremtenek a szerződők között, valamint a bizto-

sítók szolgáltatásokat vásárolnak és nyújtanak az ügyfelek számára. Ez viszont csak abban az esetben történik meg, ha az ügyfélnek valóban szüksége van az ellátásra. Mindez azt jelenti, hogy teljesen normális az, hogy a biztosítások esetében a kiadások szintje alacsonyabb a bevételeknél. A hazánkban tapasztalható nagy különbség (a tartalékképzés mellett) főként a verseny hiányára vezethető vissza.

9. ábra. Az egészségbiztosítások (betegségbiztosítások) főbb adatai, 2006–2015



Forrás: MNB [2017a].

Magyarországon a betegek az igényeiknek megfelelő szolgáltatások vásárlása során nem tudnak számottevően támaszkodni az önkéntes pénztári rendszerekre, és kénytelenek közvetlen módon finanszírozni a felmerülő egészségügyi költségeket. Az alapvetően szolgáltatásvásárlásra épülő egészségbiztosítások csak 2012-től tartoznak a kedvezményesen adható munkáltatói juttatások közé (*Biztosítási Szemle* [2012]), ám az elmúlt négy évben nem tudták behozni hátrányukat a jóval egyszerűbb konstrukciót és szélesebb körű felhasználhatóságot biztosító egészségpénztárakkal szemben. Ennek oka az lehet, hogy a magasabb színvonalú egészségügyi ellátáshoz való hozzájárulás módja nem egy rendszeres díjra épülő magán egészségbiztosítás, hanem az informális fizetés (paraszolvencia). Mindez ördögi kört indukál: mivel alacsony a kereslet az egészségbiztosítási termékekre, ezért kevés létezik a piacon, és ezek így nem tudják eltartani (kiépíteni) a rájuk épülő magasabb színvonalú ellátást nyújtó infrastruktúrát, ami pedig tovább csökkenti a keresletet a magán egészségbiztosítások iránt.

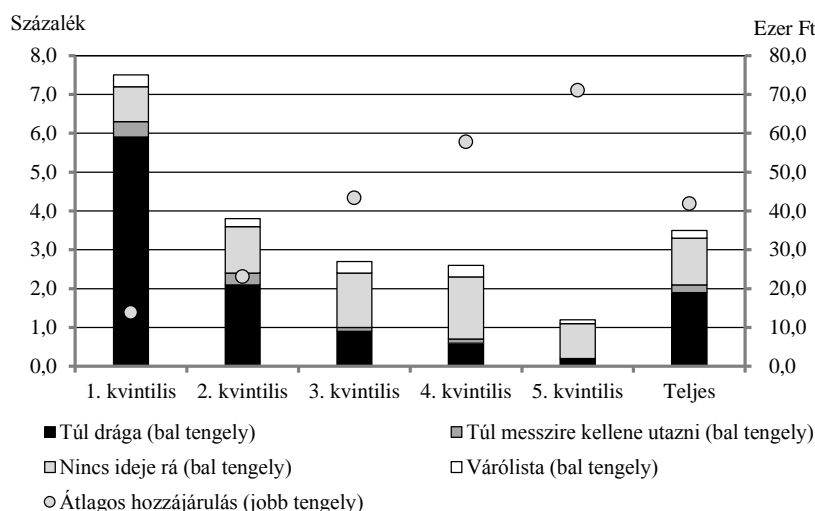
További versenyhátrányt jelent az egészségbiztosítások számára, hogy a nem rendszeres kiadások kiváltása a feladatuk. Az egészségpénztári számlán elhelyezett összegek teljes egészében már eleve fennálló kiadásokat (például rendszeresen szedett gyógyszer vásárlását) kiváltó forrásokat jelentenek. Ezzel szemben az egészségbiztosítások „csak” akkor nyújtanak valós (természetbeni) szolgáltatást, amikor arra ténylegesen szükség van. Az ügyfelek így azzal a döntéssel szembesülnek, hogy két hasonló adókedvezménnyel járó termék közül kell választaniuk: az egyik segítségével már meglévő költségeket tudnak kiváltani, míg a másikkal újonnan fellépő (esetleges) kockázatokat képesek fedezni. Ebben a helyzetben teljesen racionális döntés az egészségpénztárak preferálása.

A magán egészségbiztosításoknak elsődleges feladata nem is az egészségpénztárak kiváltása lehetne, hanem a háztartások közvetlen egészségügyi hozzájárulásai magas szintjének intézményes úton történő becsatornázása a finanszírozási rendszerbe. A felsorolt problémák azonban jelenleg nem teszik lehetővé, hogy az egészségbiztosítások betöltsék potenciális szerepüket az egészségügyi rendszerben, így a háztartásoknak a kockázatok időbeli és térbeli porlasztása nélkül, közvetlen módon kell megvásárolniuk az igényeiknek megfelelő szolgáltatásokat.

#### **5.4. A hozzáférés korlátozottsága és információs aszimmetria**

A hozzáférés korlátozottsága a közfinanszírozott egészségügyi ellátáshoz bizonyos társadalmi csoportokban jelentősen növeli a háztartások közvetlen egészségügyi hozzájárulásait. A jövedelmi- és életkörülmények felmérésére szolgáló EU-SILC-adatfelvétel (European Union statistics on income and living conditions – Háztartási költségvetési és életkörülmény-felvétel) eredményei azt mutatják, hogy a legalacsonyabb jövedelmi csoport korlátozottan fér csak hozzá az egészségügyi ellátásokhoz Magyarországon. Ebben a csoportban a válaszadók 5,9 százaléka felelte azt, hogy azért nem vett igénybe valamilyen egészségügyi szolgáltatást, mert az túl drága volt. (Lásd a 10. ábrát.) Az EU27-tagállamaiban ez az arány 4,9 százalék volt, miközben a V3-országokban csupán 3,2 százalékot tett ki a negatív válaszok aránya. A második legjellemzőbb indok a „nincs ideje rá” lett, amely főleg a 3. és a 4. jövedelmi kvintilisbe tartozók esetében jellemző. A legmagasabb jövedelmi csoportban szintén ez volt a leggyakoribb válasz, ugyanakkor az összes csoport közül ebben a legalacsonyabb a „nincs ideje rá” válaszok száma. Ez összefügg azzal, hogy ebben a csoportban egy főre vetítve éves szinten átlagosan 71 ezer forintot költöttek közvetlen egészségügyi hozzájárulásra. Vagyis, a legmagasabb jövedelmi csoportba tartozók tudnak időt szakítani az egészségük megőrzésére, illetve meg tudják azt is oldani, hogy a nekik megfelelő időben jussanak hozzá a szükséges ellátáshoz.

10. ábra. A kielégítetlen egészségügyi szükségletek és a háztartások közvetlen hozzájárulásainak egy főre jutó átlagos szintje jövedelmi kvintilisek szerint Magyarországon, 2013



Forrás: Eurostat [2017], KSH [2017].

A hozzáférést korlátozza az, hogy a közfinanszírozott ellátásban hosszú a várakozási idő, illetve a nyújtott szolgáltatás színvonala az esetek egy részében nem éri el az elvárt szintet. Magyarországon az OECD-országokon belül a negyedik legalacsonyabb volt a beruházásokra fordított források aránya az egészségügyben (OECD [2015b]), amely tétel főként a fekvő- és járóbeteg-intézményeket érinti. Mindez hozzájárul ahhoz, hogy – főként Budapesten – nem újulhat meg a már eleve rossz állapotban levő infrastruktúra, ami a magánellátások irányába terelik az ellátást igénybe vevőket. További korlátozást jelentenek a várakozási idők. Magyarországon az elmúlt években komoly intézkedések történtek ezen a téren,<sup>9</sup> ám az elért sikerek még nem láthatók a 2014-es adatoknál. Ennek ellenére számos ellátás esetében továbbra is viszonylag hosszú időt kell várni az egyes műtétek elvégzésére (például csípőprotézis műtétre 2017 nyarán közel 1 év volt a várólista)<sup>10</sup> (OECD [2015b]).

Az információs aszimmetria jelentős mértékben hozzájárul ahhoz, hogy bizonyos területeken magas legyen a magánkiadások mértéke. A közfinanszírozott ellátások korlátozott hozzáférhetősége miatt a páciensek kénytelenek magánfenntartású és -finanszírozású szolgáltatókat igénybe venni. Ráadásul azokon a (szak)területeken, ahol elérhetők a magán egészségügyi szolgáltatások, ott a szolgáltatók érdekeltek

<sup>9</sup> Például a tervezett ellátások elkülönítése a tényleges várólistától, országosan egységes várólista létrehozása, kiegészítő forrás biztosítása a kritikus területek helyzetének javítására (Kiss [2015]).

<sup>10</sup> [https://varolista.oep.hu/varolista\\_pub/varolistak-teteles-lekerdezese/?ocsk=005](https://varolista.oep.hu/varolista_pub/varolistak-teteles-lekerdezese/?ocsk=005).

abban, hogy a páciensek minél több szolgáltatást vegyenek igénybe. Az egészségügyben erős információs aszimmetriáról és a szolgáltatók indukálta keresletről beszélhetünk, így az elérhető (elsősorban magán-) szolgáltatók száma jelentősen befolyásolja az adott terület egészségügyi kiadásainak szintjét. Elsősorban ennek köszönhető, hogy a háztartások közvetlen hozzájárulásain belül a gyógyító ellátások közül főként a járóbeteg-ellátások dominálnak: ezen a területen működnek magánszolgáltatók. Az alapellátásban és a fekvőbeteg-ellátásban egyszerűen kevés a hivatalosan „fizetős” magánszolgáltató, így ennek megfelelően ezek részesedése a magánkiadásokból alacsony.

## 5.5. Paraszolvencia

A paraszolvencia megkerülhetetlen, ám regionális összehasonlításban nem kiugró jelentőségű. Az informális fizetés részét képezi a háztartások közvetlen hozzájárulásainak, ugyanakkor ahhoz, hogy megértsük, milyen hatással is van a rendszer működésére, fontos, hogy típusait megkülönböztessük (*Kornai* [1998]):

a) Klasszikus értelemben vett „hálapénz”: a beteg vagy a hozzátartozója adja utólag az orvosnak vagy más egészségügyi dolgozónak olyan szolgáltatásért cserébe, amely az adott rendszerben neki ingyen jár.

b) *Adóelkerülés*: a legális praxisban dolgozó orvosnak vagy más egészségügyi dolgozónak adott díjazás azon része, amelyet a szolgáltató adóelkerülési céllal letagad („nem ad számlát”).

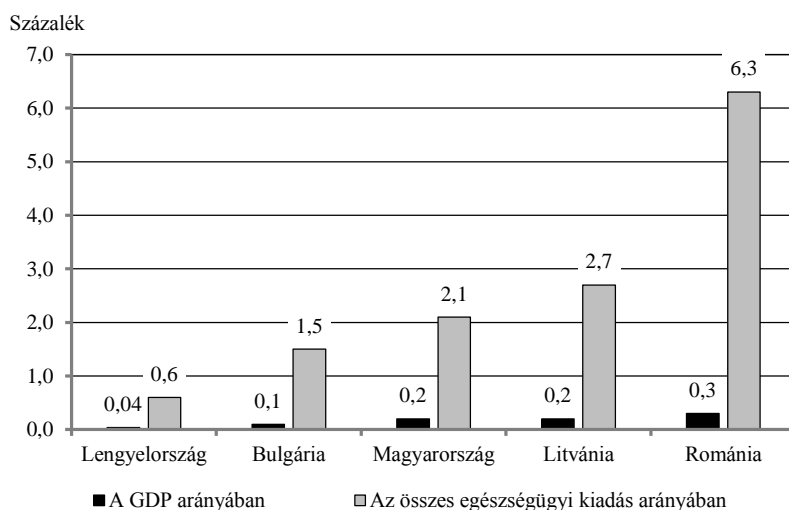
c) *Előnyyszerzésre irányuló informális fizetés*: formailag a beteg az orvos magánrendelésén fizet egy szolgáltatásért, valójában azonban ezzel az orvos fő munkahelyén (kórházban, rendelőintézetben) kíván privilégiumokat (például nagyobb figyelmet, gyorsabb ellátást) szerezni.

A három jelenség együttesen, ám más szempontok miatt sokat árt az egészségügyi rendszernek. A legegyszerűbb talán a *b)* eset megítélése, hiszen itt valójában egyszerű adócsalásról van szó, ami nem sokban különbözik a feketegazdaság más területeitől. A másik két eset már összetettebb kérdéseket takar. Önmagában már az a tény, hogy a beteg azt hiszi, hogy az *a)* vagy a *c)* módon megvásárolhatja az orvos vagy az egészségügyi dolgozó extra figyelmét, demoralizáló hatású. Az informális finanszírozást elfogadó orvosok többsége ugyanakkor megalázónak tartja ezt a jövedelmi formát és szívesen váltaná fel kiszámítható és nyíltan vállalható jövedelemmel. Ráadásul a hálapénz egyenlőtlenül oszlik el az egészségügyi dolgozók között, ami

növeli az ágazaton belüli ellentéteket is. A hálapénz kellemetlen a betegek is: nem látható előre, hogy mennyiért, milyen szolgáltatást kap az ügyfél; nincs átlátható piac (Kornai [1998]).

A paraszolvencia egyik legkedvezőtlenebb hatása, hogy meggátolja a valós, piaci alapon működő magán egészségügyi rendszer hazai kialakulását. Ameddig a beteg azt gondolja, hogy a jobb minőségű ellátáshoz való hozzájutás módja az informális fizetés, addig nem lesz érdeke, hogy magánbiztosításokon vagy piaci alapú szolgáltatások vásárlásán keresztül jusson a szükséges ellátáshoz. Ez pedig gátolja a piaci verseny kialakulását, a magántulajdonú ellátórendszer kiépülését és így az ellátás színvonalának emelkedését is.

11. ábra. Az informális hozzájárulások összesített mértéke, 2013



Forrás: Itt és a 14. ábránál EC [2013].

A hálapénz nagyságának, és ezen keresztül az ellátórendszerben betöltött szerepének megítélése azonban nem egyszerű. A KSH a HKÉF alapján becsüli a hálapénz összegét.<sup>11</sup> A 2015-ben publikált „Borravaló és hálapénz” című KSH tanulmányban a hálapénz nagyságát 8,2 milliárd forintra becsülték, melynek felét a kórházi orvosok kapták, a házi- és szakorvosoknak pedig összesen 2,5 milliárd forint jutott 2014-ben (KSH [2015a]). Ez az összeg jelentősen elmarad a más szervezetek által becsült mértéktől. Éppen ezért a KSH sem csak a HKÉF eredményeire hagyatkozik, hanem a teljes gazdaságra kiterjedő nemzeti számlák számításakor végzett becsléseket beépíti be az

<sup>11</sup> A KSH által készített becslés nem terjed ki a paraszolvencia adóelkerülés-jellegű részére, mivel a be nem fizetett adó virtuális adat, ami nem része az egészségügyi kiadásoknak.

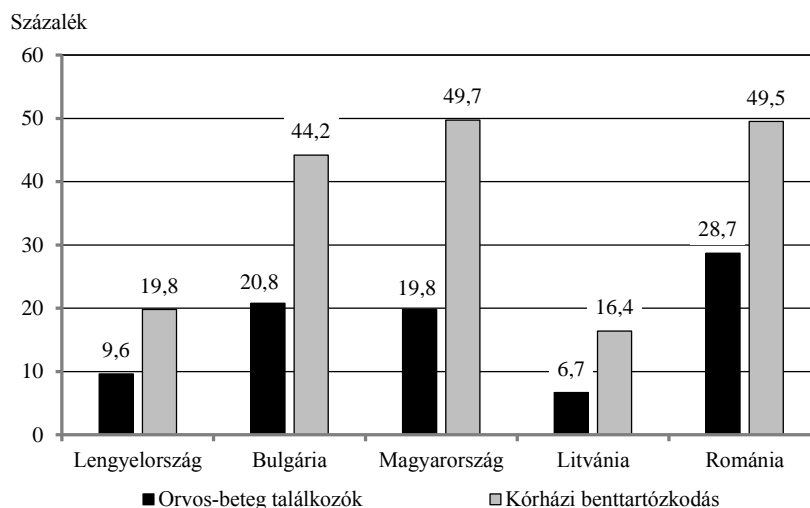


SHA-ba. A Patika Egészségpénztár 2009-ben készített felmérést, illetve összefoglalta a korábbi felmérések eredményeit. Ezek alapján a becslések 28 és 100 milliárd forint közötti összegeket tartalmaznak, miközben az ő saját felmérésük alapján 73,4 milliárd forintra tették akkor a hálapénz mértékét (*Patika Egészségpénztár [2009]*).

Az Európai Bizottság megbízásából öt kelet-közép-európai országban készült felmérés a hálapénz nagyságának egységes szerkezetű vizsgálatára. Az ASSPRO-CEE kutatócsoport a GDP 0,2 százalékára, míg a teljes egészségügyi költségek 2,1 százalékára tette az informális fizetés mértékét. E felmérés alapján a hálapénz nagysága 50 milliárd forint körüli összegre tehető, ami így a háztartások közvetlen hozzájárulásainak 7,5 százaléka (*EC [2013]*).

Nemzetközi összehasonlításban Magyarországon a környező országokhoz képest a paraszolvencia nominális mértéke átlagos, ám gyakorisága magas (*EC [2013]*). Lengyelországban kifejezetten alacsony a hálapénz szerepe, miközben Romániában az összes egészségügyi kiadás 6,3 százalékát fordították informális fizetésre. Nominálisan ugyan átlagos a hálapénz mértéke, ám a gyakoriságban hazánk helyzete rosszabb. A kórházi tartózkodások 20 százalékának esetében került sor hálapénz átadására, míg a kórházon kívüli orvos-beteg találkozások felénél történt informális fizetés. (Lásd a 12. ábrát.) Ez utóbbi nemzetközi összehasonlításban magas értéknek számít.

12. ábra. Az informális hozzájárulást fizetők aránya, 2013



Összefoglalóan elmondható, hogy a hálapénz tagadhatatlanul jelen van a magyar egészségügyi rendszerben. Mértéke ugyanakkor még a legmagasabb becslések esetében sem akkora (az egészségügyi összkidadások 2–4 százaléka), mint amekkorára a közbeszédben megjelenő súlya alapján számítani lehetne.

## 6. Következtetések

A tanulmány a hazai egészségügyi kiadások szerkezetét, és ezen belül is a háztartások közvetlen hozzájárulásainak szerepét vizsgálta. Az elemzés eredményei alapján, az elmúlt évek javuló tendenciái ellenére, a következő állítások továbbra is igazak a hazai egészségügyi rendszerre:

1. Hazánkban nemzetközi és régiós összehasonlításban is magas a magánkiadások és alacsony az állami kiadások szerepe az egészségügyi finanszírozásában.
2. A magánkiadásokon belül jelentős a közvetlen egészségügyi hozzájárulások és az egészségpénztárak részesedése, a magán egészségbiztosítások elterjedtsége alacsony.
3. A magyar egészségügyi kiadások szerkezete nem hatékony, arányaiban túl sokat költünk gyógyszerekre és fekvőbeteg-ellátásra, miközben az alapellátás és a prevenció nem kap elég figyelmet.

Fontos azonban hangsúlyozni, hogy az egészség alapvetően olyan állapot, amelynek fenntartása sok erőforrást (időt és pénzt) igényel, és amiért valakinek végül fizetnie kell. A magyar lakosság többsége – történelmi beidegződésekből fakadóan – úgy gondolja, hogy az állami egészségügyi ellátás ingyenes (*Stabilitás Pénztárszövetség* [2014]). Ez azonban hibás szemlélet, hiszen a közfinanszírozott ellátást is valójában a lakosság fizeti a járulékokon és adókon keresztül. Ilyen formán a kérdés igazából az, hogy az egészségügyi szolgáltatások és termékek felhasználói elégedettek-e az állami források és a közvetlen magánforrások kialakult arányával. A redistribúció alacsony mértéke ugyanis elsősorban annyit jelent, hogy nagyobb szerep jut az öngondoskodásnak, illetve az egyének jogainak és felelősségének. A kérdés tehát inkább az, hogy a magyar társadalom számára az állami gondoskodás vagy az egyéni önrendelkezés és az ezzel járó nagyobb felelősség a fontosabb.

Az egészségügy finanszírozási szerkezetének vizsgálata számos, főként a szűkös erőforrások felhasználásának hatékonyságával összefüggő problémára hívja fel a figyelmet. A gyógyszerkiadások magas szintje, az ellátórendszer kórház-központúsága, az intézményesült magánfinanszírozási csatornák korlátos szerepe és a paraszolvencia jelenléte egyaránt hozzájárul ahhoz, hogy nem hatékony módon használjuk fel a forrásainkat. Az egészségügyi kiadások eredményesebb felhasználása jelentősen hozzájárulhat ahhoz, hogy az egészségügyi rendszer megítélése javuljon. Ugyanakkor fontos hangsúlyozni, hogy önmagában a finanszírozás megváltoztatása nem képes kezelni az egészségügyi rendszer komplex és folyamatosan változó kihívásait.

Az egészségügy problémáinak megoldásához rendszerszintű reformok szükségesek, melyek megtervezéséhez érdemes felhasználni a tanulmányban szereplő adatokat. A bemutatott kiinduló helyzetből különböző irányba lehet elmozdulni, ezek meghatározása azonban túlmutat jelen írás keretein. A lehetséges fejlesztéseknek közös pontja ugyanakkor, hogy a reformok csak akkor érhetik el céljaikat, ha megfelelő kommunikációval és ösztönző rendszerek kialakításával sikerül a szereplőket érdekeltté tenni a változtatásban. Ez egy igazán nehéz feladat, melynek megvalósítása valamennyi, az egészségügyi rendszerrel kapcsolatba kerülő ügyfél vagy az ágazatban dolgozó szereplő számára előnyökkel járhat. Az országban rendelkezésre álló megfelelő egészségi állapotban levő munkaerő mennyiségének és termelékenységének növelésén keresztül ugyanis az egészségügy tevékenyen hozzájárulna az ország versenyképességének javulásához, valamint a társadalmi jólét emelkedéséhez. Egy átfogó reform bevezetése sok energiát és erőforrást igényel, ráadásul hatásai igazán csak hosszabb távon lesznek érzékelhetők. Ennek ellenére a folyamat elindítása és a kitűzött reformok véghezvitele szükségszerű.

## Irodalom

- ÁEEK (ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓ KÖZPONT) [2016]: *Egészségtudományi Fogalomtár*. <https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Kezd%C5%91lap>
- ASZTALOS L. GY. [1997]: *Biztosítási kézikönyv*. Biztosítási Oktatási Intézet. Budapest.
- BIZTOSÍTÁSI SZEMLE [2012]: *Munkáltatói egészségbiztosítás: adómentes juttatásként adhatják a dolgozóknak*. Budapest. [http://www.biztositasizemle.hu/cikk/hazaihirek/gazdasag/munkaltatoi\\_egeszsegbiztositas\\_adomentes\\_juttataskent\\_adhatjak\\_dolgozoiknak.996.html](http://www.biztositasizemle.hu/cikk/hazaihirek/gazdasag/munkaltatoi_egeszsegbiztositas_adomentes_juttataskent_adhatjak_dolgozoiknak.996.html)
- EC (EUROPEAN COMMISSION) [2013]: *Study on Corruption in the Healthcare Sector*. Brussels. [https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-is-new/news/news/docs/20131219\\_study\\_on\\_corruption\\_in\\_the\\_healthcare\\_sector\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-is-new/news/news/docs/20131219_study_on_corruption_in_the_healthcare_sector_en.pdf)
- EUROSTAT [2017]: *Eurostat Database*. Brussels. <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.
- KISS ZS. [2015]: *A várólista csökkentési program tapasztalatai*. Magyar Kórházzszövetség XXVII. Kongresszusa. Április 22. Debrecen. <http://slideplayer.hu/slide/4867328/>
- KORNAI J. [1998]: *Az egészségügy reformjáról*. Közgazdasági és Jogi Kiadó. Budapest.
- KSH (KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL) [2015a]: *Borravaló és hálapénz*. Statisztikai Tükör. 16. sz. Budapest. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/halapenz.pdf>
- KSH [2015b]: *Európai lakossági egészségfelmérés, 2014*. Statisztikai Tükör. 29. sz. Budapest. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf>.
- KSH [2017]: *STADAT*. Budapest. <https://www.ksh.hu/stadat>.
- MNB (MAGYAR NEMZETI BANK) [2017a]: *Biztosítói idősorok*. Budapest. <http://www.mnb.hu/felugyelet/idosorok/iii-biztositasi-piaci-szervezetek/biztositoi-idosorok>
- MNB [2017b]: *IV. Pénztárak*. Budapest. <http://www.mnb.hu/felugyelet/idosorok/iv-penztarak>
- NIELSEN [2016]: *TV Piaci Körkép 2015 – Nielsen Közönségmérés*. Budapest. [http://www.nielsentam.tv/Uploads/Hungary/res\\_Snapshot\\_2015\\_HUN.pdf](http://www.nielsentam.tv/Uploads/Hungary/res_Snapshot_2015_HUN.pdf)

- OECD – EUROSTAT – WHO [2011]: *A System of Health Accounts 2011*. Paris, Brussels, Geneva. <http://www.who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf>
- OECD (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT) [2015a]: *Government at a Glance: How Hungary Compares 2015*. Paris. [http://www.oecd-ilibrary.org/governance/government-at-a-glance-how-hungary-compares\\_9789264233720-en](http://www.oecd-ilibrary.org/governance/government-at-a-glance-how-hungary-compares_9789264233720-en)
- OECD [2015b]: *Health at a Glance 2015*. Paris. [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance\\_19991312](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312)
- OEP (ORSZÁGOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI PÉNZTÁR) [2016]: *Az Egészségbiztosítási Alap 2015. évi költségvetésének pénzforgalmi teljesítése*. Budapest. [http://www.oep.hu/data/cms1010789/E\\_Alap\\_2015\\_december.pdf](http://www.oep.hu/data/cms1010789/E_Alap_2015_december.pdf)
- PÁLL SZ. [2015]: *Nemzeti Egészségügyi Számlák (NESZ)*. A Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság Ülése. Október 20. Budapest.
- PATIKA EGÉSZSÉGPÉNZTÁR [2009]: *Sajtóanyag – Hálapénz-kutatás*. Budapest. <http://www.patikapenztar.hu/hirlevel/0909/Halapenz-kutatas.pdf>
- ROMANIUK, P. – SZROMEK, A. R. [2016]: The evolution of the health system outcomes in Central and Eastern Europe and their association with social, economic and political factors: An analysis of 25 years of transition. *BMC Health Services Research*. No. 95. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1344-3>
- STABILITÁS PÉNZTÁRSZÖVETSÉG [2014]: *Fizetősnek tartja az egészségügyet a magyarok jelentős része*. Sajtóközlemény. Október 29. Budapest. [smnr.static.lacom.hu/download/attachments/272](http://smnr.static.lacom.hu/download/attachments/272)

## Summary

This study examines the financing structure of the Hungarian health care system. The analysis focuses on the out-of-pocket expenditures of households. These expenditures include all the costs that users of health care systems meet on a daily basis. The study compares the financing structures of Hungary with EU member states and with the Visegrad countries based on the System of Health Accounts. The results show that public spending in Hungary lags, while the out-of-pocket expenditures exceed the international and regional average. Inadequate resource allocation, the high level of pharmaceutical spending, the sparse development of institutionalized private funding channels, the lack of access to care and parasolvency play a key role in maintaining the inappropriate structure of expenditure.