

MAGÁN EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSOK



Magán
egészség-
biztosítások

02

A piac
mérete
Európában

04

A magyar
egészségügyi
rendszer

10

Magán
egészség-
biztosítások
hazánkban

12

Össze-
foglalás

15

Magán egészségbiztosítások - felértékelődő szerepben

Európában a magán egészségbiztosítók szerepe az előregedő népesség és a nemzeti egészségügyi rendszerek növekvő terhelése miatt egyre jelentősebbé válik a megfelelő és megfizethető egészségügyi ellátás biztosításában. Bár a várható élettartam számos európai országban a Covid-járványt követően megtorpanni látszik, a lakosság átlagos életkora továbbra is emelkedik, és ez még évekig így lesz.

A magánbiztosítás szerepe az egészségügyben Európában

A magán, vagy önkéntes egészségbiztosítás a WHO meghatározása (WHO, 2016) szerint minden olyan egészségbiztosítás, amelyet magánszemélyek vagy a munkavállalók nevében munkáltatók önként kötnek és fizetnek, beleértve a munkaadók által fizetett csoportos biztosításokat, amelyek a munkával együtt járnak, és így nem szigorúan önkéntesek. A magánbiztosítók számos szolgáltatást nyújtanak, amelyek lehetővé teszik az állami egészségügyi rendszerek kiterjesztését és kiegészítését, hogy a biztosítottak gyorsabban hozzáférjenek a kezeléshez, és az egészségügyi szolgáltatók szélesebb köréből választhassanak. Néhány országban a biztosítók saját egészségügyi szolgáltatóval rendelkeznek (vertikális integráció), de még ezekben az esetekben is gyakran megengedik más szolgáltató választását.



A nemzeti egészségügyi rendszerek szervezési és finanszírozási módjainak különbségei miatt a magán egészségbiztosítás szerepe jelentősen eltér az egyes tagállamokban. Jellemzően az alábbi három forma valamelyikét vagy ezek kombinációját ölti, az alapján, hogy miként kapcsolódik az állami egészségügyi rendszerhez (WHO, 2016):

- **Kiegészítő (supplementary):** gyorsabb hozzáférést biztosít a kezelésekhöz, és egészségügyi szolgáltatók szélesebb körét vagy bővített szolgáltatások választékát kínálja. Szinte minden tagországban elérhető, de a fedezettel rendelkező lakosság arányát, illetve az egészségügyi kiadásokhoz való hozzájárulását tekintve jellemzően fejletlen a piaca. Vannak azonban kivételek: Belgiumban például a munkáltatók gyakran a juttatási csomag részeként kínálják, és becslések szerint a lakosság 60%-át lefedik. (Schokkaert, Tom, 2010)

- **Pótló (Complementary):** Az állami egészségügyi rendszerből kizárt, illetve fizetés ellenében igénybe vehető szolgáltatásokat fedezi, pótolja. Számos országban elérhető olyan szolgáltatásokhoz, mint a fogászati, a szemészeti ellátás, fizioterápia stb. Franciaországban, Horvátországban és Szlovéniában meglehetősen nagy szerepet játszik, és általában társbiztosítás formájában kötik.

- **Helyettesítő (Substitute):** Fedezetet nyújt azoknak az embereknek, akik nem jogosultak, vagy akik kilépnek az állami egészségbiztosítási rendszerből. Hasonló az államilag finanszírozott rendszerekhez, de csak korlátozott csoportok számára érhető el. Németországban - az elterjedtebb pótló biztosítás mellett - csak az önálló vállalkozók és a bizonyos szintet meghaladó jövedelemmel rendelkezők, valamint az 55 év felettiiek számára érhető el. A Cseh Köztársaságban elsősorban azoknak a külföldieknek szól, akik nem jogosultak a nemzeti egészségügyi rendszer igénybevételére.



1. ÁBRA: MAGÁN EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSOK SZEREPE

Magán egészségbiztosítások szerepe	Magánbiztosítások aránya a teljes egészségügyi kiadásokon belül (2014)			
	<1%	<5%	<10%	>10%
Kiegészítő (supplementary)	Bulgária , Magyarország, Olaszország, Litvánia, Norvégia, Románia, Szlovákia, Svédország, Ukrajna	Ausztria, Belgium, Finnország, Görögország, Lettország, Málta, Lengyelország, Spanyolország, UK	Portugália, Svájc	Írország
Pótló (Complementary)		Dánia, Finnország	Hollandia, Horvátország	Franciaország, Szlovénia
Helyettesítő (Substitutive):	Cseh Köztársaság, Észtország	Ciprus	Németország	
<i>A vastagon szedett országokban a magán egészségbiztosítások a lakosság több mint 20%-át lefedik</i>				

Forrás: WHO, 2016

A magán egészségbiztosítási fedezettel rendelkező lakosság aránya országonként igen eltérő. A legnagyobb piacok azok, ahol pótló (complementary) szerepet töltenek be a magán egészségbiztosítások. Néhány kiegészítő (supplementary) piacon előfordul >35%-os lakosság lefedettség. Ezek általában olyan országok, ahol a magán egészségbiztosításoknak hosszú története van (Belgium, Írország, Svájc), és ahol hagyományosan nonprofit szervezetek uralják a piacot (Belgium, Írország).

Az országok közötti jelentős különbségek ellenére a **magánbiztosítók szerepe egyre fontosabbá válik**, ahogy nő a kereslet a jobb minőségű és gyorsabb kezelések, valamint a szélesebb körű egészségügyi szolgáltatások iránt.

Hollandia a legnagyobb magán egészségbiztosítási piac Európában a díjbevétel tekintetében. 2006-ban az egészségbiztosítási törvény (Zvw) kiterjesztette a közfinanszírozású biztosítási fedezetet a teljes lakosságra, megszüntetve ezzel a helyettesítő magánbiztosításokat és lehetővé tette, hogy a magánbiztosítók kötelező jellegű, pótló típusú egészségbiztosítást kínáljanak, ahol a fogyasztók szabadon választhatják meg biztosítójukat. A pótló magánbiztosítások olyan szolgáltatásokat fedeznek, amelyeket a közfinanszírozott ellátás nem (szem- és fogászati ellátás, fizioterápia, valamint a kiegészítő és alternatív gyógymódok). Nincs ugyanakkor adókedvezmény, amely a magánbiztosítás megvásárlására ösztönözné az embereket.

A holland univerzális egészségügyi rendszer magánbiztosítókon keresztül történő működtetéséről szóló döntést a nemzeti piac alábbi sajátosságai tették lehetővé:

- A magánbiztosítók hosszú ideje fontos szerepet töltenek be a piacon.
- A többletszolgáltatások (*fogászati, szemészeti ellátás* stb.) iránt jelentős igény mutatkozik a viszonylag jól képzett és jómódú társadalom részéről.
- A magán egészségbiztosítások széleskörű elérhetősége és megfizethetősége, különösen mert azt egyre inkább csoportos alapon vásárolják és részben a munkáltatók fizetik.



A piac mérete Európában



2. ÁBRA: EURÓPAI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI PIAC

Szolgáltatás, kárkifizetés		
2010	2020	Változás
89 mrd €	130 mrd €	146%
Díjbevétel		
2010	2020	Változás
110 mrd €	173 mrd €	156%
Penetráció		
2010	2020	Változás
0,79%	1,02%	0,22%P
Díjbevétel lakosonként		
2010	2020	Változás
191 €	286 €	150%

Forrás: Insurance Europe, 2021

Díjbevételek

Az egészségbiztosítási díjbevételek immár 10 éve emelkednek Európában, **2020-ban meghaladták a 160 milliárd eurót** (Insurance Europe, 2021). A járványt megelőző évben, 2019-ben az Egyesült Királyság (-1,7%) kivételével minden országban emelkedtek a díjbevételek, ezt követően 2020-ban továbbra is az országok kétharmada számolt be növekedésről, beleértve az öt legnagyobb piac mindegyikét (Hollandia 3,4%, Németország 4,4%, Franciaország 5,6%, Svájc 2,8% és Spanyolország 4,5%).

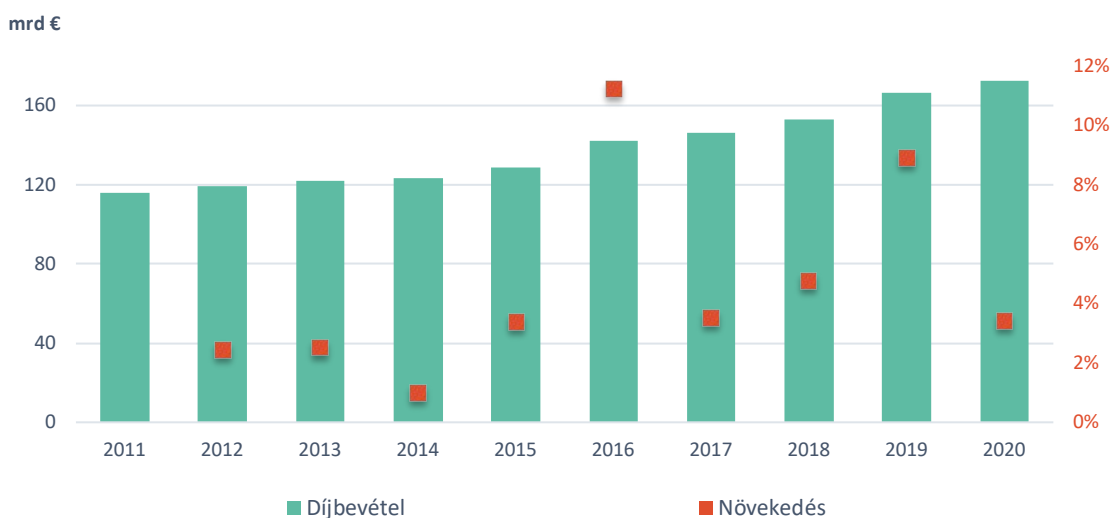
A magán-egészségbiztosítással rendelkező lakosság aránya
Európában igen eltérő, ami számos tényezővel magyarázható:

- A közszolgáltatások minősége és elérhetősége, mint például az állami kórházak várakozási ideje.
- Az állami ellátásra való jogosultság és lefedettség mértéke, valamint az e rendszereken kívüli szolgáltatások iránti kereslet.
- Közpolitikai döntések, jellemzően magánszemélyek vagy munkáltatók adókedvezményeinek bevezetése, esetenként az állami rendszerek körének megváltoztatása.
- A biztosítási termékek megfizethetősége és vonzereje.



Azokon a piacokon, ahol a biztosítók elsődleges szerepe kiegészítő, a magánbiztosítások elterjedésének fő hajtóereje általában az állami egészségügyi szolgáltatásokkal való elégedetlenség. Mivel a kiegészítő egészségbiztosítással rendelkező piacokon a lakosság biztosítási lefedettsége jellemzően alacsony, ezeken a piacokon a díjbevételek növekedése tetemesnek mondható, így például Bulgáriában (+41,1% 2019-ben), Görögországban (+15,9%), Lengyelországban (+10,5%), Lettorszában (+8,9%) és Portugáliában (+8,9%).

3. ÁBRA: DÍJBEVÉTELEK (mrd €) - 2011-2020

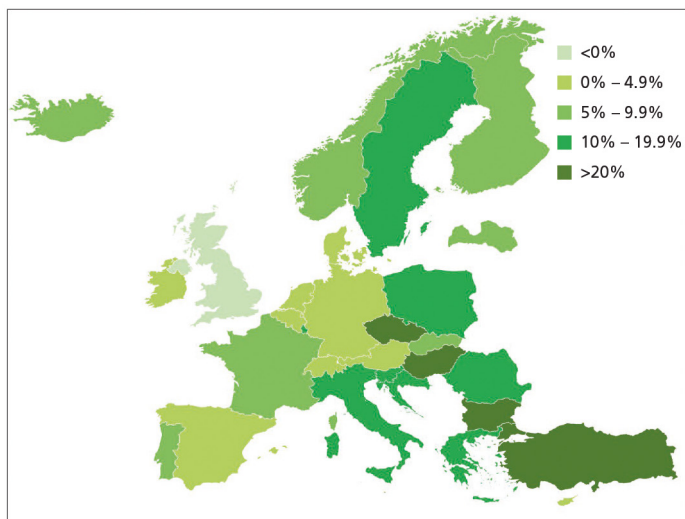


Azokon a piacokon, ahol a magánbiztosítók pótló szerepet töltenek be, a növekedést általában a további szolgáltatások, például a kritikus betegségek kezelése és a hosszú távú gondozás iránti igény vezérli. Ez volt a helyzet 2019-ben Finnországban (+8,8%), Norvégiában (+7,6%) és Németországban (+2,9%).

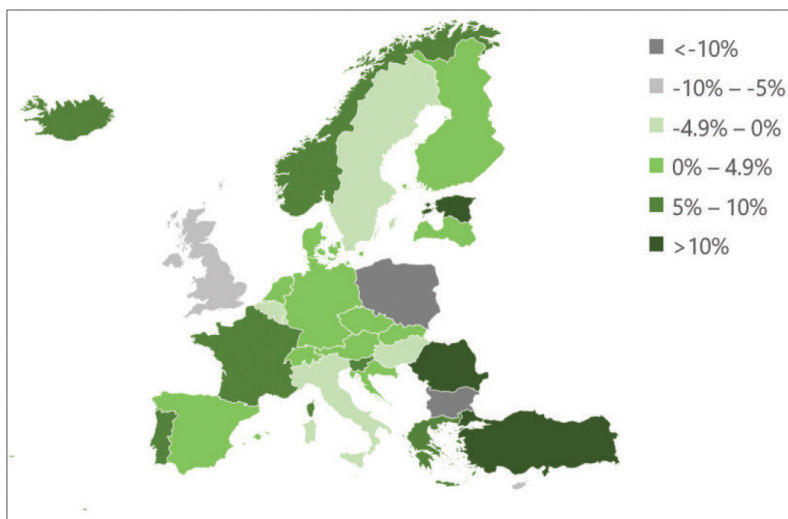


4. ÁBRA: DÍJBÉVÉTELEK NÖVEKEDÉSE AZ EGYES ORSZÁGOKBAN

2019



2020



Forrás: Insurance Europe, 2021

A járvány előtti időszakban a magán-egészségbiztosítás iránti növekvő kereslet és az emelkedő egészségügyi költségek a díjbevételek folyamatos növekedéséhez vezettek, az átlagos növekedési ráta 2016 és 2019 között elérte az 5,8%-ot. 2020-ban 3,4%-os növekedés volt tapasztalható, ami nemcsak a korábbi évek növekedésének folytatását, hanem a járvány mellékhatását is tükrözi. Sokan jobban tudatába kerültek az egészségügyi kockázatoknak, és látják az egészségbiztosítók által kínált kiegészítő védelemben rejlő értéket.



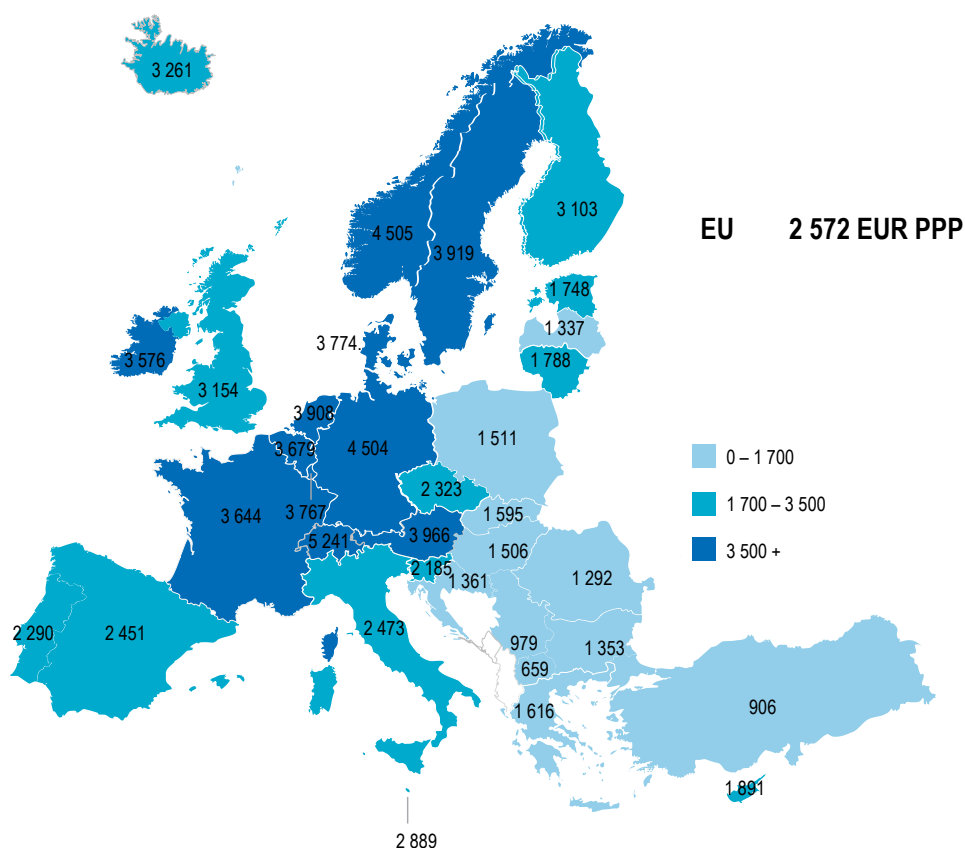
Kárkifizetések, szolgáltatások

Mind az állami egészségügyi ellátórendszerek, mind a magánbiztosítók a népesség elöregedésével szembesülnek Európában. Mivel a betegségek és a krónikus állapotok az életkor előrehaladtával egyre gyakoribbak, **az egészségügyi kiadások korcsoportonként egyre nőnek és évek óta folyamatosan emelkednek**, tükrözve az öregedési tendenciát. A demográfia mellett a jövedelmi szint is szoros összefüggést mutat az egészségügyre fordított kiadásokkal: a magasabb jövedelmű országok többet költenek egészségügyre.

Uniós szinten az egy főre jutó egészségügyi kiadások (állami és magán) 2572 euróra emelkedtek 2019-ben, ami **18,5%-kal**, azaz körülbelül 400 euróval több, mint egy évtizeddel ezelőtt (OECD, 2020). Óriási különbségek vannak az egyes országok kiadásai között – a legmagasabb Svájcban, ahol az 5 241 eurós fejenkénti egészségügyi kiadás négyszerese a legalacsonyabb, 1 292 eurós romániai összegnek. Magyarországon az egy főre jutó kiadás 1506 euró volt 2019-ben.



5. ÁBRA: EGY FŐRE JUTÓ EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK (ÁLLAMI ÉS MAGÁN), 2019, EUR PPP

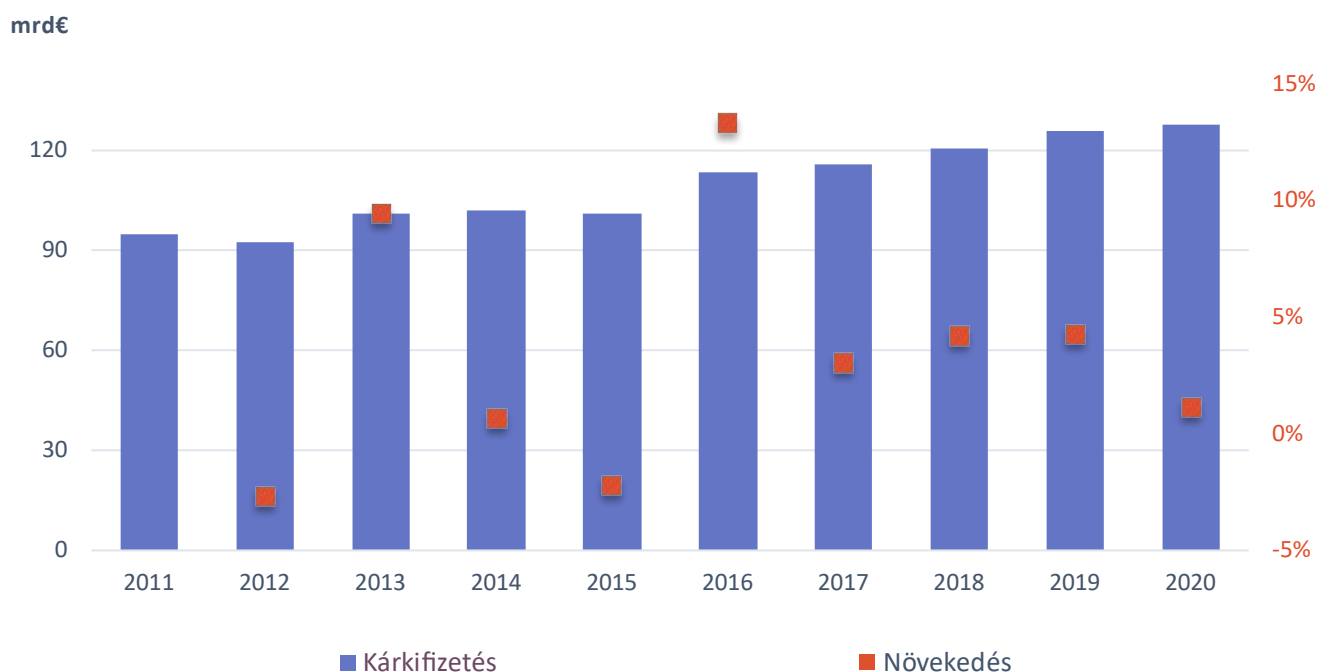


A magán egészségbiztosítások szolgáltatási összege 130 milliárd euróra emelkedett 2020-ban Európában (*Insurance Europe, 2021*), ami egy évtized alatt közel 34,4%-os növekedést jelent. A 2020-at megelőző három évben a kifizetések átlagosan 3,9%-kal nőttek. A 2020-as alacsonyabb, 1,1%-os növekedés azt tükrözte, hogy március és május között jelentős számú nem sürgős orvosi beavatkozás elhalasztásra került. Ezt bizonyos mértékig ellensúlyozta a későbbi hónapokban bekövetkezett növekedés, mindemellett az elhalasztott egészségügyi ellátások várhatóan hatással lesznek a következő évekre is. Számos országban a mentálhigiénés szolgáltatásokkal kapcsolatos kárigények számának növekedéséről számoltak be, és ez a tendencia várhatóan a jövőben is folytatódni fog.

A kárkifizések változása országoként természetesen jelentősen eltért 2020-ban, tükrözve a vírus megfékezésére irányuló kormányzati intézkedések különbségeit és a magán egészségbiztosítások eltérő szerepét az egyes piacokon.

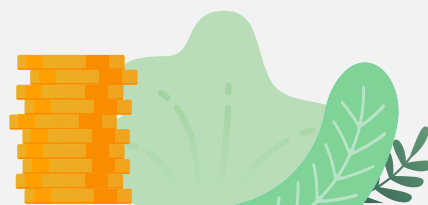


6. ÁBRA: KÁRKIFIZETÉS (mrd €) - 2011-2020



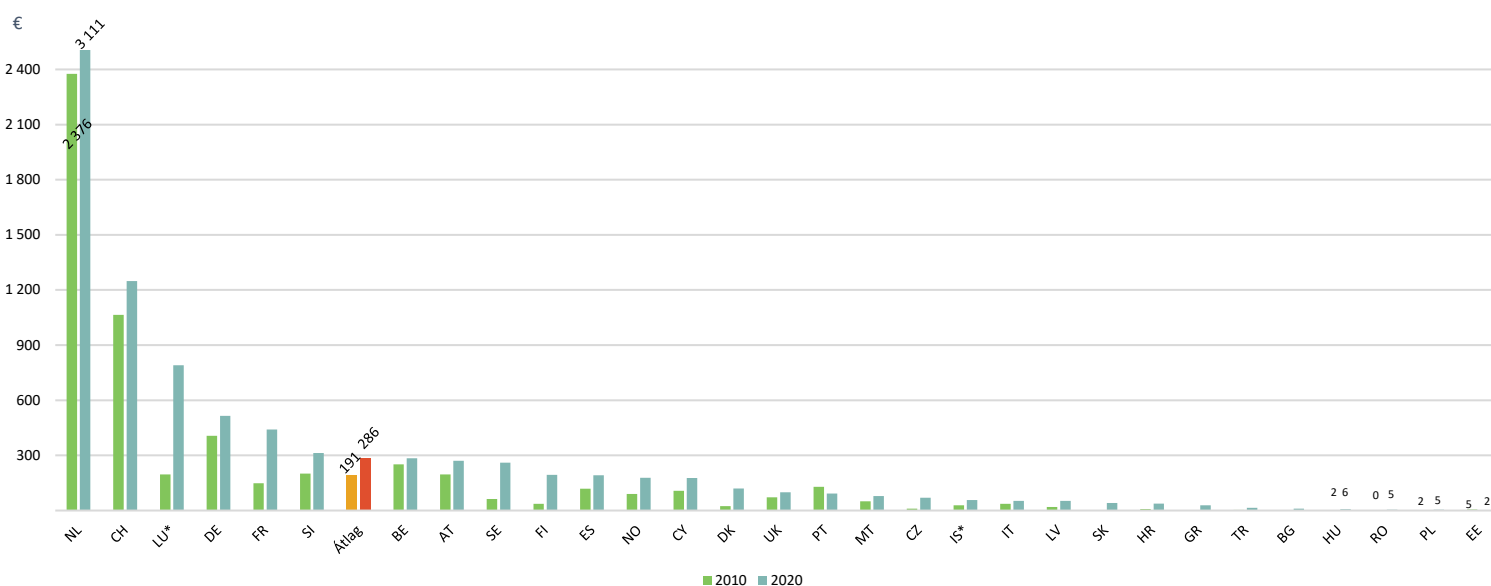
Forrás: Insurance Europe, 2021

Elterjedtség

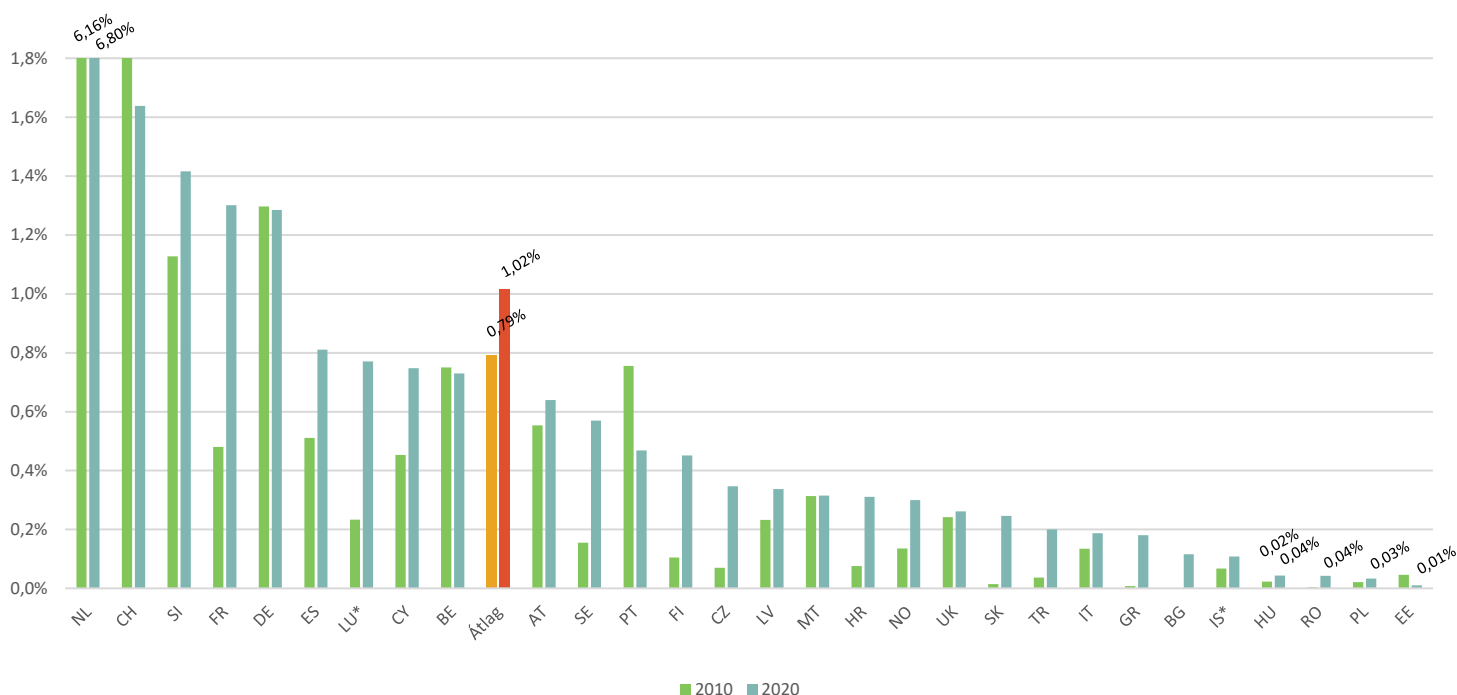


Európában 2020-ban a magán-egészségbiztosításra fordított átlagos költség 286 euró volt fejenként, ami 95 euróval több, mint 2010-ben. Az egészségbiztosítási penetráció, vagyis a GDP-arányos egészségbiztosítási díjak átlagosan 1,02%-ra nőttek, a 2010-es 0,79%-ról. Az országok közötti óriási különbségek nagyrészt a nemzeti egészségügyi rendszerek különbségeit és a magánbiztosítók eltérő szerepét tükrözik.

7. ÁBRA: EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI DÍJBÉVÉTELEK LAKOSONKÉNT (€) - 2010-2020



8. ÁBRA: EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI PENETRÁCIÓ (%) - 2010-2020

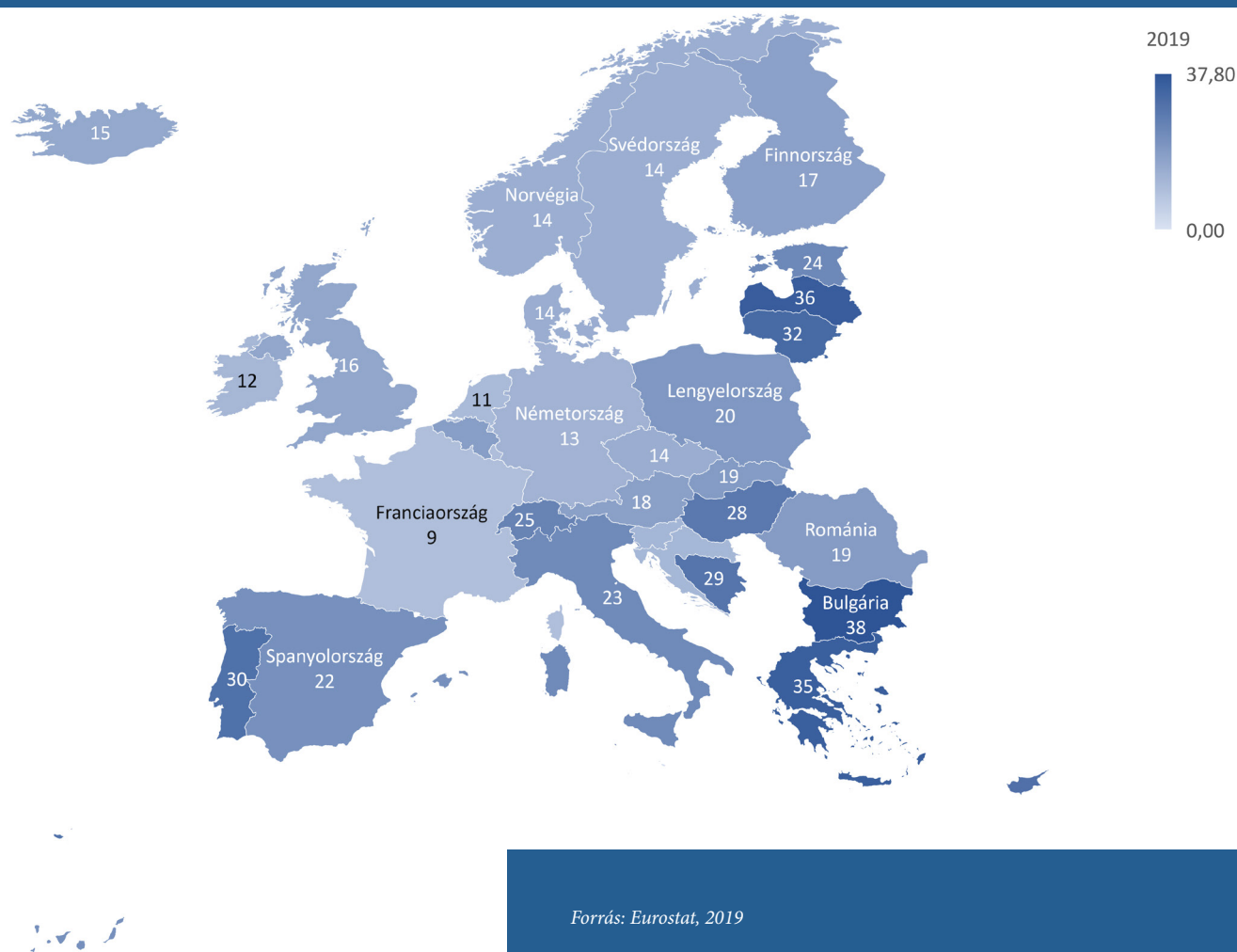


A magyar egészségügyi rendszer

Az egészségügyi finanszírozási mix

Magyarországon az egészségügyre fordított kiadások GDP-arányos értéke évről évre csökken: míg 2010-ben még 7,4 százalék volt, addig 2019-ben mindössze a GDP 6,3 százalékát tette ki. (Eurostat, 2019) Ez az érték messze elmarad az EU-s országok 9,9 százalékos átlagától, de a hazánkéhoz hasonló finanszírozási rendszerrel rendelkező cseh, lengyel és szlovák mutatók is magasabbak. Nemzetközi és régiós összehasonlításban is átlagon felüli ugyanakkor az egészségügyre fordított közvetlen hozzájárulások, valamint az önkéntes pénztári befizetéseken keresztül megvalósuló magánkiadások összes egészségügyi kiadáson belüli aránya: 2019-ben 32% volt. (Az önkéntes pénztári rendszerekbe tartoznak a magánegészségbiztosítási termékek is.) A közvetlen háztartási, vagyis zsebből fizetett egészségügyi kiadások aránya (28,2%) pedig az egyik legmagasabb az unióban (Eurostat, 2019).

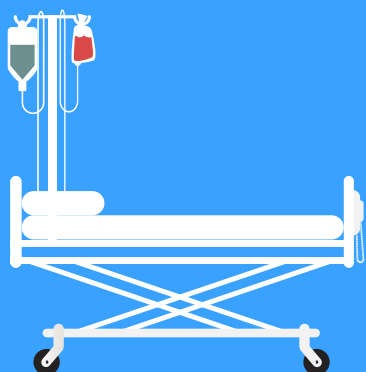
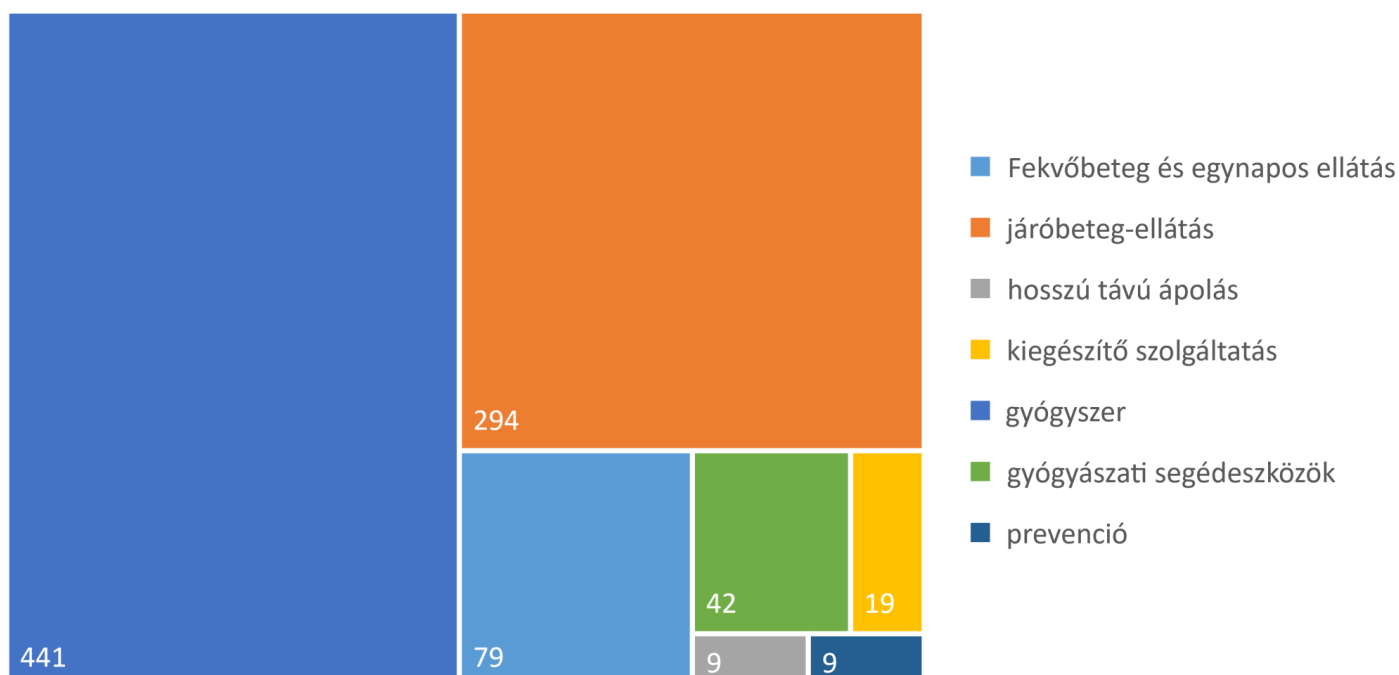
9. ÁBRA: ZSEBBŐL FIZETETT EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK ARÁNYA AZ ÖSSZES KIADÁSON BELÜL, 2019



A háztartások közvetlen egészségügyi hozzájárulásának szerkezete Magyarországon

Magyarországon 2020-ban a háztartások közvetlen egészségügyi hozzájárulása több mint 893 milliárd forint, lakosonként 91,6 ezer forint volt. A háztartások közvetlen hozzájárulásainak **döntő többségét a vásárolt gyógyszerek**, illetve az igénybe vett **járóbeteg-szolgáltatások** (melybe a háziorvosok, a védőnők és a fogorvosok is tartoznak) együttesen **teszik ki**. (A gyógyszerre fordított kiadások aránya az uniós országok közül nálunk az egyik legmagasabb.) Ennél jelentősen kisebb tételt jelentenek a fekvőbeteg-ellátások, a gyógyászati segédeszközök, valamint a kiegészítő – döntően diagnosztikai jellegű és betegszállítás – szolgáltatások. A **hosszú távú ápolásra fordított kiadások elenyésző tételt jelentenek** hazánkban, míg az EU-ban ezek adják az összes egészségügyi kiadás mintegy 16,3%-át.

10. ÁBRA: A HÁZTARTÁSOK KÖZVETLEN EGÉSZSÉGÜGYI HOZZÁJÁRULÁSAINAK NAGYSÁGA VÁSÁROLT SZOLGÁLTATÁSOK SZERINT MAGYARORSZÁGON, 2020 (milliárd Ft)



Forrás: KSH



A gyógyító ellátások közül a **járóbeteg-ellátásban kiemelkedően nagy a háztartások közvetlen hozzájárulásainak szerepe** (39,2%), miközben a kórházi ellátásokon belüli aránya csupán 7 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 a piaci alapú szolgáltatások vásárlása** – pár szakterületet leszámítva (igénybe vehető szolgáltató hiányában) – **alacsony**. Érdekes azonban, hogy **a prevenció területén egyre magasabb a háztartások közvetlen hozzájárulásainak szerepe**: a 2010-es 5%-ról 2019-re 13,7%-ra emelkedett, majd sajnálatos módon – vélhetően a Covid-19 járvány hatására – 2020-ra ismét 6,9%-ra csökkent.

Magán egészségbiztosítások hazánkban

Nyugat-Európához hasonlóan hazánkban is egyre nő az igény magánegészségügyi szolgáltatások, és ennek nyomán a költségfinanszírozó magán betegségbiztosítások iránt. Az ágazat növekedése évek óta meghaladja a teljes biztosítási piac átlagos növekedését, igaz, még mindig alacsony bázisról beszélhetünk. Egy 2022-es felmérés szerint az elmúlt két évben 44 százalékról 63 százalékra bővült a magánegészségügyi rendszert igénybe vevő magyarok aránya. A lakosság 12%-a rendelkezik magán egészségbiztosítással, akik pedig még nem, azoknak is több mint egyharmada nyitott lenne arra, hogy magánegészségbiztosítást kössön. A magánbiztosítástól a megkérdezettek elsősorban azt várják, hogy néhány napon belül vizsgálati időpontot kapjanak, és több helyszínen éjjel-nappal orvosi ügyelet álljon a rendelkezésükre. (E&Y, 2022)

Meglehetősen nehézé teszi a piac méretének meghatározását, hogy az MNB által negyedévente közzétett biztosításpiaci adatokban mind a betegség-, mind az egészségbiztosítás kifejezés szerepel, előbbi a nem-élet, utóbbi az életbiztosítások alatt.

A 44/2020. (XI. 20.) MNB rendelet 7. melléklete szerint a betegségbiztosítás soron azokat az önálló összegbiztosítási szolgáltatást (kárbiztosítás) nyújtó, betegségbiztosításra kötött szerződéseket kell bemutatni, amelyek pl. betegséghez kapcsolódó orvosi költségek finanszírozására, továbbá a betegség miatti jövedelem kiesésre nyújtanak biztosítást. Egészségbiztosítás pedig minden olyan biztosítási szerződés, melyben a biztosító azt a kötelezettséget vállalja, hogy az ügyfélnek egészségbiztosítási szolgáltatások finanszírozását nyújtja. Ez alapján tehát az összegbiztosítások a betegségbiztosítás, míg a szolgáltatásfinanszírozó biztosítások az egészségbiztosítás kategóriába tartoznak.

A MABISZ Évkönyveiben ezzel szemben a **betegségbiztosítás magában foglalja a szolgáltatás-finanszírozó és az összegbiztosításokat egyaránt**. Ezek lehetnek önállóan kötött szerződések, vagy a személybiztosítási üzletágon belül az életbiztosítások és a balesetbiztosítások egészségügyi vonatkozásai, ahol a biztosítási esemény a személy egészségi állapotában bekövetkezett változásokra vonatkozik.



A MABISZ tagjai közül **2021-ben** összesen **11 társaság foglalkozott betegségbiztosítással**. A betegségbiztosítások szerződésszáma megközelítette a 35 ezret, a díjbevétel meghaladta a 21 milliárd forintot, a biztosítók kifizetései pedig a 13 milliárd forintot (*MABISZ Évkönyv, 2022*). **Tíz év alatt a betegségbiztosítások díjbevétele megnégyszereződött, a biztosítói szolgáltatások szintje pedig több mint tizenegyszeresére nőtt.** A kárkifizetések díjbevétel növekedését meghaladó emelkedése is azt mutatja, hogy a biztosítottak egyre jobban kihasználják a szerződés által nyújtott lehetőségeket. Elmondható, hogy folyamatosan bővül a kiegészítő fedezetek köre, beleértve az assistance megoldásokat. A csomagvariációk az évtized során nőttek, új termékek jelentek meg, és egyre több biztosító kínál egyre több csomagot.



CIG



MEDICOVER



GENERALI



UNIQA



Groupama



Allianz



MetLife



UNION
VIENNA INSURANCE GROUP



KÖBE
A MAGYAR TULAJDONÚ BIZTOSÍTÓ

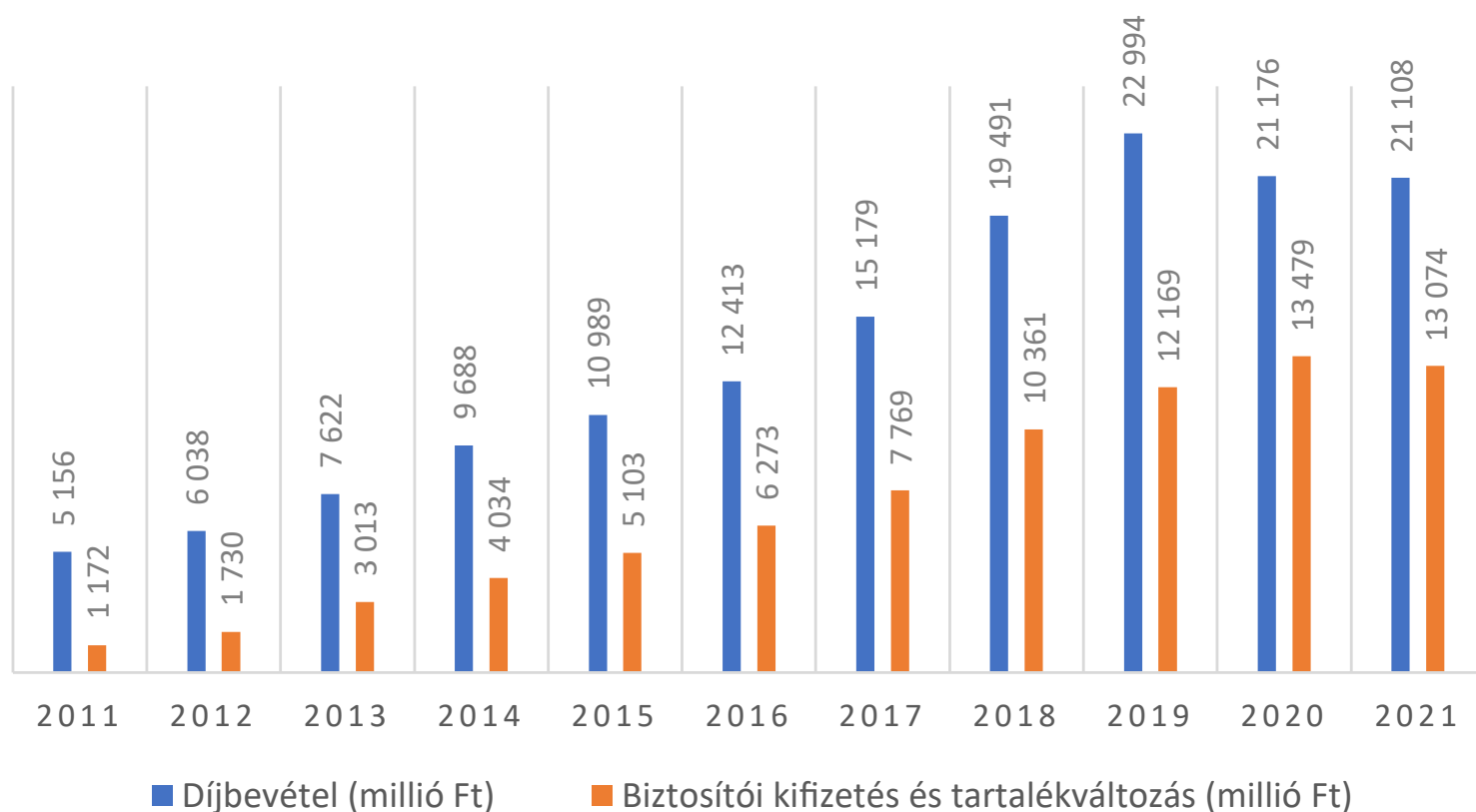


WÁBERER



SIGNAL IDUNA

11. ÁBRA: BETEGSÉGBIZTOSÍTÁSOK



Forrás: Mabisz Évkönyvek

A már hazánkban is elérhető **szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítások**nál a biztosítási szerződés tárgya az ellátás finanszírozása, a biztosítási esemény maga az ellátás orvosszakmai szempontból megállapított szükségessége. A vizsgálatokat az ügyfél számára leszervezik, a kezelések és vizsgálatok díját a biztosító fedezi.

A jellemző egészségbiztosítási szolgáltatások közé tartoznak:

- a szakorvosi ellátások
- a diagnosztikai vizsgálatok
(új: poszt-covid vizsgálatok)
- az ambuláns műtétek/egynapos sebészet
- a nemzetközi szakvélemények
- a szűrővizsgálatok bizonyos mértékben
- a házivizit
- a 24 órás orvosi call center
- Extra szolgáltatások lehetnek: sürgősségi ellátás kisebb balesetek esetén, szabadon összeállítható szűrési csomag, fogászati szűrés, várandósgondozás, online ügyfélportálon foglalható időpont és orvos, fekvőbeteg ellátás, távkonzultáció, pszichológiai call center



Az egészségügyi szolgáltatások országos szervezését a biztosítók jellemzően partnercégen keresztül végzik (TelaDoc, Union-Érted, Europ Assistance, Medicover) melyek akár a kockázatelbírálás, az ellátásszervezés, a kárrendezés, a költségellenőrzés és a káradminisztráció folyamataiban is segítik a biztosítókat. **A szerződött egészségügyi ellátó intézmények**, vagyis kórházak, magánklinikák, magán orvosi rendelők **száma ma már több százra tehető**, melyek többsége Budapesten található, de a megyeszékhelyeken, számos vidéki városban is elérhetőek egészségügyi szolgáltatók. Hazánkban is van már példa a vertikális integrációra, ahol egy biztosító saját egészségügyi szolgáltatóval rendelkezik. (vg.hu, 2022) Emellett a biztosítók gyakran lehetővé teszik a nem szerződött partnernél történő szolgáltatás igénybevételét is, jellemzően utófinanszírozással.

Hazánkban **az egészségbiztosítások nagy részét a csoportos biztosítások teszik ki**, melyet vállalatok kötnek dolgozóikra. Egy munkavállaló átlag 2,8 alkalommal használja egy évben, tehát átlag ennyiszor veszi igénybe a biztosító szolgáltatásait. (Balázs Iván, 2021) Bár 2019-ben az adózása szigorodott, béren kívüli juttatásként az egészségbiztosítás még mindig komoly vonzerőt jelent, erős employer branding eszköz, a munkavállalók számára pedig fokozatosan felértékelődik. Az egyedi biztosítási megállapodások adózása megegyezik a munkabérrel, azonban csoportos biztosítások esetén kedvezőbb, 33,04%-os adóteherrel kell számolnia a munkáltatónak. A csoportos biztosításnak azonban fontos kritériuma, hogy az egyes biztosítottakra jutó biztosítási díj összege még arányosítással se legyen megállapítható.



Összefoglalás

Tagadhatatlan, hogy minden ország komoly kihívásokkal néz szembe az egészségügyi rendszerek fenntarthatósága terén a népesség öregedése, a növekvő krónikus betegségek terhe, az egészségügyi infrastruktúra fejlesztése és általában az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása miatt.



Hazánkban nemzetközi és régiós összehasonlításban is magas a magánkiadások, azon belül is a közvetlen egészségügyi hozzájárulások és az egészségpénztárak szerepe az egészségügyi finanszírozásban, miközben a magán egészségbiztosítók elterjedtsége még alacsony. Az elmúlt években azonban a lakosság egyre nagyobb része vesz igénybe magán egészségügyi szolgáltatásokat, ami az egészségbiztosítások iránti keresletet is növeli.

A **magán egészségbiztosítások** elsődleges feladata az lehetne hazánkban, hogy **a háztartások igen magas közvetlen egészségügyi hozzájárulásait intézményes úton becsatornázzák a finanszírozási rendszerbe**. Ezzel a háztartások a kockázatokat időben és térben porlaszthatnák, ahelyett, hogy közvetlen módon vásárolnák meg az igényeiknek megfelelő szolgáltatásokat, a társadalombiztosításra nehezedő nyomás csökkenhetne a pótlólagos magánfinanszírozási források bevonása révén, a termékbe beépített szűrővizsgálatok pedig népegészségügyi javulást is eredményezhetnének.

Felhasznált irodalom:

Voluntary health insurance in Europe: role and regulation, WHO, 2016,
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/310838/Voluntary-health-insurance-Europe-role-regulation.pdf
(letöltés dátuma: 2022. május 3.)

Schokkaert, Tom: *Supplemental health insurance and equality of access in Belgium* 2010. április,
<https://core.ac.uk/download/pdf/19187023.pdf>
(letöltés dátuma: 2022. május 4.)

Health at a Glance: Europe 2020, OECD 2020,
<https://stat.link/2n9apk>
(letöltés dátuma: 2022. május 5.)

Health care expenditure by financing scheme [HLTH_SHA11_HF__custom_2683166], Eurostat, 2019,
<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/88e941a2-3355-4087-a225-44b7f7204269?lang=en>
(letöltés dátuma: 2022. május 2.)

Itt az év első nagy magánegészségügyi biznisze, vg.hu, 2022.01.06.,
<https://www.vg.hu/vilaggazdasag-magyar-gazdasag/2022/01/itt-az-ev-első-nagy-maganegeszsegugyi-biznisze>
(letöltés dátuma: 2022. május 12.)

Egészségügyi kiadások alrendszerenként, a GDP %-ában, egészségügyi beruházási ráfordítás, KSH,
https://www.ksh.hu/stadat_files/eg/hu/eg0002.xlsx
(letöltés dátuma: 2022. május 2.)

Insurance Europe Health Statistics, 2021,
<https://www.insuranceeurope.eu/downloads/european-insurance-industry-database-health-statistics-2020/DatabaseMarch2022-Health.xlsx>
(letöltés dátuma: 2020. május 2.)

A magánegészségügy helyzete Magyarországon, Ernst & Young, 2022,
https://assets.ey.com/content/dam/ey-sites/ey-com/hu_hu/topics/tax/ey-maganegeszsegugyi-kutatas-2022-vezetoi-osszefoglalo.pdf
(letöltés dátuma: 2022. május 22.)

Magyar Biztosítók Évkönyve, 2021,
<https://mabisz.hu/wp-content/uploads/evkonyv/mabisz-evkonyv-2021-V6j4-HU.pdf>
(letöltés dátuma: 2022. május 12.)

Balázs Iván: *Post Covid kivizsgálások az egészségbiztosításokban*, BKIK - Munkaerő piaci trendek 2021 konferencia előadása,
https://youtu.be/vv9p_3k7ISM
(letöltés dátuma: 2022. május 18.)

44/2020. (XI. 20.) MNB rendelet,
<https://www.mnb.hu/statisztika/informaciok-adatszolgaltatoknak/rendeletek-allasfoglalasok/44-2020-xi-20-mnb-rendelet>
(letöltés dátuma: 2022. május 12.)

