

Célújság: Biztosítási Szemle

Cím: A magyar lakosság fizetési hajlandósága az egészségügyi ellátásokért – egy reprezentatív kérdőíves felmérés eredményei

Szerzők: Baji Petra^{1,2,3}, Gulácsi László^{1,2}

¹Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Technológiaelemzési Kutatóközpont, Budapesti Corvinus Egyetem

²Center for Public Affairs Foundation

³Maastrichti Egyetem

Absztrakt:

Egy Európai Bizottság által finanszírozott kutatási program keretében 2010 nyarán hat közép-kelet-európai országban, köztük Magyarországon, kérdőíves felmérés zajlott a lakosság körében egy 1037 fős reprezentatív mintán az egészségügyi szolgáltatások igénybevételéről, az egészségügyi ellátásért fizetett összegekről, a hálapénzzel kapcsolatos attitűdökről, és a lakosság fizetési hajlandóságáról. Tanulmányunkban a magyar lakosság fizetési hajlandóságával kapcsolatos eredményeket ismertetjük.

*Tudnivaló: A kutatást az Európai Bizottság 7. Keretprogram keretében finanszírozza: 8. téma: Társadalom-gazdaságtan és humán tudományok, Project ASSPRO CEE 2007 (Grant Agreement no. 217431). A publikáció tartalmáért egyedül a szerzők felelnek, ez nem tükrözi a Bizottság álláspontját.

Szerzők:

Baji Petra tanársegéd, Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Technológiaelemzési Kutatóközpont, Budapesti Corvinus Egyetem. PhD Hallgató, Maastricht University. Junior kutató: Center for Public Affairs Foundation. petra.baji@uni-corvinus.hu

Prof. Dr. Gulácsi László, kutatóközpont vezető, Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Technológiaelemzési Kutatóközpont, Budapesti Corvinus Egyetem.

gulacsi.laszlo@uni-corvinus.hu

Bevezetés

Korábbi kvalitatív kutatási eredmények szerint a magyar lakosság elégedetlen a társadalombiztosítás által nyújtott ellátásokkal, többen panaszkodnak arra, hogy a rendszer túlterhelt, az orvosoknak nincs elég ideje a betegre, rengeteget kell várni, alapvető eszközök hiányoznak, a nővérektől nem kapják meg a megfelelő figyelmet. Az emberek nagy többsége úgy véli, hogy az ellátások alacsony színvonala az egészségügyben tapasztalható forráshiánnyal magyarázható (Baji és Gulácsi 2012, Baji et al. 2011). Aki jobb szolgáltatást akar, és megteheti, az a magánpiacon veszi igénybe az ellátásokat. Egyes szakterületeken (pl. fogászat, nőgyógyászat, diagnosztika) elterjedt a magán szolgáltatások igénybevétele. Aki marad a TB keretein belül, az az elvileg térítési díj mentesen igénybe vehető állításokért¹ hálapénzt fizet a (jobb) ellátás, és (több) odafigyelés reményében, vagy egyszerűen azért, mert attól tart, hogy nem kapja meg a megfelelő ellátást, ha nem fizet hálapénzt. Korábbi statisztikák szerint a kórházi ellátás esetében a betegek közel fele fizet hálapénzt, míg az orvosi ellátásban körülbelül minden ötödik beteg (Baji et al. 2012a, Gaál et al. 2006, Szende et al. 2006, Bognár et al. 2000)². Sőt, a magyar lakosság meglehetősen toleráns a hálapénzzel szemben, számukra az orvosok alacsony bére, és az ellátás alacsony minősége indokolja, legitimálja a hálapénz jelenlétét (Baji és Gulácsi, 2012). Ezt az álláspontot egyébként mind az orvos-szakma, mind a törvényi szabályozás megerősíti.

Kutatásunkban arra voltunk kíváncsiak, hogy a magyar lakosság hajlandó lenne-e hivatalos térítési díjat fizetni a társadalombiztosítás keretében igénybe vehető egészségügyi ellátásokért, ha azok bizonyos minőségi kritériumoknak megfelelnek, és ha igen mekkora

¹ A TB keretében az ellátások többsége térítési díj nélkül vehető igénybe. A törvényi szabályozás szerint a beteg akkor köteles térítési díjat fizetni, ha a beteg az egészségügyi intézmény munkarendje szerint beosztott orvos helyett másik orvost választ, vagy a beutalási rendtől eltérően nem a beutalón megnevezett egészségügyi szolgáltatónál veszi igénybe a fekvőbeteg szakellátást. Térítési díjat kell fizetni az egészségügyi ellátás keretében igénybe vett egyes kényelmi szolgáltatások igénybevétele esetén, az ápolási szolgáltatásokért és a szanatóriumi ellátás esetében. Fizetni kell az alkalmassági vizsgálatok és egyes szűrővizsgálatok esetében is, Térítési díjat a fogászati ellátások esetében igen elterjedt, bár ebben a szektorban a nagy arányban veszik igénybe magán szektor ellátásait. Általános vizitdíj 2007 februárja és 2008 áprilisa között volt érvényben az egészségügyi ellátások igénybevétele esetén, melynek mértéke alkalmanként 300 Ft volt.

² A házi orvosi vizitek esetében egy 2007-es felmérés eredményei szerint a betegek 9%-a fizetett hálapénzt a legutolsó házi orvosi vizit alkalmával, kb. 500 Ft-ot, 14% fizetett a legutóbbi szakorvosi vizit alkalmával, átlagosan kb. 9500 Ft-ot, és ezen kívül a betegek fele fizetett a legutóbbi kórházi ellátás alkalmával átlagosan 16 000 Ft-ot (Baji et al. 2012a).

összeget. A felmérés egy Európai Bizottság által finanszírozott kutatási program³ keretében zajlott 2010 nyarán hat közép-kelet-európai országban, köztük Magyarországon. ország lakosságára reprezentatív, 1037 fős mintán. A kutatás célja a lakosság körében az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének, az egészségügyi ellátásért fizetett összegeknek, a hálapénzzel kapcsolatos attitűdök, és a lakosság fizetési hajlandóságának feltárása. Ebben a tanulmányban a felmérésből származó, fizetési hajlandósággal kapcsolatos magyar eredményeket ismertetjük. Megvizsgáljuk, hogy van-e fizetési hajlandóság és fizetőképesség (a lakosság hajlandó-e fizetni és mennyit) a jó minőségű egészségügyi ellátások iránt, és hogyan alakul a fizetési hajlandóság a különböző társadalmi csoportokban.

A magyar lakosság fizetési hajlandóságára, preferenciáira vonatkozó eredmények biztosítók szempontjából is érdekesek lehetnek. 2012 januárja óta egy törvényi változás hatására a munkavállalók adómentesen vásárolhatnak alkalmazottaik számára egészségbiztosítást, így megnyílt a lehetőség az egészségbiztosítási piac fellendülésére. Sok biztosító szerint az egészségbiztosítás kitörési pont lehet a biztosítási piacon, amit évek óta stagnáló és a csökkenő árbevétel jellemez. A lakosság fizetési hajlandóságára vonatkozó adatok felhasználhatóak az egészségbiztosítási termékfejlesztésben a lakosság fizetőképes keresletének és a fogyasztói preferenciáinak feltárásában.

A módszertan bemutatása

A kutatás

A felmérés egy Európai Bizottság finanszírozta nemzetközi kutatási project keretében⁴ készült. A kutatás a lakosság közvetlen egészségügyi kiadásaival (patient payments), és annak egészségpolitikai vonatkozásaival foglalkozik hat közép-kelet-európai országban, köztük Magyarországon. A kutatás első fázisában fókuszcsoportos beszélgetések és mélyinterjúk készültek a lakossággal, orvosokkal és egészségpolitikussal a beteg önrész (közvetlen egészségügyi kifizetések, térítési díjak) megítéléséről. (Az eredményeket lásd: Baji és Gulácsi 2010). A kutatás második fázisában, 2010 nyarán, kérdőíves felmérés készült a hat országban,

³ Assessment of patient payment policies and projection of their efficiency, equity and quality effects: The case of Central and Eastern Europe - ASSPRO CEE 2007 (Grant Agreement no. 217431). Honlap: <http://www.assprocee2007.com/project.html>

⁴ ASSPRO CEE 2007 (Grant Agreement no. 217431).

országoként 1000 fős mintán. A felmérés célja adatgyűjtés a lakosság körében egészségügyi szolgáltatások igénybevételéről az egészségügyi ellátásokkal kapcsolatos kiadásokról, a hálapénz megítéléséről, és a lakosság az egészségügyi ellátásokért való fizetési hajlandóságáról. Jelen cikk keretein belül a magyar lakosság fizetési hajlandóságára vonatkozó eredményeket ismertetjük.

Mintavétel

A válaszadókat kérdezőbiztosok keresték fel otthonukban. A cél az 1000 fős, az ország lakosságára reprezentatív mintaelemszám elérése volt. A mintavételi eljárás három lépésből állt. Először a mintába kerülő települések kerültek kiválasztásra az országos településszerkezetnek megfelelően, majd településeken belül a kérdezőbiztosok a random út módszert alkalmazva jutottak el a háztartásokhoz. A háztartáson belül pedig az „utolsó születésnap” módszer alapján jelölték ki a válaszadót.

Az adatfelvétel személyes interjú során történt, amelynek a menete a következő volt: A kérdezőbiztos először tájékoztatta a válaszadót a kérdőív céljáról, a kutatási programról, az adatok felhasználásának módjáról. Amennyiben a kiválasztott személy beleegyezett a felmérésben való részvételbe, megkezdődhetett a kérdőív kitöltése, amely körülbelül 30-60 percet vett igénybe. A kérdéseket a kérdezőbiztos tette fel a válaszadónak, és a kérdésre adott választ is ő rögzítette. A kérdőív részletes instrukciókat tartalmazott az interjú menetére vonatkozóan.

A kérdőív

A kérdőív a következőképpen épült fel. Az első részben a kérdezőbiztos a válaszadót az elmúlt 12 hónapban igénybe vett egészségügyi ellátásokról és az ezekkel kapcsolatos kiadásokról kérdezte külön az orvosi és a kórházi ellátás esetében. A következő részben feltett kérdések a hálapénz és az orvosoknak, egészségügyi dolgozóknak adott ajándékok megítélésére vonatkoztak, mellyel tanulmányunk keretein belül nem foglalkozunk. A kérdőív további részeiben a válaszadót az egészségügyi ellátások iránti fizetési hajlandóságáról kérdezték a biztosok. A kérdőív utolsó részében pedig a válaszadó társadalmi-demográfiai helyzetére vonatkozó kérdések szerepeltek.

A feltételes értékelés módszere

A fizetési hajlandóság felmérésére feltételes értékelés módszerét alkalmaztuk. A feltételes értékelés módszere (contingent valuation method) a kinyilvánított preferencia értékelési módszerek közé tartozik. A kinyilvánított preferencia módszerek célja, hogy egy olyan terméket vagy szolgáltatás értékét határozza meg, amely nincs piaci forgalomban. A módszert gyakran alkalmazzák a költség-haszon elemzésekben, elsősorban a környezet-gazdaságtan és a közlekedés-gazdaságtanban területén (Diener et al., 1998; Hanley et al., 2003; Roson, 2001; Schwab et al., 1995; Ando and Khanna, 1995). A feltételes értékelés módszere, csakúgy mint más kinyilvánított preferencia módszerek az utóbbi évtizedben igen elterjedtek az egészség-gazdaságtan területén is, ahol annak az egészségügyi ellátások fogyasztóinak illetve potenciális fogyasztóinak a fizetési hajlandóságának feltárására alkalmazzák. Ennek segítségével meg lehet határozni, melyek azok a javak, illetve termékjellemzők, melyet a társadalom a legtovábbra értékeli, de ugyanakkor ezt a módszert a termékek/szolgáltatások iránti kereslet meghatározására is alkalmazzák. A módszer felmérésen alapul, a válaszadó egy hipotetikus szcenárióval szembesül, és arról kérdezik, hogy ebben a hipotetikus helyzetben mennyit lenne hajlandó fizetni egy adott (paraméterekkel jellemzett) termékért.

A kérdőívben a feltételes értékelés módszerét arra használtuk fel, hogy feltárjuk a válaszadók fizetési hajlandóságát egy szakorvosi vizsgálatért, illetve egy betervezett műtétért. A feladat során a válaszadónk azt a helyzetet kellett elképzelniük, hogy ha térítési díjat fizetnek a társadalombiztosítás által nyújtott ellátásokért, akkor az ellátást „gyors hozzáféréssel” és „jó minőségben” kapják. A gyors hozzáférés és a jó minőségű ellátás pontos definícióját egy kártya tartalmazta, melyet a kérdezőbiztos ismertetett és megmutatott a válaszadónak. A „gyors hozzáférés és a jó minőségű ellátás” definíciója, – a lakosság körében zajlott kvalitatív kutatás tapasztalatai alapján került meghatározásra. A felhasznált attribútumok és azok szintjei a beszélgetések során hangoztak el, a lakosság egészségügyi ellátások minősége iránti várakozásait tükrözik.

1. táblázat A jó minőség és a gyors hozzáférés definíciója

| A jó minőség a következőket jelentené: | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Modern orvosi műszerek • Felújított egészségügyi intézmény (rendelő, kórház) • Udvarias dolgozók jó hírnévvel és szakértelemmel | |
| A gyors hozzáférés a következőket jelentené: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Maximum 30 perc utazás az egészségügyi intézménybe (rendelő, kórház) • Maximum 10 perc várakozás az orvosi rendelőben • Maximum 1 hónap várakozás egy betervezett műtetre | |
| Szakorvosi vizit | Kórházi ellátás |
| Kevesebb, mint 1 425 Ft (5 euro) | Kevesebb, mint 28 500 Ft (100 euro) |
| 1 425 és 2 850 Ft között (5-10 euro) | 28 500 és 57 000 Ft között (100-200 euro) |
| Több, mint 2 850 Ft (10 euro) | Több, mint 57 000 Ft (200 euro) |

Ezután a kérdezőbiztos arról kérdezte a válaszadót, hogy:

- Egy súlyos egészségi probléma esetén (szokatlan tünetek, amelyek miatt nyugtalan) hajlandó lenne térítési díjat fizetni egy szakorvosi konzultációért vagy vizsgálatért, hogy a kártyán ismertetett módon jó minőségű és gyors ellátásban részesüljön?

Valamint, hogy

- Egy előre betervezett műtét esetében (pl. 5 nap bennfekvés, nem életet veszélyeztető betegség) hajlandó lenne-e térítési díjat fizetni ezért a kórházi kezelésért, hogy a kártyán ismertetett módon jó minőségű és gyors ellátásban részesüljön?

Azok a válaszadókat, akik azt válaszolták, hogy hajlandóak lennének fizetni az ellátásokért, a kérdezőbiztos tovább kérdezte arról, hogy mekkora az az összeg, melyet hajlandók lennének kifizetni. A pontos összeg felmérésére a fizetési hajlandóságot feltáró technikák kombinációja került alkalmazásra. A válaszadónak egy fizetési kártyát mutatott a kérdezőbiztos, melyen különböző díjtartományok szerepeltek. A kérdezőbiztos felkérte a válaszadót, hogy kártyán szereplő tartományokat figyelembe véve, határozza meg a pontos összeget, amennyit hajlandó, illetve lenne képes fizetni az ismertetett vizitért illetve kórházi kezelésért, hogy jó

minőségű és gyors ellátásban részesüljön? Aki nem tudott pontos összeget mondani, az az intervallumot jelölte meg. Esetükben az intervallum közepét használtuk fel a további számításokhoz, a pontos érték hiányában. Ez a kombinált módszer, mivel egyszerre tartalmaz nyílt végű kérdést és díjtartományokat, alkalmas a maximális fizetési hajlandóság meghatározására. A kártyákon szereplő díjtartományok előzetes pilot felmérés tapasztalatai alapján lettek meghatározva, ahol a megkérdezettek egy nyílt végű kérdésre válaszoltak.

Azok a válaszadók, akik azt válaszolták, hogy nem hajlandók fizetni, a kérdezőbiztos tovább kérdezte arról, hogy mi az oka annak, hogy nem hajlandók fizetni (nem képesek/nem engedhetik meg maguknak, ellenzik a térítési díjakat az adott szituációban, vagy mindkettő).

Eredmények

Egészségügyi ellátások igénybevétele a megelőző évben és az ezzel kapcsolatos kiadások

Magyarországon összesen 1376 embert kerestek fel otthonukban a kérdezőbiztosok. 330-an tagadták meg a választást, így a válaszadási arány 76% volt. A feldolgozható kérdőívek száma 1037 darab. A mintában szereplők átlagéletkora 46.3 (sd=17.6) év, 54%-uk nő. A válaszadók 54%-a városban él, 18% Budapesten, a fennmaradó 28% pedig falvakban. Többségük (67%) középfokú iskolai végzettséggel rendelkezik, és 49%-a dolgozik. Az átlagos havi nettó háztartási jövedelmük 167 500 Ft (sd= 94 000) volt.

A kutatásból kiderült, hogy a megkérdezettek 80%-a vett igénybe orvosi ellátást (házi orvosi és szakorvosi ellátás együtt magán és állami, kivéve a fogászati ellátást) az elmúlt 12 hónapban, és 21%-uk részesült kórházi ellátásban. A válaszadók átlagosan 5-6 alkalommal jártak orvosnál egy év alatt (átlag=5.3, sd=6.2).

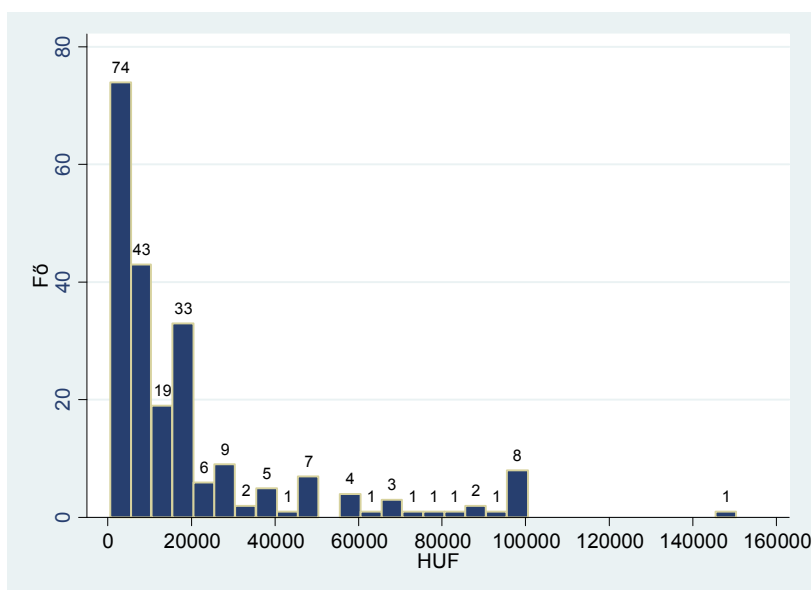
Azok között, akik voltak orvosnál az elmúlt 12 hónapban, 27%-uk fizetett valamilyen formában a vizitért, átlagosan 22 ezer forintot, a kórházban pedig a válaszadók 46%-a fizetett, átlagosan 40 ezer forintot (lásd 2. táblázat). A kórházi ellátás esetében a kifizetett összegek majdnem teljes egészében hálapénz volt (93%), míg az orvosi ellátásban ez az arány kissé alacsonyabb, a kifizetések háromnegyede (76%) volt hálapénz. Ez arra utal, hogy az orvosi

ellátás esetében többen választják a magán rendeléseket, mint a kórházi ellátás esetében. Az összegek eloszlását hisztogrammon mutatjuk be (1. és 2. ábra).

2. Táblázat **Igénybevett ellátások és kiadások**

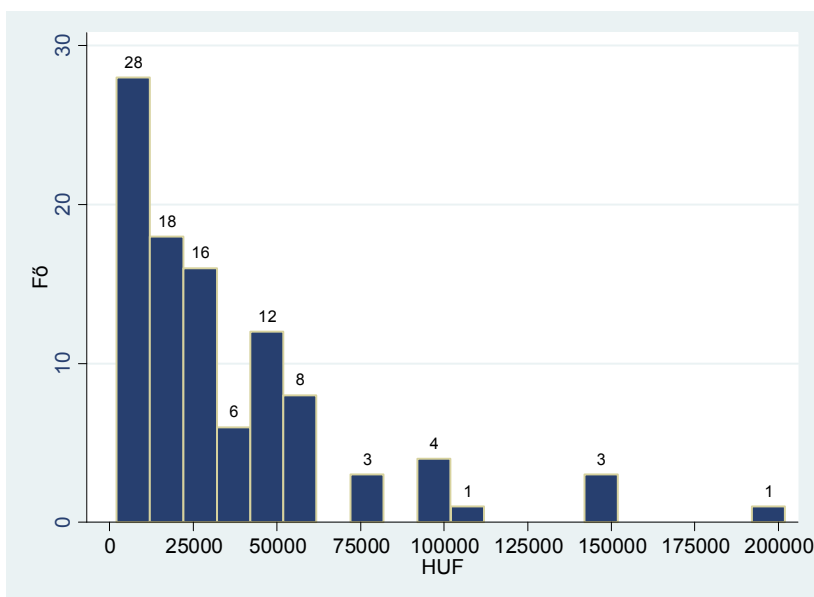
| Igénybevett ellátások és kiadások | Orvos | Kórház |
|---|-----------|-----------|
| Volt orvosnál/ kórházban az elmúlt 12 hónapban | 80% | 21% |
| Átlagosan (vizit/év/fő) | 5.3 | <1 |
| Fizetett térítési díjat vagy hálapénzt | 27% | 46% |
| Átlagos összeg | 22 095 Ft | 40 178 Ft |
| Szórás | 31 753 Ft | 47 550 Ft |
| Medián | 10 000 Ft | 25 000 Ft |
| Módusz | 5 000 Ft | 10 000 Ft |
| Fizetett hálapénzt | 21% | 44% |
| Átlagos összeg | 16 857 Ft | 37 289 Ft |
| Szórás | 22 019 Ft | 46 446 Ft |
| Medián | 10 000 Ft | 30 000 Ft |
| Módusz | 5 000 Ft | 30 000 Ft |

1. Ábra: Éves kiadás – orvosi vizit



Megjegyzés: Osztályköz: 5000 Ft. 1 fő (300 000 Ft-tal) nincs jelölve.

2. Ábra: Éves kiadás – kórházi felvétel



Megjegyzés: Osztályköz: 10 000 Ft. 1 fő (350 000 Ft-tal) nincs jelölve

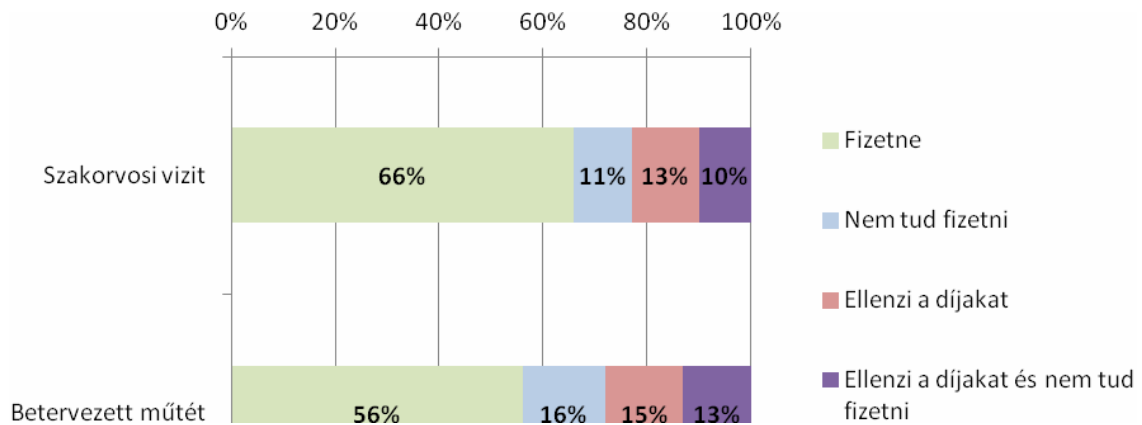
Fizetési hajlandóság

A válaszadók 67%-a mondta azt, hogy hajlandó lenne fizetni az orvosi vizitekért (lásd 3. ábra), átlagosan alkalmanként 3965 Ft-ot (sd= 6006 Ft). A legtöbben ezer-kétezer forintot adnának egy szakorvosi vizsgálatért. A kórházi ellátásban kevesebben, a válaszadók 56%-a mondta, hogy hajlandó lenne fizetni (lásd 3. ábra), átlagosan 28 770 Ft-ot (sd= 18 438 Ft).⁵ Közülük a legtöbben 25-30 ezer forint közötti összeget fizetnének egy betervezett műtétért. Az összeget megoszlását hisztogramon jelöltük (4. ábra).

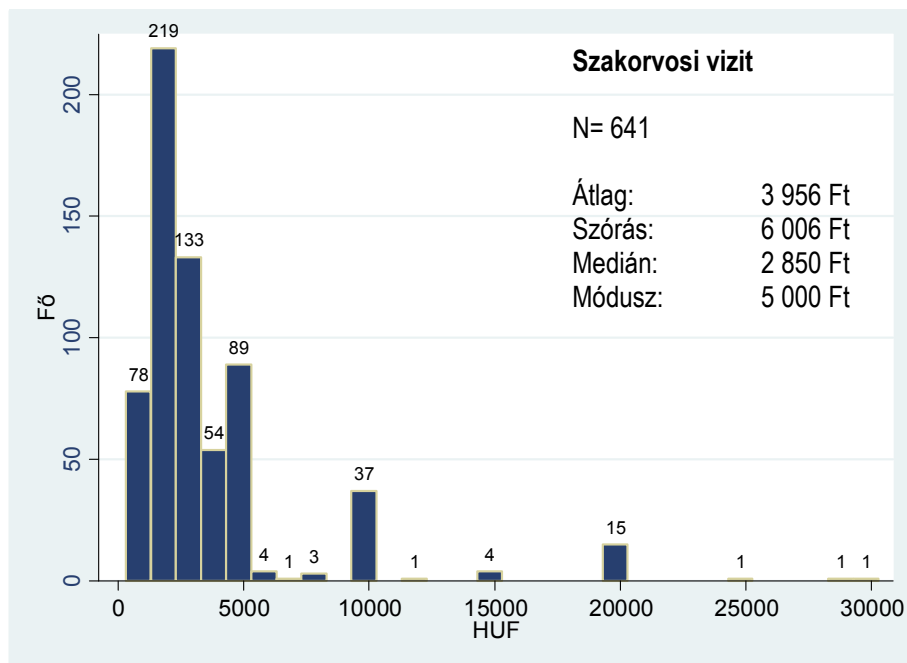
Azok, akik nem lennének hajlandóak fizetni az ellátásokért, mind a szakorvosi vizit, mind a betervezett műtét esetében hozzávetőlegesen egyenlően oszlanak meg a kategóriák között: „nem tud fizetni”, „ellenzi a díjakat”, „nem is tud fizetni, de ellenzi is a díjakat”. (Lásd 5. ábra).

⁵ Az átlagok azokra vonatkoznak, akik hajlandóak lennének fizetni.

3. Ábra Fizetési hajlandóság az egészségügyi ellátásokért

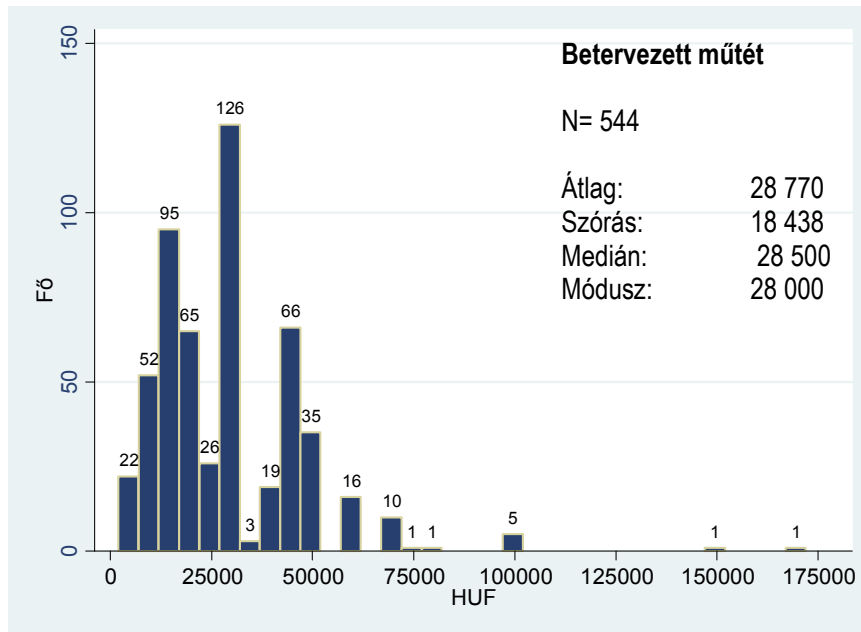


4. Ábra: A Fizetési hajlandóság megoszlása – Szakorvosi vizit



Megjegyzés: Az osztályköz: 1000 Ft. 1 fő 70000 Ft és 1 fő 100000 Ft nincs ábrázolva

5. Ábra: A Fizetési hajlandóság megoszlása – Betervezett műtét



Megjegyzés: Az osztályköz: 5000 Ft

Fizetési hajlandóság társadalmi-demográfiai jellemzők szerint

Az 6. és 7. ábra különböző társadalmi-demográfiai csoportonként (életkor, nem, lakóhely típusa, legmagasabb iskolai végzettség, és egészségi állapot és jövedelmi helyzet szerint) mutatja a fizetni hajlandók arányát és pontok jelzik az átlagos összeget.⁶

A Szakorvosi vizitek esetében a fizetési hajlandóság a 35-49 év közti korosztályban a legmagasabb (70%), és ők is hajlandók fizetni a legmagasabb összeget 4 290 Ft-ot vizitenként (sd= 4 492). A legalacsonyabb a fizetési hajlandóság a 65 év feletti korosztályban (64%). A legkisebb összeget a 35 év alatti korosztály lenne hajlandó fizetni, átlagosan vizitenként 3 722 Ft-ot (sd= 3 415). A nők nagyobb arányban lennének hajlandóak fizetni a szakorvosi vizitekért (69%), de kisebb összeget, 3 669 Ft-ot (sd= 5 001Ft). Lakóhely szerint a vidéki városokban lennének hajlandóak a legnagyobb arányban fizetni (69%), és egyben a legmagasabb összeget is, 4 554 Ft-ot (7 405 Ft). Míg a fővárosban a legkevesebben (59%), és a legalacsonyabb összeget is egyben (2 253 Ft sd= 1 716 Ft). Az iskolai végzettség

⁶ A csoportok elemszámait lásd Melléklet 2. táblázat

növekedésével növekszik a fizetési hajlandóság, míg az általános iskolai végzettségűek között a válaszadók 61%-a lenne hajlandó fizetni, ez az aránya a felsőfokú végzettségűek esetében 76%. A legmagasabb összeget a középiskolai végzettségűek fizetnék, átlagosan 4 198 Ft-ot, (sd= 5 633 Ft). A rossz, nagyon rossz egészségi állapotúak lennének a legkevésbé hajlandóak fizetni (63%), viszont akik fizetnének, azok között a legmagasabb az összeg, 4 786 Ft (sd= 9 754). Míg a többi egészségi állapotú korcsoportban hasonló arányban (66-68%) fizetnének.

A kórházi ellátás esetében hajlandóság a 35-49 év közti korosztályban a legmagasabb (60%), A legalacsonyabb a fizetési hajlandóság az 50-65 év feletti korosztályban (54%). A legkisebb összeget is ők lennének hajlandóak fizetni, kórházi felvételenként 24 983 Ft-ot (sd= 15 962). A nők nagyobb arányban lennének hajlandóak fizetni a kórházi ellátásért (59%), de kisebb összeget, mint a férfiak 28 167 Ft-ot, (sd=16 678). Lakóhely szerint a városokban a legmagasabb a fizetési hajlandóság (59%) és egyben ők fizetnék a legmagasabb összeget is, 31 529 Ft-ot (sd= 18 747 Ft). A fővárosban a legkisebb a fizetési hajlandóság, 53% lenne hajlandó fizetni. De a legalacsonyabb összeget a falusiak fizetnék, 24 655 Ft-ot (sd= 14 548). Az iskolai végzettség növekedésével itt is növekszik a fizetési hajlandóság, míg az általános iskolai végzettségűek között a válaszadók 48%-a lenne hajlandó fizetni, ez az aránya a felsőfokú végzettségűek esetében 68%. A legmagasabb összeget a felsőfokú végzettségűek fizetnék, átlagosan 32 414 Ft-ot (sd= 22 711). A jó, nagyon jó, kitűnő egészségi állapotúak magasabb arányban fizetnének (58-59%), mint a rosszabb egészségi állapotúak (53-55%). A rossz, nagyon rossz egészségi állapotúak fizetnék a legkisebb összeget, alkalmanként átlagosan 27 214 Ft-ot (sd= 23 305).|

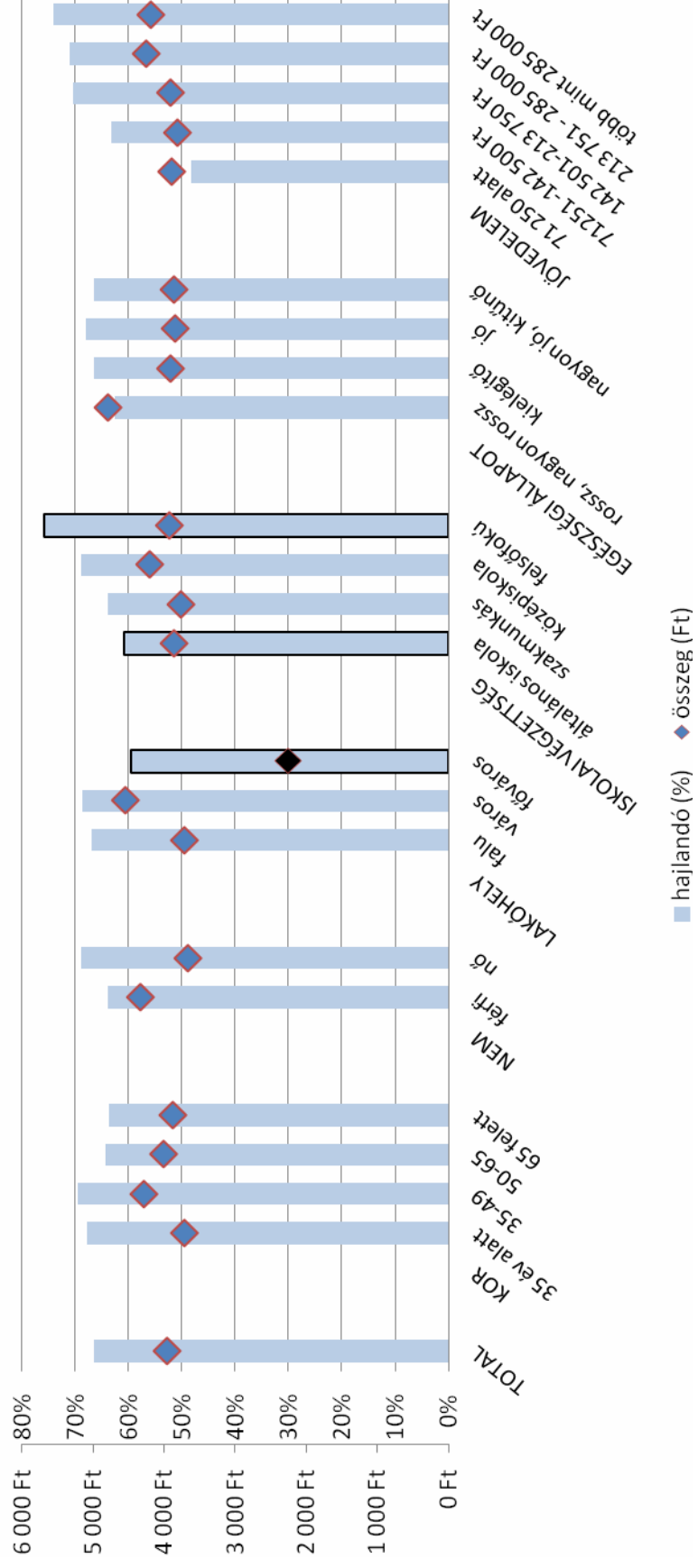
A következőkben statisztikai tesztekkel vizsgáltuk, mely társadalmi-demográfiai csoportok tértek el szignifikánsan a mintaátlagtól a fizetési hajlandóságot, és az összeget tekintve. A fizetési hajlandóságot egy mintás z teszttel, míg az összeget egy mintás t teszttel vizsgáltuk a csoportokban. A hálapénz fizetők arányát és összegét a mintában tapasztalt arányhoz illetve összeghez viszonyítottuk.

A felsőfokú végzettségűek az átlagnál szignifikánsan magasabb arányban lennének hajlandóak fizetni az orvosi vizitekért (76% $z=2.2535$ $p=0.0242$). Míg a fővárosiak (60% $z=-2.0056$, $p=0.0449$) és az általános iskolai végzettségűek (61% $z=-1.7564$ $p=0.0790$) az átlagnál szignifikánsan kisebb arányban lennének hajlandóak fizetni. A nők szignifikánsan nagyobb arányban hajlandóak fizetni, mint a mint a férfiak (69 vs 64%) $z =-1.7239$ $p=0.0847$. Nem találtunk az átlagtól szignifikáns eltérést a válaszadók életkorát és egészségi

állapotát tekintve. Azok között, akik hajlandóak lennének fizetni egy orvosi vizitért, az összeget tekintve nem találtunk szignifikáns különbségeket az átlagos összeghez viszonyítva életkor, nem, iskolai végzettség, egészségi állapot szerinti megbontásban. A fővárosiak azonban az átlagosnál szignifikánsan kisebb összeget fizetnének, alkalmanként 2253 Ft-ot ($t=-9.7236$, $p=0,0000$).

A kórházi ellátásért a felsőfokú végzettségűek szignifikánsan nagyobb arányban lennének hajlandóak fizetni (68% $z=2.6185$ $p=0.0088$), mint az átlag. Életkort, lakóhelyet és egészségi állapotot tekintve nem találunk szignifikáns eltéréseket az átlagtól. A nők szignifikánsan nagyobb arányban lennének hajlandóak fizetni, mint a férfiak (54% vs. 59% $z=-1.6934$ $p=0.0904$). Azok közül, akik hajlandóak lennének fizetni a kórházi ellátásért, a városokban szignifikánsan nagyobb, (31 530 Ft, $t = 2.5748$, $p= 0.0105$), míg az 50-65 éves korosztályban (24 983 Ft, $t= -2.7053$, $p= 0.0077$) és a falvakban (24 656 $t=-3.5210$ $p=0.0006$) szignifikánsan kisebb összeget adnának, mint az átlag. Nem, iskolai végzettség és egészségi állapot szerint nem találtunk szignifikáns eltérést az átlagos értéktől.

Fizetési hajlandóság a szakorvosi vititek esetében



Az eredmények értelmezése

A felmérés eredményei arra utalnak, hogy van fizetési hajlandóság és fizetőképes kereslet a jó minőségű és gyors hozzáférésű egészségügyi ellátások iránt Magyarországon. A válaszadók 2/3-a hajlandó lenne hivatalos térítési díjat fizetni a szakorvosi vizitekért (ha azt az ismertett minőségben kapják), és a többsége a kórházi ellátásért is. A kutatás eredményei azt mutatják, hogy a hipotetikus térítési díjak, melyet a válaszadók hajlandóak lennének fizetni a meghatározott ellátásokért, mind az orvosi ellátás, mint a kórházi ellátás esetében nagyon hasonlóak azokhoz az összegekhez, melyet jelenleg is fizetnek, többnyire hálapénz formájában. Mindez az eredmények megbízhatóságát tükrözik.

Eredményeink szerint magasabb a fizetési hajlandóság a magasabb iskolai végzettségűek, illetve a magasabb jövedelműek körében. Az egészség-gazdaságtani szakirodalma szerint ők azok, akik jobban hajlandóak „beruházni” az egészségükbe és fizetőképes kereslettel rendelkeznek (Danyliv et al., 2012; Tomini et al., 2011; Tomini and Maarse, 2011; Mincer and Polachek, 1974; Becker, 1967). Érdekes továbbá, hogy a fővárosban alacsonyabb fizetési hajlandóságot figyeltünk meg, főleg a szakorvosi vizitek esetén. Ennek magyarázata az lehet, hogy a fővárosban jobban hozzáférhető, és jobb minőségű az egészségügyi ellátás, tehát a lakosok kevésbé lennének hajlandóak fizetni azokért a tényezőkért, amik már amúgy is adottak (Vitray et al., 2011; Belicza, 2006).

A kutatás legfontosabb tanulság azonban az, hogy a fizetési hajlandóság mögött a jobb minőségű ellátás iránti igény rejlik. A lakosság a pénzéért cserébe értéket vár az egészségügyben is. Korábbi tanulmányokból kiderült, hogy a lakosság elégedetlen az egészségügyi ellátások minőségével (hosszú várakozási idő, zsúfoltak a rendelők, nem kapják meg a kellő odafigyelést (Baji és Gulácsi, 2010; Baji et al. 2011)). Éppen ezért, hajlandóak lennének fizetni a jobb minőségű ellátásért. Jelenleg, azonban nincsenek hivatalos, összehasonlítható adatink az ellátások minőségére vonatkozóan (Eris, 2012). Mindenek előtt szükséges lenne az egészségügyi ellátások minőségének mérése, a minőségre vonatkozó információk nyilvánossá tételére, a minőség folyamatos monitorozására, illetve szabályozására a jogszabályokban és a szakmai protokollokban. Ez a magánforrások további bevonásának elengedhetetlen feltétele.

Az eredmények aktualitása a biztosítási piacon

2012 januárjától a vállalatok adómentesen vásárolhatnak egészségbiztosítást alkalmazottaiknak. A törvényi változás hatására a magán egészségbiztosítási piac megmozdult, a biztosítók új termékekkel jelentek meg a piacon, melyek már nemcsak összegbiztosításokat kínálnak, hanem olyan csomagokat is, ahol maga az egészségügyi ellátás (járóbeteg ellátás, szűrés, labor és diagnosztikai vizsgálatok) a biztosítási szolgáltatás. A biztosítók a hálapénz kiváltásában (hálapénz helyett az ügyfél fizessen inkább biztosítási díjat), a minőségi szolgáltatások biztosításában és a várólisták lerövidítésben, elkerülésében látják a magán-biztosítások üzleti lehetőségeit.

Kutatásunk eredményei részben alátámasztják a biztosítók várakozásait. Azt mondhatjuk, hogy a lakosság fele- kétharmada igényelne jobb minőségű ellátást, és ezért hajlandó is lenne fizetni. Ennek az a magyarázata, hogy a lakosság elégedetlen a TB által nyújtott ellátások minőségével. Korábbi kutatások eredményei azt mutatják, hogy a magyar lakosság elképzeléseinek egy kétszintű biztosítás felelne meg: *„Határozzuk meg az alapellátás kategóriáját, hogy mi tartozik ebbe a szolgáltatási körbe, és azt teljes mértékben ingyen és magas színvonalon biztosítsák az emberek számára, az ország bármely pontján, bárhol elérhetően.”* *„Ha valaki extra szolgáltatást kíván igénybe venni, akkor azért fizessen.”* *„Ha állami biztosítása van, akkor sorban áll, és kivárja, amíg ellátáshoz jut. Ha pedig ennél többet akar, akkor fizessen magasabb szintű biztosítást.”*(részletek a kvalitatív kutatás eredményeiből lásd Baji és Gulácsi, 2010). Amíg azonban a fejlett országokkal ellentétben TB „alapsomag” nincs egyértelműen meghatározva (ki, mikor, hol, milyen paraméterekkel milyen ellátásra jogosult a TB járulék befizetéséért cserében), addig a magánbiztosítás inkább duplikatív, mint kiegészítő szerepet kap (pl. a járóbeteg ellátást már több biztosító kínál). Ez azonban gyakorlatilag azt jelenti, hogy az ügyfél kétszer fizet az ellátásért (fizeti a TB járulékot és ezen felül a biztosítási díjat). A magán egészségbiztosítási csomagok kialakítása elképzelhetetlen a kínált szolgáltatás pontos paramétereinek (minőségének) meghatározása nélkül, és ez talán előmozdíthatja a TB által nyújtott „alapsomag”, azaz az ellátások minőségi paramétereinek meghatározását is.

Kutatásunk eredményeképpen egyre több információval rendelkezünk arról, hogy a lakosság mit tart „magasabb minőségű” vagy „extra” ellátásnak. A beszélgetések során olyan dimenziók merültek fel, mint a gyorsabb sorra kerülés, hotelszolgáltatások (egyágyas szoba, virág, TV, menü), kedvesebb személyzet, több odafigyelés... Egy másik cikk keretében

megvizsgáltuk, hogy ezen tényezők közül melyek játsszák a legfontosabb szerepet egy egészségügyi szolgáltató kiválasztásánál. Az eredmények szerint a legfontosabb szempont az orvos szakértelme és hírneve, ezt követi az egészségügyi dolgozók udvarias attitűdje. Az orvosi műszerek és a rendelő, kórház állapota is fontos tényezők voltak a választásban. Azonban, a várakozási idő a rendelő előtt, és az utazási idő a kórházba/rendelőbe kevésbé befolyásolta a válaszadókat a választásban. Más szavakkal, a magyar lakosság hajlandó többet várakozni és többet utazni azért, hogy szakképzett és udvarias egészségügyi dolgozók lássák el (Baji et al. 2012b).

Ebben a tanulmányban a fogyasztói oldalt, a lakosság fizetési hajlandóságát és fizetőképességét vizsgáltuk meg. A másik oldalról, nevezetesen a biztosító és szolgáltató oldaláról még kevesebb tapasztalattal és adattal rendelkezünk hazánkban. Az ellátásfinanszírozás, mint biztosítási szolgáltatás sokkal több kihívást és kockázatot jelent a biztosító számára, mint a hagyományos összegbiztosítások, és egy új ágazat kialakítását igényli. A szolgáltatókkal való szerződéskötés szakmai felkészültséget és tájékozottságot igényel: hogyan és mi alapján szerződjön a biztosító és a magánszolgáltatókkal, hogyan osztja meg a kockázatot, hogyan számol el, mennyi a szolgáltatások piaci ára, mik a minőségi követelmények, szakmai protokollok. és garanciák; pontosan mit finanszíroz a biztosító, orvosilag mikor indokolható egy orvosi vizsgálat, műtét, szűrés. Ezekben a területen kevés hazai tapasztalattal rendelkezünk, és nem alakult ki még ki az állami szabályozás sem. A nemzetközi tapasztalatok azonban azt mutatják, hogy ezen a téren célszerű elkezdni a felkészülést mind a biztosítói mind a szolgáltatói oldalon.

Referencia

Baji, P., Gulácsi, L. „Beteg önrész” – a lakosság fizetési hajlandósága az egészségügyi szolgáltatásokért. (Patient payments – Willingness of the Hungarian Population to Pay for Health Care Services). *Esély*. 2010(4), 106-117 (2010)

Baji, P., Gulácsi, L. A helyzet változatlan – egy reprezentatív kérdőíves felmérés eredményei a magyar lakosság hálapénz-fizetési szokásairól és a hálapénz megítéléséről. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. Közlésre elfogadva. (2012)

Baji, P., Pavlova, M., Gulácsi, L., Groot, W. User fees for public health care services in Hungary: Expectations, experience, and acceptability from the perspectives of different stakeholders. *Health Policy*. 102(2-3), 255-262 (2011)

Baji, P., Pavlova, M., Gulácsi, L., Homolyáné Csete, Zs., Groot, W. Informal payments for health care services and short-term effects of the introduction of visit fee on these payments in Hungary. *International Journal of Health Care Planning and Management*. 27(1), 63-79 (2012)

Baji, P., Pavlova, M., Gulácsi, L., Groot, W. Preferences of Hungarian consumers for quality, access and price attributes of health care services, result of a discrete choice experiment. *Society and Economy*, 34 (2), 293–311 (2012b)

Becker, G.S. Human capital and the Personal Distribution of Income: An analytical approach. University of Michigan, Institute of Public Administration, Ann Arbor, Michigan (1967)

Belicza, É. Egyenlőtlenségek a szolgáltatások igénybevétele során a járóbeteg szakellátásban. Inequalities in the use of out-patient health care services. *IME*, 4(10), 9-15 (2006)

Bognár, G., Gál, R., Kornai, J. Hálapénz a magyar egészségügyben (Informal payments in the Hungarian Health Care System). *Közgazdasági Szemle*, XLVII, 293-320 (2000)

Danyliv A, Stepurko T, Gryga I, Pavlova M, Groot W. Is there a place for the patient in the Ukrainian health care system? Patient payment policies and investment priorities in health care in Ukraine. *Society and Economy*, 34(2), 273-291 (2012)

Eris, M. Improving Health Outcomes and System in Hungary, OECD Economics Department Working Papers, No. 961, OECD Publishing (2012)

Gaál, P., Evetovits, T., McKee, M. Informal payment for health care: evidence from Hungary. *Health Policy*. 77(1), 86-102 (2006)

Mincer, J. Polachek, S. Family Investment in Human Capital: Earnings of Woman. *Journal of Political Economy*, 82(2), S76-S108 (1974)

Szende, A., Culyer, A. J. The inequity of informal payments for health care: the case of Hungary. *Health Policy*. 75(3), 262-271 (2006)

Tomini, S., Groot, W., Pavlova, M. Paying informally in the Albanian health care sector: a two-tiered stochastic frontier model. *European Journal of Health Economics*, 2011 Jun 21. [In press] (2011)

Vitrai, J., Bakacs, M., Gémes, K., Kiss, N., Kövi, R., Uzzoli, A. Egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei Magyarországon. Kutatási jelentés. (Inequalities in the access of health care services in Hungary. Research Report.) EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft., Budapest (2011)

<http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/Hozzaferes%20egyenlotlensege.pdf> Accessed: 26 September 2012