



# **Az egészségbiztosítás lehetséges reformja és a közvélemény**

**Budapest, 2000 december**

**A tanulmány az „Egészségbiztosítás reformja és a közvélemény” című kutatás keretében született. A vizsgálatot a Pénztártanács megbízásából a TÁRKI Társadalomkutatási Intézet Rt végezte.**

**A kutatás vezetője:**

**Gál Róbert Iván**

**A tanulmányt készítette:**

**Janky Béla**

# Tartalom

1. AZ EREDMÉNYEK ÖSSZEFOGLALÁSA.....	4
2. BEVEZETÉS .....	7
3. A KÉRDEZÉSI MÓDSZEREK LEHETŐSÉGEI ÉS KORLÁTAI .....	10
4. A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK IRÁNTI KERESLET .....	16
5. AZ ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOKRA VONATKOZÓ PREFERENCIÁK .....	25
6. AZ ÁLLAMI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS IRÁNTI BIZALOM .....	31
7. A CO-PAYMENT-ET VÁLASZTÓK KÖRE .....	34
8. A KÖTELEZŐ CO-PAYMENT EGYES MEGOLDÁSI LEHETŐSÉGEIVEL KAPCSOLATOS VÉLEMÉNYEK .....	37
9. AZ EGÉSZSÉG- ÉS A PIACI MEGOLDÁSOK ÉRTÉKE A PREFERENCIÁKBAN.....	40
10. IRODALOMJEGYZÉK.....	42
11. FÜGGELÉK .....	44

## 1. Az eredmények összefoglalása

Tanulmányunkban az egészségbiztosítás és az egészségügyi ellátás finanszírozásának lehetséges reformjához kapcsolódóan vizsgáltuk az állampolgári preferenciák alakulását. Arra voltunk kíváncsiak, hogy miképpen reagálna a lakosság bizonyos piaci elemek bevezetésére és az ingyenesség korlátozására. Egyrészt azt tekintettük át, hogy milyen döntéseket hoznának az állampolgárok mint fogyasztók, ha megnövelnék választási lehetőségeiket különböző területeken. Másrészt azt elemeztük, hogy a közterhekről és intézményi megoldásokról döntő szavazópolgárként milyen álláspontokat foglalnak el az egészségügyi reform egyes kérdéseiben a megkérdezettek. A kutatás során megvizsgáltuk, hogy

- mekkora kereslet mutatkozik a jelenlegi szolgáltatásokat kiegészítő magán-egészségbiztosítási konstrukciók iránt,
- milyen feltételek mellett csökkentenék részvételüket a kötelező járulékokon alapuló ingyenes állami egészségügyi ellátási rendszerben a járulékfizetők, ha erre módjuk nyílna,
- mennyien bíznának meg az Országos Egészségbiztosítási Pénztárban akkor is, ha magánbiztosítók is versenghetnének a kötelező járulékokért,
- mekkora állami egészségügyi kiadásokat és hozzá kapcsolódó közterheket tartanak kívánatosnak az állampolgárok, és végül
- milyen térítési formák bevezetését tartják elfogadhatónak a járulékfizetők.

A fenti kérdések kapcsán áttekintettük azt is, hogy mely társadalmi csoportok tartoznak a piaci változások támogatói közé, továbbá kik igényelnék leginkább a magasabb szintű szolgáltatásokat.

A vizsgálat egyik legfontosabb általános tanulsága, hogy a lakossági vélemények különbségei legalább annyira értelmezhetők a piaci vs. állami megoldások dimenziójában, mint az ellátás szintje iránti igény szempontjából. Elsősorban a fiatalabbak, különösen a magasabb jövedelműek hajlamosak lemondani az ingyenes állami szolgáltatásokról, ám egyúttal ők azok, akik nagyobb érdeklődést mutatnak a kiegészítő magánbiztosítások iránt.

Az adatokból levonható másik fontos következtetés, hogy bár számosan nyitottak esetleges új piaci lehetőségek kihasználására, az egészségügyre fordított közkiadások csökkentését a lakosság többsége nem tudja elfogadni. Ez azért is figyelemreméltó, mert más kiadási tételek esetében a közterhek csökkentésének a lehetősége a lakosság egy jelentős része számára fontosabb, mint a juttatások növelése.

Az egyes témakörökhöz kapcsolódó leglényegesebb eredményeket az alábbiakban foglalhatjuk össze:

- A felmérés során kétféle kiegészítő biztosításról kértük ki a válaszadók véleményét: az egyik a hálapénzre fordított összegek fedezését ígéri, a másik kiemelt ellátást nyújt. A kutatás eredményei szerint a fogyasztók legalább annyi pénzt hajlandóak áldozni egy olyan biztosításra, amely a szokásos hálapénz összegét fedezi, mint arra, amely az országban elérhető legjobb ellátást ígéri szükség esetére. Mindkét kiegészítő biztosítás iránt a magasabb jövedelműek és a 30-39 évesek korosztályába tartozók érdeklődtek a leginkább. A tolerálható díjtételekről tett állítások alapján az általunk vizsgált két biztosítás potenciális piacának nagyságát óvatos becsléssel egyenként évi mintegy 40 milliárd forintra tehetjük (a számítások a nagyságrendek behatárolására alkalmasak).
- Az aktív járulékfizetők negyede fogadna el bizonyos körülmények között olyan egészségbiztosítási konstrukciót, ahol a kötelező járulék csökkenésével együtt térítéskötelessé válnának a szolgáltatások. Elsősorban a fiatalabb és magasabb jövedelmű dolgozók számára lenne szimpatikus egy ilyen típusú lehetőség. A co-payment-et választók ugyanakkor egyáltalán nem idegenkednek a magánegészségbiztosítás gondolatától. Körükben többen kötnének kiegészítő biztosítást.
- A járulékfizetők többsége (kb. 55%-a) akkor is az Országos Egészségbiztosítási pénztárnak fizetné kötelező járulékait, ha lehetősége lenne magánbiztosítók választására. Mindazonáltal az adatok azt mutatják, hogy az adózók megosztottak, és sokan nem bíznak az állami intézményben.
- A lakosság többsége az állami egészségügyi kiadások növelését kívánja, még akkor is, ha ez járuléknövekedéssel jár. Az eredmény azért is figyelemreméltó, mert korábbi vizsgálatainkhoz hasonlóan az adatok azt mutatták, hogy más kiadási tételek esetében jóval kevesebben hajlandóak elfogadni a közterhek növelését a juttatások bővítésének érdekében.

- A vizsgálat során megkérdezett egyének többsége nem volt hajlandó elfogadni egyetlen co-payment rendszerű megoldást sem a finanszírozási problémák megoldására. Ebben a kérdésben is, csakúgy mint az állami kiadások esetében, elsősorban az idősek ragaszkodtak a nagyobb állami szerepvállaláshoz.

## 2. Bevezetés

A jóléti állam intézményrendszerének reformjával kapcsolatos kérdések a hazai társadalomkutatók érdeklődésének homlokterében álltak az utóbbi évtizedben.<sup>1</sup> A témával foglalkozó legtöbb közgazdász figyelmé elsősorban a hatékony intézményi formák kialakítására irányult. A hatékonyság megteremtése azonban nem pusztán technikai feladat. Ahogy a jóléti intézményekre vonatkozó normatív közgazdasági elméletek is kiemelik a morális princípiumok szükségességét, úgy a jóléti állam hazai átalakításával elméleti alapon foglalkozó közgazdászok is etikai-világnézeti alapelvekre építik ajánlásaikat (lásd: Kornai 1998). Az is világos, hogy a különböző morális alapokon végzett optimalizációs eljárások egymástól igen eltérő következtetésekre vezethetnek.

A jóléti ellátások rendszerét más megközelítésből szemlélő szociológusok és szociálpolitikai szakemberek egy része felhívta a figyelmet arra, hogy az egyes intézményi formák hatékonysága nem ítélnél meg az adókat fizető és a jóléti ellátásokat élvező állampolgárok preferenciáinak ismerete nélkül.<sup>2</sup> Nem mindegy természetesen, hogy az egyének intézményi alternatívákról kinyilvánított véleménye milyen megfontolásokon alapul. Amennyiben például a jelek arra utalnak, hogy az emberek jelentős része hiányos informáltságából kifolyólag nem valós következményei szerint ítéli meg az egyes alternatívákat, nem olyan egyszerű feladat a preferenciák beépítése a normatív társadalompolitikai elemzésekbe.<sup>3</sup>

A kilencvenes évek második felében a TÁRKI is több kutatásában foglalkozott az átalakuló jóléti rendszerrel. Az egymáshoz lazán kapcsolódó kutatási programokban három problémakört vizsgáltunk kiemelten. Egyrészt az állampolgárok jóléti ellátásokra és adókra vonatkozó általános ismereteit és preferenciáit elemezzük rendszeresen. Emellett a reformok kezdeteitől nyomon követjük a nyugdíjpénztárak tagságának létszámát és jellemzőit. A harmadik, TÁRKI által vizsgált terület az egészségügy finanszírozásának kérdésköre. Ennek keretében elemzéseket végeztünk többek között az egészségbiztosítás lehetséges reformjával kapcsolatos

---

<sup>1</sup> Az irodalom kiváló áttekintését nyújtja Róbert–Nagy (1998).

<sup>2</sup> A közvélemény hazai vizsgálataihoz lásd: Ferge (1996a), Nagy–Tóth (1997), Róbert (1996), Tóth (1995).

<sup>3</sup> Az informáltság társadalompolitikai következményeiről szóló vitához lásd Csontos–Kornai–Tóth (1996, 1998), Ferge (1996b).

állampolgári véleményekről (Janky - Tóth, 1999) valamint a hálapénz-rendszer működéséről (Bognár - Gál - Kornai, 1999). Az utóbbi vizsgálatok eredményeit tudományos kutatásokban is alkalmazták (Kornai, 2000.). A TÁRKI emellett a jóléti intézményekkel kapcsolatos kutatásai során intenzív párbeszédre törekszik a szakmai közvéleménnyel és a döntéshozókkal egyaránt. E törekvés jegyében indult útjára 1999-ben az *Állam és piac a jóléti rendszerekben* című vitasorozat.

Az alábbi tanulmány alapjául szolgáló kutatás egyrészt a fenti vizsgálatok folytatásának is tekinthető. Ugyanakkor elemzésünkben számos új szempont vetődött fel, és részben más megközelítésben vizsgáljuk az egészségügy reformjával kapcsolatos véleményeket.

Kutatásunk középpontjában a co-payment rendszer bevezetésével és a magánbiztosítók tevékenységi területének és szolgáltatási körének lehetséges tágításával kapcsolatos kérdések állnak. A szóban forgó problémák alaposabb vizsgálata akkor lehetséges, ha az egészségbiztosítással összefüggő egyéb tényezőket is bevonunk az elemzés körébe. Ennek figyelembe vételével az alábbi kérdések megválaszolására teszünk kísérletet:

- Mekkora lehet bizonyos kiegészítő biztosítások piaca, és elsősorban mely társadalmi csoportokból kerülhetnek ki a vásárlók?
- Miképp vélekednek az állampolgárok az egészségügyi kiadások kívánatos mértékéről?
- Mennyire bízik a lakosság az állami egészségbiztosítási pénztárban? Kik bíznak jobban és kik kevésbé?
- Kik választanák elsősorban a co-payment rendszerű megoldásokat?

A tanulmány következő fejezetében a téma vizsgálatához kötődő módszertani probléma rövid ismertetésére kerül sor. Úgy véljük, hogy az eredmények megfelelő értékelése csak úgy lehetséges, ha látjuk mindazokat a korlátokat, amelyek egy ilyen típusú empirikus vizsgálat kapcsán felmerülhetnek. A jóléti intézményekkel és még a piacon jelen nem lévő biztosítási szolgáltatásokkal kapcsolatos vélemények elemzésekor különös jelentőséget kapnak a kérdezés technikai problémái - nagyobb, mint más témák survey-statisztikai vizsgálata esetén. A módszertani fejezet után tekintjük át az imént felvázolt négy témakört. A kiegészítő biztosításokra vonatkozó kereslet kapcsán olyan számításokat végzünk, amelyek segítségével az egyes biztosítási formák potenciális piacának nagyságát próbáljuk megbecsülni. Az egészségügyre szánt források növelésével illetve csökkentésével kapcsolatos vélemények elemzésekor felhasználjuk az állampolgárok szociális kiadásokra



vonatkozó attitűdjeit is. Összehasonlító elemzés keretében próbálunk rávilágítani az egészségügyi kiadásokra vonatkozó preferenciák sajátosságaira. Az állami- illetve magánbiztosítók iránti állampolgári bizalom vizsgálata után térünk rá a co-payment intézményrének megítélésére, illetve az elképzelt helyzetekben hozott egyéni döntések vizsgálatára.

### **3. A kérdezési módszerek lehetőségei és korlátai**

#### **3.1. A jóléti intézményekkel kapcsolatos felmérések általános kérdései**

A jóléti rendszer átalakításával kapcsolatos vitákban számos alkalommal hivatkoznak az állampolgárok szociális attitűdjeire. A jóléti rendszerre vonatkozó preferenciák feltárása céljából végzett empirikus vizsgálatok eredményeit a legkülönbébb álláspontok alátámasztására használják. Demokratikus társadalmakban ez természetes jelenség, a hazai viták nem egyedülállóak a világban. Ugyanakkor a politikai- és a tudományos élet egyes szereplői komoly ellenérveket fogalmazznak meg az állampolgári preferenciákra vonatkozó kutatások társadalompolitikai alkalmazásával szemben. A kritikák egy része kétségbe vonja, hogy a jóléti intézményekkel kapcsolatos, gyakran igen összetett problémák megoldásában segítséget nyújthatnak a többnyire alulinformált választópolgárok által megformált vélemények. Más kritikusok e preferenciák mérésének nehézségeire teszik a hangsúlyt, kiemelve, hogy a kérdezés módja és kontextusa önmagában is jelentős hatással van a kérdezési szituációban nyilvánított véleményre. A képviseleti demokrácia intézményrendszere részben éppen az alulinformáltságból adódó problémák megoldását szolgálja.

Az állampolgárok preferenciáinak megismerésének céljából triviális megoldásnak tűnik egyszerű közvélemény-kutatás révén információhoz jutni. A tapasztalatok azonban azt mutatják, hogy más területeken alkalmas kérdezési formák nem feltétlenül alkalmazhatók olyan, állam által nyújtott szolgáltatásokkal kapcsolatos igények mérésére, mint amilyen az egészségügyi ellátás. Különösképpen ez a helyzet akkor, ha a szolgáltatás közjóság tulajdonságokkal is rendelkezik.

Az ún. feltételes értékelés (contingent valuation vagy CV) módszerét használják közjavak, állam által kínált javak vagy egyéb, piacon általában nem elérhető jóságok értékelésére. Az eljárás elsősorban a környezet-gazdaságtanban terjedt el, a természeti környezet számszerű értékelésére szolgál. A feltételes értékelés módszere nem az egyedüli eljárás közjavak vagy állam által szolgáltatott javak reprezentatív mintákon alapuló értékelésére. A CV-kérdezés módja is sok szempont szerint különbözhet. A számunkra különösen fontos a kérdezőkor "imitált" helyzet.

- A kérdezés szimulálhat piaci szituációt. Ekkor, mint "fogyasztóhoz" fordulnak a kérdezettek. Azt kérdezik tőle, hogyha piacon megvehetné az adott jószágot mennyit fizetne érte (ha X összegért kínálnák, megvásárolná-e).
- A kérdezés imitálhat politikai döntéshozatalt. Ez esetben a kérdezett, mint állampolgár "szavaz" egy program megvalósításáról – és annak adókövetkezményeiről.

A CV típusú elemzések lehetőségét fél évszázada vetették fel először, de nincs általános konszenzus a módszer használhatóságának megítélésében.<sup>4</sup> A CV-t hasznosnak tartó szakemberek között sincs egyetértés a technikai részleteket tekintve. A többnyire még lezáratlan módszertani viták általában környezetgazdasági elemzésekhez kapcsolódnak, és a metodikai következtetések alkalmazhatósága egészségügyi elemzésekre nem mindig egyértelmű. Az egészségügy CV típusú vizsgálatának sajátos problémáit pedig még nagyon kevesen vizsgálták.<sup>5</sup> Mindezeket figyelembe véve óvatosan kell kezelni módszertani megjegyzéseinket.

A nyitott kérdések némelyek szerint a valós élettől idegen szituációba "kényszerítik" a kérdezettet, akinek nehéz jól értékelhető (nem teljesen véletlenszerű, vagy félreértésen alapuló) választ adnia. A CV módszertanával foglalkozók általában elfogadják, hogy erős a nyitott kérdés esetén a stratégiai motiváció a valós értéknél alacsonyabb összeg bemondására. Zárt kérdésnél ez általában kevésbé áll fenn az elméleti megfontolások alapján. A kétféle kérdezési módot összehasonlító empirikus tanulmányokban azonban nem kizárólagosan az elméletileg feltételezett irányban mutatható ki eltérés (Carson et al: 1996). A zárt kérdések közül azok, melyekben az induló érték után fokozatosan emelik vagy csökkentik a tétet, az induló értéktől függő eredményt fognak eredményezni. Az olyan kérdőíveknél, ahol egy kérdezett csak egy árról mond véleményt, (és a mintában többféle számot kérdeznek), a statisztikai következtetésekhez elégséges mintanagyság okozhat problémát. Emellett több előfeltevésre van szükség az aggregát fizetési hajlandóság számításához. Sokak szerint a valós fizetési hajlandóság feletti értékeket eredményez a zárt kérdés (Boyle et al: 1996, Brown et al: 1998). Mindezzel együtt a zárt kérdezési módszert ajánlják elsősorban a CV használatát általában elfogadó szakértők. Az empirikus vizsgálatokban néha nem "igen-nem" kérdést tesznek fel, hanem lehetőséget adnak a kérdezetteknek döntésük bizonyosságának illetve bizonytalanságának kifejezésére.

---

<sup>4</sup> A módszerrel kapcsolatos főbb kritikák összefoglalását adja Hausman (1993)

<sup>5</sup> A kevés kivétel között lásd: Olsen (1997)

A környezeti javakkal kapcsolatos elemzések kapcsán erősen kritizálják a piaci szituációt imitáló kérdezési technikákat. A közjavak természetéhez jobban illeszkedő és nagyobb predikciós erővel bíró kérdezési módnak tartják a szavazási helyzet szimulálását. Az egészségügy területén megosztott a kutatók véleménye. Vannak, akik kifejezetten azt tartják kívánatosnak, hogy a kérdések az egyén közvetlen jólétéről és annak piaci megvásárlásáról szóljanak (Olsen: 1997).

A rangsorolási kérdéseket könnyebben megválaszolhatónak tartja a kutatók egy része, mint a direkt pénzbeli értékelési feladatokat. Hátrányosak viszont az ilyen rangsoroló módszerek akkor, ha valaki a közjószág pénzértékét akarja kiszámolni.

1992-ben a Nobel-díjas Kenneth Arrow és Robert Solow vezetésével szakértői bizottság vizsgálta a CV-elemzések felhasználhatóságát természeti károk mérésére. A bizottság bizonyos fenntartásokkal elfogadhatónak tartotta az eljárást. A munkában résztvevő egyik szakértő Paul Portney az alábbi hét pontot emelte a bizottság által megfogalmazott ajánlásokból (Portney 1994: 9.):

- Lehetőleg személyes kérdezéssel alapuló felméréseket kell végezni.
- Jövőbeni baj elkerülésének értékét kell vizsgálni inkább, mint a bekövetkezett kár minimális kompenzációját.
- A kérdezetteknek "népszavazási" kérdést kell feltenni.
- Az értékelendő programok hatásait alaposan és érthetően le kell írni a válaszadók számára.
- Emlékeztetni kell a válaszadókat, hogy pénzt áldozva egy programra csökken egyéb célokra elköltendő pénzük.
- A válaszadókat emlékeztetni kell a szóban forgó jószág helyettesítőire.
- A CV kérdést még néhány olyan kérdésnek kell követnie, melyekből kiderülhet, hogy a kérdezett valóban átlátta a döntési helyzetet.

Az ajánlások környezeti javakkal kapcsolatos vizsgálatokra vonatkoznak, ám általános módszertani követelményekként hivatkoznak rájuk széles körben.

### **3.2. A vizsgálatban alkalmazott kérdések**

Az általunk vizsgált különféle kérdések egymástól lényegesen eltérő jellegű és súlyú módszertani problémákat vetnek fel. Az egyik lényeges nehézség a válaszolók által a

kiegészítő biztosításokra meghatározott rezervációs árak hitelességének megkérdőjelezhetőségéből adódik. Ahogy a korábbiakban utaltunk rá, életidegen az a helyzet, ahol a szolgáltatás vásárlójának kell meghatároznia, mennyit ér számára a felkínált termék (jelen esetben a biztosítás). Éppen ezért a kérdőívben zárt kérdéseket alkalmaztunk. Ez azt jelenti, hogy a megkérdezettnek csupán arról kellett nyilatkoznia, hogy a felkínált anyagi feltételek mellett élne-e a biztosítás lehetőségével. A válaszok függvényében aztán változtattuk ezt az összeget. Ugyanakkor a zárt kérdések is számos problémát vetnek fel. A módszertani szakirodalomból kiderül, hogy a válaszokat komolyan befolyásolhatja, hogy milyen eljárással adjuk meg az árakat. A tapasztalat azt mutatja, hogy a kiindulásként felkínált összeg nagyságától is függ, hogy mekkora a válaszokból következő rezervációs ár. Ha túl alacsony összeggel indítunk, a válaszok lefelé fognak torzítani a valós helyzethez képest, a túlságosan magas kiinduló összeg hatása pedig ennek az ellenkezője. Ezért arra kell törekedni, hogy az elsőként felkínált összeg lehetőleg közel legyen a válaszolók legtöbbszörös rezervációs árához. Vizsgálatunkban korábbi kutatásaink eredményeiből következtettünk arra, hogy mekkora lehet a legtöbb ember által még éppen kifizetett összeg bizonyos kiegészítő biztosításokért.

A kiegészítő biztosításhoz kapcsolódó további problémák a szolgáltatás értékének megítélésének nehézségeiből adódnak. A kérdezetteknek rövid idő alatt kell felmérniük, hogy egy biztosítási termék vajon milyen lehetőségeket biztosíthat a számukra. Különösen nehéz ezt megítélni az egészségbiztosítások esetében. Egyrészt többnyire ritkán bekövetkező káreseményekre vonatkozóan kell az értékelést elvégezniük. Márpedig a kutatási tapasztalatok szerint a kis valószínűségű események értékelése különösen problematikus az emberek számára. Másrészt nem minden esetben könnyű definiálni a nyújtott szolgáltatást, különösen akkor, ha az természetbeni ellátást jelent. Kérdőívünkben kétfajta lehetséges egészségbiztosításról kérdeztük a felkeresett embereket. Az egyik a kórházi költségek közvetlen térítését ígérte, a másik a lehetőségekhez képest legjobb kezelést ajánlotta fel. Az első viszonylag könnyen értékelhető az anyagi juttatások miatt. A második viszont nehezebb döntés elé állítja a válaszolókat, hiszen amellett, hogy elvileg bizonyos "garantált" egészségi állapot értékét kellene meghatározniuk, tudniuk kellene, hogy pontosan milyen garanciákat nyújthat a "lehető legjobb ellátás".

Más jellegű problémákat vet fel az állami egészségügyi kiadások kívánatos mértékére vonatkozó kérdés. A hazai és nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy az állampolgárok szívesen fogadnak bármilyen állami szolgáltatást, ha nincsenek szembesítve annak rájuk (is) háruló anyagi következményeivel. A TÁRKI-ban régóta folynak olyan felmérések, melyekben az állami kiadásokkal kapcsolatban kérdezik a

felkeresett embereket. E kutatásokban külön hangsúlyt helyeztünk arra, hogy a megkérdezettek pontosan lássák, hogy a kiadások növelése a közterhek növekedésével járhat együtt. Az évek során azok a kérdések bizonyultak módszertani szempontból a leginkább megalapozottnak, amelyekben csupán a válaszoló által kívánatosnak tartott változások irányára kérdeztünk rá. Azaz az iránt érdeklődtünk, hogy kívánja-e növelni (csökkenteni) egy adott területre fordítandó közpénzek mennyiségét, ha az egyúttal adóemeléssel (csökkentéssel) járna. Vizsgálataink eredményei arra utalnak, hogy e kérdésekre megfontolt válaszokat adnak a mintába került állampolgárok. A különböző kutatásokban a válaszok megoszlása meglehetősen stabilitást mutat. Emellett feltárhatók az egyéni vélemények mögött meghúzódó érdek- és értéktényezők, ami szintén fontos az ilyen típusú kérdések elemezhetőségének szempontjából. A fenti tapasztalatok birtokában döntöttünk úgy, hogy kutatásunkban oly módon érdeklődünk az egészségügyi kiadásokról, hogy a változásokra vonatkozóan két, egymással ellentétes alternatívát kínálunk fel, melyek adó- és kiadás növeléssel illetve a másik esetben ezek csökkentésével járnak együtt.

Módszertani szempontból a co-payment-tel kapcsolatos kérdések vizsgálata a legnehezebb, legyen szó az egyéni lehetőségek értékeléséről vagy mindenki számára kötelező intézményi megoldásokról. A co-payment-re vonatkozó egyéni preferenciák során azt kell megvizsgálni, hogy lemondana-e a válaszoló bizonyos szolgáltatások ingyenes igénybevételeéről, ha ezáltal csökkennének járulékterhei. Ebben az esetben a legtöbb gondot az okozza, hogy a kérdezettnek viszonylag sok információra lenne szüksége a megfontolt döntéshez, ugyanakkor a megfelelő információk ismertetése túlfeszítheti a kérdőíves felmérések kereteit. Ennek következtében az ilyen jellegű kérdések esetében elsősorban az attitűdök mérésére vagyunk képesek. Azt tudjuk vizsgálni, hogy mely társadalmi csoportok idegenkednek jobban és melyek kevésbé a co-payment lehetőségétől. Az általunk használt kérdőívben elsősorban ilyen célokra kívántuk alkalmazni a co-payment egyéni választására vonatkozó kérdéseket.

A co-payment-tel kapcsolatos kérdések egy másik csoportja arra vonatkozhat, hogy az állampolgárok mennyire fogadnák el a co-payment-et egyes szolgáltatási területeken, illetve milyen konkrét intézményi megoldásokat preferálnának jobban a co-payment rendszer megvalósítása során. Az egyik probléma itt is a szolgáltatások költségeinek hiányos ismeretéből adódik. Nehezen tudnak dönten a kérdezettek, ha nem tudják, hogy egyes intézményi alternatívák milyen fizetési kötelezettségekkel járnak a szolgáltatások igénybevétele esetén. Egy másik probléma abból adódhat, ha az állampolgárok többsége az állami finanszírozást preferálja akár növekvő

közterhek árán is. Ekkor különösen nehéz lehet rábíni őket arra, hogy a számukra ellenszenves alternatívák közül válasszák ki a legkevésbé elvetendőket. Ahogy a későbbiekben látni fogjuk, válaszolóink valóban idegenkedtek attól, hogy állást foglaljanak a co-payment egyes megoldási lehetőségeivel kapcsolatban.

Ebben a fejezetben megpróbáltuk kritikusan áttekinteni az általunk alkalmazott kérdések feldolgozásának lehetőségeit és korlátait. Egyes esetekben súlyos kérdezéstechnikai nehézségekről számoltunk be. Ez nem jelenti azonban azt, hogy a vizsgálat eredményei nem használhatóak fel a társadalompolitikai döntéshozatal során. Arra szeretnénk volna felhívni figyelmet, hogy nem minden kérdés esetében értelmezhetőek a válaszok egyforma módon. Bizonyos esetekben a válaszadók által választott alternatívákat vagy rezervációs árakat tekinthetjük az állampolgári preferenciák megnyilvánulásának, és felhasználhatjuk a társadalompolitikai döntések meghozatala során. Más kérdések kiértékelésekor a válaszok egyszerű megoszlása nem nyújt (nem nyújthat) megfelelő információt a döntéshozó számára. Ugyanakkor e változók is alkalmasak az egyes társadalmi csoportok között tapasztalható különbségek értékelésére.

## 4. A kiegészítő biztosítások iránti kereslet

### 4.1. A kérdések

Az egészségbiztosítás piacosítási elemeket is magában foglaló reformjainak előkészítése során hasznos lehet annak ismerete, hogy mekkora források bevonására lehetne számítani akkor, ha a lakosság szabadabban dönthetne egyes egészségügyi szolgáltatások és különböző biztosítási csomagok igénybevételéről. Emellett a társadalompolitika számára jelentősége lehet azoknak az információknak, amelyek a piaci elemekre erősebben támaszkodó egészségügyi rendszerben várható egyenlőtlenségek várható sajátosságaira vonatkoznak. Az esetleges reformokat követő állapotok pontos szimulálására nincsen mód, azaz nem tudhatjuk meg, hogy mekkora lenne egyes biztosítások iránti kereslet, ha bizonyos szolgáltatások nem lennének ingyenesek, illetve ha a járulékok esetleg alacsonyabbak lennének. Az ilyen típusú kérdésekre adott válaszok érvényessége jelentősen korlátozott. Azonban a jelenlegi körülmények között kialakult potenciális keresleti viszonyok vizsgálata is sok támponttal szolgálhat.

A kiegészítő biztosítások iránti kereslet vizsgálatának másik korlátozó tényezője, hogy számos biztosítási csomag képzelhető el, melyek kereslete nem független egymástól. Ilyen komplex, az interdependenciákat figyelembe vevő elemzésre az adott keretek között nincs lehetőség.

Kutatásunkban két átfogó biztosítási csomaggal kapcsolatban érdeklődtünk arról, hogy a megkérdezettek mekkora összeget szánnának megvásárlásukra. Az első a kórházi ellátással összefüggő költségekre nyújtana biztosítást, a második kiemelt színvonalú terápiát ígérne szükség esetére. Az elsősorban a hálapénz fedezésére szolgáló biztosításra vonatkozó kérdés a következőképpen hangzott:

*Tegyük fel, hogy lehet olyan kiegészítő biztosítást kötni, amely az Ön megbetegedése esetén akkora összeget adna Önnek, mely fedezné az adott kezelés esetén szokásos hálapénz összegét, valamint pótolná az utazások költségét és a kiesett jövedelmeket is ha Ön havonta befizet egy bizonyos összeget. Kötne Ön ilyen biztosítást, ha ez személyenként havi 1000 forintba kerülne?*

A kiemelt ellátást nyújtó biztosításról a következőképpen érdeklődtünk:



*Most feltételezzük, hogy lehet olyan kiegészítő biztosítást kötni, amelynek a segítségével az Ön megbetegedése esetén a Magyarországon elérhető legjobb kezelési eljárásokhoz és további kiegészítő szolgáltatásokhoz jutna hozzá, sőt, akár soronkívüliséget is élvezne. Kötné-e Ön ilyen biztosítást, ha ez személyenként havi 2000 forintba kerülne?*

Az igen illetve a nem válaszok függvényében kérdeztük tovább a felkeresett állampolgárokat magasabb illetve alacsonyabb összegekről. A válaszlehetőségek 200 forinttól 10000 forintig terjedtek. Mindkét biztosítás esetében a válaszok után feltettük azt a kérdést, hogy kik számára kötnének ilyen biztosítást. A válaszadók a következő személyek közül választhattak:

- *saját magára*
- *házastársára vagy élettársára*
- *a háztartásban élő 18 éven aluli gyermek(ek)re*
- *a háztartás más felnőtt tagjára*
- *más személyre, aki nem háztartástag*

A kérdésnek ez a módja természetesen egyszerűsítéseket tartalmaz. Nem veszi figyelembe azt, hogy a kért hozzátartozóinak biztosítottságára vonatkozó kérdés nem független a biztosításért fizetett legmagasabb összegtől. Azonban ezzel együtt jó becslést adhat arra, hogy mekkora fizetési hajlandóság mutatkozik a szóban forgó biztosítási csomag iránt.

#### **4.2. A válaszok megoszlása**

A válaszolók mintegy fele még havi 200 forintot sem áldozna egy olyan biztosításra, amely kórházba kerülése esetén fedezné a hálapénz összegét (1. táblázat). A mintába került megkérdezettek további 28%-a hajlandó lenne fizetni egy ilyen biztosításért, de havi 2000 forintot már nem adna ki érte. A válaszolóknak kevesebb, mint 10%-a fizetne legalább 3000 forintot személyenként.

## 1. táblázat

**A hálapénzre vonatkozó biztosítás iránti kereslet: legfeljebb mekkora összeget hajlandó áldozni a válaszadó havonta egy főre egy hálapénzt fedező biztosításért**

<i>A rezervációs ár nagysága (forint/hó)</i>	<i>A válaszok megoszlása (fő)</i>	<i>A válaszok megoszlása (%)</i>
Nem kötne biztosítást	770	50,5
Legfeljebb 200 forintért kötne	98	6,4
Legfeljebb 500 forintért	65	4,3
Legfeljebb 700 forintért	37	2,4
Legfeljebb 1000 forintért	232	15,2
Legfeljebb 2000 forintért	209	13,7
Legfeljebb 3000 forintért	65	4,3
Legfeljebb 5000 forintért	35	2,3
Legfeljebb 7000 forintért	7	0,5
Akár 10000 forintért is	5	0,3
<b>Összesen</b>	<b>1524</b>	<b>100,0</b>

A kiemelt ellátást ígérő biztosítással kapcsolatban többen nyilatkoztak úgy, hogy egyáltalán nem tartanának igényt rá, még akkor sem, ha csak havi 200 forintba kerülne (2. táblázat). A válaszadók 59%-a válaszolt így. A felkeresett emberek tizede vásárolna legalább egy ilyen biztosítást, ha az 2000 forintba kerülne.

## 2. táblázat

**A kiemelt ellátásra vonatkozó biztosítás iránti kereslet: legfeljebb mekkora összeget hajlandó áldozni a válaszadó havonta egy főre egy kiemelt ellátást ígérő biztosításért**

<i>A rezervációs ár nagysága (forint/hó)</i>	<i>A válaszok megoszlása (fő)</i>	<i>A válaszok megoszlása (%)</i>
Nem kötne biztosítást	893	58,6
Legfeljebb 200 forintért kötne	89	5,9
Legfeljebb 500 forintért	82	5,4
Legfeljebb 700 forintért	29	1,9
Legfeljebb 1000 forintért	120	7,9
Legfeljebb 2000 forintért	150	9,8
Legfeljebb 3000 forintért	103	6,7
Legfeljebb 5000 forintért	43	2,8
Legfeljebb 7000 forintért	4	0,3
Akár 10000 forintért is	11	0,7
<b>Összesen</b>	<b>1524</b>	<b>100,0</b>

Az eredmények részben ellentétesek előzetes várakozásainkkal, hiszen a második biztosítási csomag szándékaink szerint értékesebb szolgáltatásokat tartalmaz, mint az első. A kiinduláskor felkínált havi biztosítási díj ezért kétszer akkora volt a biztosítási csomag esetében (2000 forint). Ráadásul, ahogy korábban említettük a kiinduláskor alkalmazott összeg befolyással van a végeredményre, azaz jelen esetben magasabb rezervációs árakat várhattunk abból a tényből kifolyólag is, hogy nagyobb összeggel indult a kéredezés.

Több oka is lehet a válaszok tapasztalt megoszlásának. Ezek közé tartozik, hogy a második biztosítás esetében nehezebb volt számszerűsíteni, vagy akár természetbeni szolgáltatások szintjén konkretizálni a nyújtott ellátásokat. Emellett az is csökkenthette a kiemelt ellátást nyújtó biztosítás rezervációs árait, hogy ez a csomag a másik biztosítás felkínálása után került bemutatásra, és a válaszadók egy része nem függetlenítette egymástól a két szolgáltatást.

A hálapénz fedezésére szolgáló biztosítást a szerződni kívánók 28%-a csak saját maga részére kötné meg. A biztosítás iránt érdeklődők ötöde viszont saját magán kívül legalább még három másik hozzátartozója számára is megvásárolná. Hasonló arányokat tapasztalhatunk a másik kiegészítő biztosítás esetében is.

A megkérdezettek negyede költene összességében 2000 forintnál is többet havonta saját és családtagjai hálapénz-biztosítására. A ilyen mértékű díjterhet vállalók aránya a másik biztosítás esetében 21%.

A legtöbbet a 30-39 évesek lennének hajlandók áldozni kiegészítő egészségbiztosításra (3. táblázat). A generációs különbségek az iskolai végzettség szerinti adatokban is tükröződnek. A kevésbé iskolázott, főként idősebb népesség alig fordítana pénzt hálapénz-biztosításra, vagy kiemelt ellátást nyújtó egészségbiztosítási szolgáltatásra. Ezeknek az összefüggéseknek köszönhető, hogy az átlagosnál jobb egészségi állapotúak több pénzt áldoznának kiegészítő egészségbiztosításokra (4. táblázat).

### 3. táblázat

#### A hálapénzt fedező biztosítás(ok)ra szánt összegek átlaga korcsoportonként

<i>Korcsoportok</i>	<i>Mennyit költene havonta saját és családtagjai számára hálapénzbiztosításra</i>
	<i>Átlag</i>
18-29	2745,3
30-39	2955,0
40-49	2280,8
50-59	1331,8
60-X	352,7
<i>Összesen</i>	<i>1874,6</i>
Szórás	3546,6
N	1524,0

### 4. táblázat

#### A hálapénzt fedező biztosítás(ok)ra szánt összegek átlaga a saját korosztályhoz viszonyított szubjektív egészségi állapot függvényében

<i>Egészségi állapot átlaghoz képest</i>	<i>Mennyit költene havonta saját és családtagjai számára hálapénzbiztosításra</i>	
Egészségesebb náluk	<i>Átlag</i>	2505,4
	Szórás	4737,8
	N	253,1
Ugyanolyan	<i>Átlag</i>	2004,2
	Szórás	3471,2
	N	936,2
Betegebb náluk	<i>Átlag</i>	1060,3
	Szórás	2403,6
	N	324,8
<i>Összesen</i>	<i>Átlag</i>	<i>1885,5</i>
	<i>Szórás</i>	<i>3555,6</i>
	<i>N</i>	<i>1514,1</i>

Az egészségi állapot, a kor és a jövedelem egymással korreláló tényezők. Ezért az ismertetett kétdimenziós táblázatokból nem derülhet ki, hogy valójában milyen tényezők befolyásolják a válaszadókat akkor, amikor arról döntenek, hogy mennyi pénzt költsenek kiegészítő egészségbiztosításokra. A kérdés megválaszolásának érdekében oksági elemzéseket is végeztünk. Lineáris regressziós modelleket építettünk, amelyek segítségével reményeink szerint többet mondhatunk arról, hogy a fenti tényezők valójában hatással vannak-e az egyének döntésére.

A hálapénz fedezésére szánt biztosítás esetében az eredmények arra utalnak, hogy elsősorban a jövedelem és a kor határozza meg, hogy ki mennyit szánna ilyen típusú

szolgáltatásra (lásd F7 és F8 táblázatokat a függelékben). Minél magasabb a válaszadó jövedelme és minél fiatalabb az illető, annál többet költene erre a biztosításra. Nagyobb összeget szánnak ilyen biztosításokra azok is, akik az utóbbi időben igénybe vették házi orvosuk szolgáltatásait – és ennek következtében esetleg nagyobb eséllyel érintettek a hálapénz-fizetésben.

A kiemelt színvonalú ellátást ígérő biztosítás iránti keresletet szintén a jövedelem nagysága és az életkor határozza meg elsősorban (lásd az F9 és F10 táblázatokat a függelékben). A magasabb iskolázottság is növeli erre a biztosításra költeni szánt pénzösszeget. Emellett a modell tanúsága szerint az egészségi állapot is szerepet játszik a biztosításra szánt összeg nagyságában, azonban éppen a feltételezettel ellenétes módon. A magukat egészségesebbnek érzők többet költenének a szóban forgó szolgáltatásra.

Az utóbbi, első látásra paradoxnak tűnő hatás kapcsán figyelmeztetnünk kell arra, hogy amennyiben nem sikerült pontosan rekonstruálnunk modellünkben pl. a jövedelem és a kor hatását (nem tökéletes a modell-specifikáció), akkor előfordulhat, hogy pl. az egészségi állapot valós hatását nem tudjuk kimutatni.

### **4.3. Az egyes biztosítások iránt megnyilvánuló kereslet határai**

#### *A piac nagysága tökéletes árdiszkrimináció mellett*

Tökéletes árdiszkrimináció esetén minden vásárló annyit fizet a szóban forgó szolgáltatásért, amennyiért még éppen megéri megvenni. A vizsgált kiegészítő biztosítások piacán ilyen szintű árdiszkrimináció nem lehetséges. Ugyanakkor az árdiszkrimináció feltevése alapján végzett számításaink segítenek azon összeg nagyságának megbecslésében, amelyet a fogyasztók összességében hajlandóak kiadni egészségbiztosítás céljára, ha megfelelő a termék-kínálat.

Nem lehet egyértelmű módon megbecsülni, hogy országos szinten mekkora lehet az általunk vizsgált kiegészítő biztosítások iránti kereslet. A legfőbb problémát az jelenti, hogy egyrészt egyéneket kérdezőnk, akik a felnőtt népességet reprezentálják, ugyanakkor kérdéseink arra (is) irányulnak, hogy a háztartásukban hány személyre kötnék meg a szóban forgó biztosításokat. Kérdéses tehát, hogy milyen szorzószámokat kell alkalmazni az aggregát mutatók elkészítéséhez. Mi két alapvető módszerrel végeztük el a számításokat. Úgy véljük, hogy ezek az eljárások jól közelítik a valós keresleti viszonyokat.

Az egyik eljárás során összeszámoljuk a válaszadók által a háztartásukban „kötött” szerződések számát, és ezt megszorozzuk a magyarországi háztartások számával. Ez a módszer nem veszi figyelembe, hogy élhet egy háztartásban több olyan egyén, aki csak saját magára (vagy magára és gyerekeire) kötné meg a biztosítást, például abból a megfontolásból, hogy házastársa is rendelkezik elegendő forrással. Az eljárás ennek következtében alulbecsli a valós keresletet. A másik módszer szerint a válaszolók által saját magukra kötött biztosítások összértékét a felnőtt népesség számához arányosítjuk, ugyanakkor a többiekre szánt szerződések piacának nagysága a háztartások számának a függvénye. Ez utóbbi eljárás a felülbecslés veszélyét hordozza magában, hiszen duplán vesszük számításba azokat, akik saját magukra is kötnének biztosítást, ugyanakkor például házastársuk is vásárolna nekik egészségbiztosítási szerződést. (A számítási logikáról lásd az F6 táblázatot a függelékben)

Mindazonáltal látnunk kell, hogy miképpen korábban említettük, a rezervációs árakra alapozott számítások mindenképpen felülbecslik az elképzelt piac forgalmát. Egyrészt avval számolnak, hogy nincs egységes ár, és minden fogyasztó a lehető legtöbbet fizeti a biztosításért. Másrészt nem veszik tekintetbe, hogy bizonyos összeg alatt a biztosítónak nem éri meg szerződni.

Az első eljárás szerint végzett számítás alapján évi 85 milliárd forintra tehető az az összeg amelyet saját bevallásuk szerint a fogyasztók a hálapénz fedezésére szolgáló biztosításra költenének. A másik biztosítás esetében ez az összeg kb. 80 milliárd forint. A második módszerrel számolva 110 milliárd forint körüli maximális piacméretekert kapunk. Ezek a számok azonban valószínűleg jóval nagyobbak, mint a valós piacméret.

Lehetséges volna a mintában rendelkezésre álló háttér-információk alapján finomítani a becsléseket, és a lehetőségek szerint csökkenteni a potenciális átfedések és a hiányok arányát. Azonban a rezervációs árakon alapuló becslés alapvető pontatlanságai miatt nincs különösebb jelentősége a számítási eredményeket csak kismértékben módosító finomításoknak. A fenti eredmények elsősorban annak a kérdésnek a megválaszolásához nyújthatnak támpontot, hogy elvileg mekkora összeget lehet önkéntes biztosítások révén bevonni az egészségügybe, ha a legkülönbébb igényekre reagáló biztosítási csomagok vannak kidolgozva.

### *A piac nagysága egységes árak mellett*

Az adott biztosítási termékek potenciális piacának visszafogottabb és ugyanakkor realisabb becsléséhez jutunk, ha azt nézzük meg, hogy adott biztosítási díjak mellett mekkora összbevételre lehet számítani. Az alábbi összegek kiszámítását mindkét alapvető felszorzási szabályt alkalmaztuk.

Az első számítási eljárás alapján a hálapénz-biztosítás esetében a legtöbb bevételt biztosító 2000 forintos díjtétel mellett kb. 46 milliárd forint az összes befizetés értéke. Az összbevétel szempontjából a második legkedvezőbb ár a havi 1000 forint. Ezt feltételezve évi 39 milliárd körüli forgalomra lehetne számítani. A kiemelt ellátást nyújtó biztosítás az optimális 2000 forintos ár mellett nagyjából 42 milliárdos bevételt tudna termelni. A második legnagyobb bevételt biztosító 3000 forintos ár mellett évi 33 milliárd forgalom becsülhető az adatok alapján.

A keresletre inkább felső becslést adó másik számítás alapján a hálapénz-biztosítás piaca 2000 forintos díjtétel esetén kb. 61 milliárd forint. A kiemelt ellátást nyújtó biztosítás forgalma a becslések szerint kb. 58 milliárd forint lehetne.

A mérsékeltbebb becslések alapján úgy tűnik, hogy az egyes kiegészítő biztosítási termékek révén viszonylag szerény mértékű forrásbevonás érhető el. A fogyasztók rezervációs árain alapuló számítások eredményei ugyanakkor arra utalnak, hogy megfelelő kínálat esetén jelentősebb összegek vándorolhatnának az egészségügybe, ami közvetett hatások révén a magánbiztosításokkal nem rendelkező állampolgárok ellátási színvonalát is érinthetné.

Vizsgálatunk eredményeihez hasznos adalékokkal szolgálhat az a táblázat, amely a TÁRKI-ban 1999-ben zajlott hálapénz-kutatás adataira épül, és más megközelítésben tekinti át a hálapénzre vonatkozó kiegészítő biztosítás piacát.

## 5. táblázat

### A hálapénzt kiváltó biztosítás iránti kereslet és kifizetett hálapénz. A TÁRKI 1999-es kutatása alapján számított eredmények

1 havi biztosítási díj egy főre	2 a biztosítás iránt érdeklődők száma*	3 a minta teljes háztartás mérete**	4 piacméret a*** (1 x 3)	5 piacméret b**** (1x2)	6 a minta által kifizetett hálapénz	7 egy főre jutó havi háztartási jövedelem	8 átlag- életkor	9 egészségi állapot *****	10 házi orvosn ál megjelente k aránya	11 kórházba kerültek aránya	12 járóbeteg szakrend. megjelente k aránya
50	521	1846	1.199.900	338.650	2.883.411	22.726	42.03	2,13	0,90	0,35	0,60
100	454	1624	2.111.200	590.200	2.175.649	23.140	41.43	2,13	0,91	0,34	0,60
200	346	1242	3.229.200	899.600	1.721.971	24.149	40.28	2,08	0,90	0,33	0,56
500	195	699	4.543.500	1.261.000	1.210.584	25.690	38.55	2,00	0,88	0,34	0,54
1000	94	348	4.524.000	1.222.000	474.915	26.677	37.18	1,84	0,85	0,32	0,51

#### Az adatok forrása: Hálapénzkutatás, 1999.

Az összegek 1998-ra vonatkoznak

\* kieséses rendszerben, azaz, aki nem érdeklődött az olcsóbb iránt, az nem jelentkezhett a drágábbra

\*\* a kérdéses biztosítás iránt érdeklődők háztartásmérete az egész mintában

\*\*\* 13 hónap alatt befolyó biztosítási díj, ha az érdeklődők teljes háztartása is vesz biztosítást

\*\*\*\* 13 hónap alatt befolyó biztosítási díj, ha csak az érdeklődők (megkérdezettek) vesznek biztosítást

\*\*\*\*\* szubjektív megítélés alapján; minél kisebb az érték, annál kedvezőbb az egészségi állapot



## 5. Az állami egészségügyi kiadásokra vonatkozó preferenciák

A különböző co-payment rendszerekkel kapcsolatos lakossági attitűdök vizsgálatához lényeges háttér-információkkal szolgálnak az állami egészségügyi kiadásokra vonatkozó állampolgári vélemények. Az állami egészségügyi rendszerben megjelenő térítéses szolgáltatások megítélésének megértéséhez ismernünk kell a lakosság véleményét arról, hogy mennyi közpénzt hajlandóak áldozni az ingyenes ellátások fedezésére.

Vizsgálatunkban olyan formában kérdeztük az állampolgárokat az egészségügyi kiadások kívánatos mértékéről, amely korábbi felméréseinkben már sikeresnek bizonyult. Módszertani megfontolások valamint tapasztalataink alapján úgy véltük, hogy nincs értelme annak, hogy konkrét összegek szintjén érdeklődjünk az egészségügyi kiadásokról és a fedezésükre szolgáló járulékokról. A jelenlegi helyzethez viszonyított kívánatos változásokról kérdeztük a megkérdezetteket. Az itt alkalmazott kérdezési mód a szociális kiadásokkal kapcsolatban stabil válasz-megoszlásokat eredményezett korábbi kutatásainkban (Janky, 2000). A szociális kiadásokra vonatkozó preferenciákról jelen kutatásban is érdeklődtünk. Ez összehasonlítási lehetőséget biztosít számunkra. A szociális kiadásokra vonatkozó kérdés a következőképpen hangzott:

*Ha a kormány választhatna, hogy csökkentse az adókat, vagy növelje a szociális kiadásokat, akkor Ön szerint mit kellene csinálnia:*

- 1 – csökkenteni az adókat, még ha ez azzal is jár, hogy kevesebbet költ szociális kiadásokra, vagy
- 2 – többet költeni szociális kiadásokra, még akkor is, ha ez magasabb adókkal jár?

Az egészségügyi kiadásokra vonatkozó kérdést a következő formában tettük fel:

*Ha a kormány választhatna, hogy csökkentse az egészségügyi járulékokat, vagy növelje az egészségügyi kiadásokat, akkor Ön szerint mit kellene csinálnia:*

- 1 – csökkenteni az egészségügyi járulékokat, még ha ez azzal is jár, hogy kevesebbet költ egészségügyre, vagy
- 2 – többet költeni egészségügyre, még akkor is, ha ez magasabb járulékokkal jár?

Az állami kiadásokra vonatkozó kérdéseket egy, a co-payment-tel foglalkozó kérdés-sor előzte meg. Ez lehetővé tette, hogy a kérdezettek pontosabban lássák, hogy milyen következményei lehetnek annak, ha csökkentik a közterheket és vele együtt a közkiadásokat.

A szociális kiadások és az adók növelésének és csökkentésének lehetősége között választani tudó megkérdezettek 41%-a vélte úgy, hogy a szociális kiadásoknak (és velük együtt a közterheknek) a jelenleginél magasabb szintűeknek kell lenniük (5. táblázat). A megkérdezettek ötöde nem tudta eldönteni, hogy melyik alternatíva lenne a kívánatosabb. Az egészségügyi kiadások növelésének ötletét jóval többen támogatták. A válaszolók 72%-a nyilatkozott úgy, hogy nagyobb egészségügyi kiadásokra van szükség még annak árán is, hogy az adók és járulékok növekednek (6. táblázat). A kiadások növelését támogatók aránya még a teljes mintára vetítve is meghaladja az 50%-ot. Ugyanakkor e kérdés esetében a dönteni nem tudók aránya megközelítette a minta egynegyedét.

## 6. táblázat

### Csökkentsék vagy növeljék az adókat és szociális kiadásokat?

	<i>A válaszok megoszlása (fő)</i>	<i>A válaszok megoszlása (%)</i>	<i>Érvényes válaszok (%)</i>
Csökkentsék az adókat és szoc kiadásokat	703	46,1	59,2
Növeljék az adókat és szoc kiadásokat	484	31,7	40,8
NEM TUDJA	309	20,3	Missing
Nincs válasz	29	1,9	Missing
<i>Összesen</i>	<i>1524</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

## 7. táblázat

### Csökkenés vagy növekedés az járulékokat és az egészségügyi kiadásokat?

	<i>A válaszok megoszlása (fő)</i>	<i>A válaszok megoszlása (%)</i>	<i>Érvényes válaszok (%)</i>
Csökkenés az adókat és szociális kiadásokat	313	20,6	27,6
Növekedés az adókat és szociális kiadásokat	823	54,0	72,4
NEM TUDJA	25	1,6	Missing
Nincs válasz	363	23,8	Missing
Összesen	1524	100,0	100,0

A szociális kiadásokra vonatkozó vélemények megoszlása változott a TÁRKI néhány korábbi kutatásában tapasztaltakhoz képest. A mostani felmérés során többen támogatták az adók és kiadások növelését, mint korábban. A lakosság atitűdjeiben bekövetkezett változások mellett ennek egyik oka lehet a kérdőív kontextuális hatása is, azaz, hogy más vizsgálatokkal szemben most egy co-payment kérdés-sor segítségével figyelmeztettük a kérdeztetteket az alacsonyabb adók következményeire. Ez egyben azt is jelenti, hogy előfordulhat, hogy az egészségügyi kiadások növelését is kevesebben támogatták volna, ha nem fókuszálunk a kérdést megelőzően a co-payment következményeire. Ugyanakkor ennek némileg ellentmondanak az egészségügyi kiadásokról korábbi felmérésekben alkotott vélemények. A jelenlegitől kissé eltérő módon feltett kérdésekre nagyjából a mostani arányoknak megfelelően válaszolták azt, hogy növelni kellene az egészségügyi kiadásokat.

Az idősebbek körében különösen magas azok aránya, akik az egészségügyre fordított források növelését tartják kívánatosnak. A 60 évesek és idősebbek körében a válaszolók mintegy négyötöde volt a kiadásnövelés pártján. Azonban figyelemreméltó az, hogy a fiatalok körében sincsenek többségben a kiadások csökkentését szorgalmazók. A legkevésbé az adók által már érintett, de általában jobb egészségi állapotú harmincasok támogatnák a kiadásnövelést. A 30-39 évesek között a válaszolók 65%-a voksolt a magasabb forrásráfordítás mellett. A náluk fiatalabb felnőttek körében az alternatívák közül választani tudók közel háromnegyede a magasabb járulékok és kiadások ötlete mellé állt.

A különböző jövedelmi csoportok között az érintettségben megfigyelhető jelentős eltérések dacára viszonylag kis különbségek tapasztalhatók. A legfelső jövedelmi ötödbe tartozóknak is mintegy 65%-a választotta a kiadásnövelést. A kiadások

növelését támogatók aránya ugyanakkor a többi jövedelmi kvintilisben sem közelíti meg a 80%-ot.

A különböző szintű iskolai végzettséggel rendelkező állampolgárok véleményét tekintve azt tapasztalhatjuk, hogy alig vannak eltérések a kevésbé illetve a jobban iskolázott emberek preferenciái között. A közép és a felsőfokú végzettségűek körében egyaránt 68% azok aránya, akik több kiadást szeretnének. Bár a legfeljebb 8 általánost végzettek korösszetétele jelentősen különbözik az iskolázottabb társadalmi csoportokétól, körükben is alig több a kiadásnövelést támogatók aránya 76%-nál.

Az eredmények azt mutatják, hogy az egészségügyre fordított kiadások növelésének illetve csökkentésének megítélésében nem túlságosan megosztott a társadalom a legfontosabb strukturális dimenziók mentén. Ez különösen annak fényében említésre méltó, hogy tapasztalataink szerint a jóléti állam intézményeire vonatkozó kérdések gyakran jelentős mértékben megosztják a különböző generációkhoz tartozó, különböző iskolázottságú és jövedelmű csoportokat. Felmérésünkben a szociális kiadásokra vonatkozó adatok is ezt mutatták. A 60. életévüket betöltött válaszolók 57%-a volt azon a véleményen, hogy a szociális kiadásokat akkor is növelni kellene, ha ez az adók növekedésével jár együtt. A fiatalabb generációk felé haladva folyamatosan csökken a szociális kiadások növelését támogatók aránya. A 30 évesnél fiatalabb felnőttek között csupán 31% ez az arány. Az iskolázottsági szint szerinti különbségek is jóval élesebbek a szociális kiadások megítélésében (7-8. táblázatok). A közép és a felsőfokú végzettségűeknek csupán a harmada szerint kívánatos a kiadásnövekedés, míg a legfeljebb 8 általánost végzettek közel fele volt ugyanezen a véleményen.

## 8. táblázat

### **Csökkentsék vagy növeljék az adókat és szociális kiadásokat? Az érvényes válaszok megoszlása iskolai végzettség szerint**

<i>Adókat és kiadásokat...</i>	<i>Max. 8 általános</i>	<i>Szakm.- képző</i>	<i>Közép-iskola</i>	<i>Felsőfokú végzettség</i>	<i>Összesen</i>
...csökkentsék	50,8	60,1	66,8	66,4	59,2
...növeljék	49,2	39,9	33,2	33,6	40,8
<i>Összesen</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>
<i>N</i>	<i>417</i>	<i>343</i>	<i>295</i>	<i>131</i>	<i>1186</i>

A két változó közötti kapcsolat 0,1%-os szinten is szignifikáns

## 9. táblázat

### Csökkentsék vagy növeljék a járulékokat és az egészségügyi kiadásokat? Az érvényes válaszok megoszlása iskolai végzettség szerint

Járulékokat és kiadásokat...	Max. 8 általános	Szakm.-képző	Közép-iskola	Felsőfokú végzettség	Összesen
...csökkentsék	23,8	27,1	31,7	31,7	27,6
...növeljék	76,2	72,9	68,3	68,3	72,4
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	403	325	284	126	1138

A két változó közötti kapcsolat 9%-os szinten szignifikáns

Az állami egészségügyi kiadások kívánatos mértékéről alkotott vélemények fontos befolyásoló tényezője lehet az érintettség. A gyakrabban betegeskedők, az egészségügyi intézményekkel intenzívebb kapcsolatban lévő állampolgárok feltehetően fontosabbnak tartják az egészségügyi kiadásokat. Kutatásunk eredményei ugyanakkor azt mutatják, hogy ez sem játszik kiemelkedő szerepet a preferenciák kialakításában. Az utóbbi két évben kórházban járt kérdezettek 79%-a volt a kiadásnövelés mellett. A többiek körében ez az arány 70%. Ha a kórházi ellátás által érintettek körét kiterjesztjük azokra, akiknek valamely közeli családtagja feküdt valamely ellátó intézményben az utóbbi időben, akkor még kisebb a különbség az érintettek és a kevésbé érintettek véleménye között. A kérdezettek saját maguk által megítélt egészségi állapota némileg nagyobb szerepet játszik abban, hogy ki mekkora eséllyel támogatja a kiadások növelését. A saját megítélésük szerint rossz egészségi állapotúak 78%-a szeretne több egészségügyi kiadást. Az egészségügyi problémáktól mentes felnőttek között csupán 65% a növelést támogatók aránya. Az egészségi állapot természetesen korfüggő, így a rossz állapotról beszámolóknak döntően a legidősebb korosztályokból kerültek ki. A szubjektív egészségi állapot valamivel kevésbé korfüggő megítélését jelenti, ha saját korosztályukhoz viszonyítják magukat a kérdezettek. Érdekes módon az eltérések ebben az esetben nagyobbak. A korosztályuknál magukat betegebbnek érzők 82%-a válaszolta azt, hogy az egészségügyi kiadásokat a közterhek növekedésének árán is növelni kell. A saját megítélésük szerint átlagosnál jobb egészségi állapotúaknak csupán 61%-a vélekedett így.

Tanulságos lehet annak vizsgálata, hogy milyen kapcsolat van a kiegészítő egészségbiztosítások iránti egyéni fizetési hajlandóság és az állami finanszírozás kívánatos mértékének megítélése között. Felmérésünk eredményei azt mutatják, hogy gyakorlatilag ugyanolyan mértékben támogatják az egészségügyi kiadások

növelését azok, akik hajlandóak lennének sokat költeni magán egészségbiztosításra, mint azok, akik csak kevés pénzt fizetnének ezért vagy egyáltalán nem áldoznának ilyen biztosításra. Elvileg nem zárható ki annak a lehetősége, hogy különböző egymással ellentétes hatást kifejtő tényezők kioltják egymást. Egyrészt a betegségekől jobban tartó, jellemzően idősebb (a kiadásokat általában támogató) emberek nagyobb arányban kötnek biztosítást, másrészt a (járulékok csökkentését preferáló) fiatalok kevésbé idegenkednek a kiegészítő magán biztosítás megkötésének a gondolatától. Mindazonáltal a kiegészítő biztosítás iránti keresletet magyarázó modellek nem erősítik ezt a feltevést.

A kiegészítő biztosítások iránti kereslet vizsgálatához hasonlóan, ebben az esetben is kísérletet tettünk arra, hogy oksági modellekben vizsgáljuk az egyes tényezők más változóktól független szerepét a kiadásokról alkotott vélemények kialakulásában. Egyrészt kíváncsiak voltunk arra, hogy az egészségügyi kiadásokra vonatkozó preferenciákat tényleg kevésbé befolyásolják-e az egyének alapvető szocioökonómiai sajátosságai? Másrészt megvizsgáltuk, hogy a kiegészítő biztosítások iránti igény valójában hatással van-e az egészségügyi kiadásokra vonatkozó preferenciákra.

Az eredmények azt mutatják, hogy némileg jobban befolyásolja a társadalmi háttér a szociális kiadások mértékére vonatkozó attitűdöket, mint az egészségügyi kiadásokról alkotott véleményeket (lásd F12-F15. táblázatokat a függelékben). Ám az elemzések legfőbb tanulsága, hogy egyik kérdésben sincs önálló magyarázóereje a figyelembe vett változók többségének. A kiegészítő biztosítások iránti kereslet nem magyarázza az egészségügyi kiadásokra vonatkozó véleményeket. Csupán a kor és a válaszadó korosztályához viszonyított szubjektív egészségi állapotának hatása bizonyult szignifikánsnak. Az egészségi állapot viszont ebben az esetben a várakozásoknak megfelelően játszik szerepet a vélemények kialakításában.

## 6. Az állami egészségbiztosítás iránti bizalom

Az egészségbiztosítás piacosításával összefüggő kérdések között különös jelentősége van a magánbiztosítók által betöltött szerepnek. A magánbiztosítók lehetséges szerepvállalásával kapcsolatban érdemes megvizsgálni a közvélemény beléjük vetett bizalmának a mértékét. A kérdőívben az aktív, munkahellyel rendelkező válaszolóknak (azaz a járulékfizetőknek) feltettük a kérdést, hogy az állami vagy a magánbiztosítókra bíznák-e szívesebben a pénzüket. A felmérésben az alábbi módon kértük ki a kérdezettek véleményét:

*Egy átlagos keresetű ember után kb. havi 16 ezer forintot utalnak át az egészségbiztosítónak. Az Ön esetében ez lehet kevesebb is, több is. Tegyük fel, hogy Ön dönthet arról, hogy ezt a pénzt az állami egészségbiztosítási pénztárnak utalják át vagy valamelyik Ön által választott magán egészségbiztosító kapja. Az egészségügyi ellátás mindkét esetben továbbra is térítésmentes lenne az Ön számára. Ön mit választana?*

*1 - A járulékot kapja meg az állami egészségbiztosítási pénztár*

*2 - valamely Ön által választott magánbiztosító kapja?*

Az érintett válaszolók többsége az állami egészségbiztosítási pénztárt választotta. A válaszadók 56%-a állította azt, hogy az imént vázolt elképzelt helyzetben az állami pénztárra bízná járulékait (9. táblázat). Jelentős különbségek tapasztalhatók a különböző életkorú aktívak véleménye között. Az 50-59 év közötti dolgozóknak csupán 30%-a választotta a magánbiztosítót. Ugyanakkor a 30 évesnél fiatalabb, állással rendelkező felnőttek többsége inkább valamely magánbiztosítónál látná jobb kezekben a járulékait: a 18-29 évesek között a válaszolók 55%-a preferálta a magánbiztosítót.

## 10. táblázat

**Ha dönthetne járulékaról, hova fizetné: állami- vagy magán egészségbiztosítóba? Az aktív keresőknek feltett kérdésre adott válaszok**

<i>Melyiket választaná?</i>	<i>A válaszok megoszlása (fő)</i>	<i>A válaszok megoszlása (%)</i>	<i>Érvényes válaszok (%)</i>
Az állami egészségbiztosítót	303	19,9	55,7
Egy magánbiztosítót	241	15,8	44,3
NEM TUDJA	132	8,6	Missing
Nem vonatkozik rá, nincs v.	848	55,7	Missing
<i>Összesen</i>	<i>1524</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

Nem találhatók jelentős különbségek a magasabb és az alacsonyabb jövedelemmel rendelkezők véleménye között. Az iskolázottság szintje azonban kapcsolatban van a magánbiztosítóba vetett bizalom mértékével. A felsőfokú végzettségűek 55%-a mondta azt, hogy szívesebben látná, ha egy magánbiztosító kezelné a pénzüket. A szakmunkás végzettségűek között csupán 35%-nyian nyilatkoztak ekképpen.

Az egészségügyi ellátásban jobban érintett (és így az átlagosnál idősebb) válaszadók jobban bíznak az állami egészségbiztosítási pénztárban. Az elmúlt két évben kórházban járt dolgozók 31%-a irányítaná járulékait egy magánbiztosítóhoz, ha erre módja lenne. A többiek 47%-a tenné ugyanezt. A kifejezetten rossz egészségi állapotúak negyede választotta a magánpénztárnak történő járulékfizetés lehetőségét, míg a nagyon jó fizikai állapotban lévők fele szeretné, ha járulékait magánbiztosító kezelné.

A kiegészítő magánbiztosítások iránt jobban érdeklődők némileg magasabb arányban preferálnák, ha kötelező járulékbefizetéseik valamely magánpénztárhoz kerülnének. Mindkét kiegészítő csomag esetében a legalább háromezer forintot biztosításra szánó válaszadók körében 53% azok aránya, akik valamely magánbiztosítót választanak. Azok között akik egyáltalán nem kötnének biztosítást a hálapénz-kiadásokra, ez az arány 40%. A kiemelt ellátást nyújtó biztosítást teljességgel elutasítók között pedig 37% azok aránya, akik a kötelező járulékot magánbiztosítóba utalják. A különbség jelentősnek mondható, ám az mindenképpen figyelemreméltó, hogy a piaci helyzetben a kiegészítő biztosításban megbízó állampolgárok közel fele az állami egészségbiztosítási pénztárt tartja megfelelőbb intézménynek pénze kezelésére. Ezzel kapcsolatban emlékeztetnünk kell arra, hogy a kiegészítő biztosításokra vonatkozó kérdésekben nem történt utalás arra, hogy a szóban forgó csomagokat magánbiztosítók kínálnák.



Jelentősen magasabb a magánbiztosítókat preferálók aránya azok között, akik úgy gondolják, ha lehetőségük lenne rá, alacsonyabb járulékot fizetnének és co-payment-et vállalnának. Az ide sorolható válaszadók 57%-a a magánbiztosítókat választotta, míg a többiek 39%-a döntött ugyanígy.

## 7. A co-payment-et választók köre

A co-payment lehetőségére vonatkozó preferenciák vizsgálata a kutatás egyik legfontosabb feladata volt. Ugyanakkor ennek a kérdéskörnek a tanulmányozása egyben a legnehezebb feladat. A felmérés során alkalmazott kérdések megfogalmazásakor korábbi kutatásaink tapasztalataiból indultunk ki, ám a konkrét feladatnak megfelelően módosítottuk a kérdés-sor formáját. A megkérdezetteknek az alábbi módon kínáltuk fel a különböző lehetőségeket:

*Az átlagbér jelenleg kb. havi nettó 55 ezer forint. Ezután kb. havi 16 ezer forintot utalnak át az egészségbiztosítónak. Az Ön esetében ez lehet kevesebb is, több is. Ennek fejében az egészségügyi ellátás lényegében térítésmentes. Választaná-e Ön azt a megoldást, hogy visszakapja a befizetések ...*

- a) *...tizedét, de ezentúl mindenért, ami eddig térítésmentes volt, a tized összeget ki kell fizetnie?*
- b) *... és ha a befizetések negyedét kapná vissza, de mindenért a költség negyedét meg kellene térítenie?*
- c) *... és ha a befizetések felét kapná vissza, de mindenért a költség felét meg kellene térítenie?*
- d) *... és ha a teljes befizetést visszakapná, de minden költséget meg kellene térítenie?*

A válaszadóknak egyenként kellett dönteniük az egyes megoldásokról. A kérdéseket csak a munkával rendelkező járulékfizető állampolgároknak tettük fel.

A munkahellyel rendelkező válaszadók ötöde állította azt, hogy hajlandó lenne minden egészségügyi szolgáltatás tizedét kifizetni, ha cserébe visszakapja befizetett járulékának a 10%-át (10. táblázat). A járulékok és szolgáltatási költségek negyedét érintő co-payment megoldást a válaszolók 16%-a választotta. A mintába került dolgozók 12%-a akár az ellátások felét is szívesen térítené, ha az egészségbiztosítási járulék a megfelelő mértékben csökkenne. A válaszolók 10%-a minden ingyenes ellátásról lemondana, ha nem kellene egészségbiztosítási járulékot fizetnie. Igaz, hogy ez a csoport a teljes mintának csupán 4%-át alkotja.

## 11. táblázat

**A co-payment-re vonatkozó egyes alternatívákat választók az aktív kereső válaszadók százalékában.**

<i>Az egyes alternatívák</i>	<i>Igen válaszok aránya (%)*</i>	<i>N</i>
10%-kal kisebb járulék, de 10%-t fizet minden ellátásért	20,0	610
25%-kal kisebb járulék, de 25%-t fizet minden ellátásért	16,5	603
50%-kal kisebb járulék, de 50%-t fizet minden ellátásért	12,1	602
Nincs járulék, de minden ellátásért mindent fizet	9,8	599

\* Az igen és nem válaszok összegének százalékában

A választ adók 27%-a számára volt megfelelő legalább az egyik co-payment forma. Az 50 éves és idősebb dolgozók között csupán 13%-ra tehető ez az arány. A 30 évesnél fiatalabbak körében ellenben 32% választott legalább egy co-payment megoldást.

A jövedelem érthető módon szoros kapcsolatban áll a co-payment lehetősége iránti érdeklődéssel. A teljes felnőtt lakosság legfelső jövedelmi ötödébe tartozó dolgozók 35%-a választott legalább egy co-payment formát. A teljes minta legalsó jövedelmi ötödébe tartozók (ők a dolgozóknak nem 20, hanem csupán 7%-át alkotják) kevesebb, mint tizede volt nyitott valamelyik alternatív költségterítési megoldásra.

A legkevésbé iskolázott dolgozók (akik többségükben az alacsonyabb jövedelműek közé tartoznak) az átlagosnál alacsonyabb mértékben preferálják a különböző co-payment megoldásokat. A legfeljebb 8 általánost végzettek körében 11% azok aránya, akik nem vetik el a co-payment valamely formáját. Viszonylag kisebb különbségek tapasztalhatók a szakmunkások, középiskolát végzettek és a diplomások véleménye között.

Feltételezhető, hogy másként gondolkoznak a co-payment lehetőségéről azok, akik gyakrabban szorulnak egészségügyi ellátásra, mint azok, akik jó egészségnek örvendenek. Ha a kórházi ellátás által érintettek körét hasonlítjuk össze a többiekkel, nem tapasztalhatunk érdemleges különbséget a co-payment-tel kapcsolatos preferenciákban. A szubjektív egészségi állapot nagyobb szerepet játszik a preferenciák kialakulásában. A saját egészségi állapotukat rossznak ítéző dolgozók 12%-a mondana le a teljesen ingyenes ellátásról, ha járulécai csökkennének ezáltal. A kiegyensúlyozottan jó állapotúak 35%-a tartozik ebbe a csoportba. A saját korcsoporthoz viszonyított egészségi állapot szintén szoros összefüggést mutat a co-payment-re vonatkozó preferenciákkal. A magukat kortársaiknál egészségesebbnek érzők 38%-a vállalna bizonyos szintű ellátás-terítést az alacsonyabb járulékok

fejében, míg az átlagosnál rosszabb állapotúak körében ez az arány csupán 12%. A relatív egészségi állapot szintén nagy befolyást gyakorolt a válaszokra. A korosztályuknál magukat rosszabb állapotúnak tartók 12%-a, míg a többieknél egészségesebbek 38%-a volt nyitott valamely co-payment megoldás előtt.

## 12. táblázat

### A legalább egy co-payment alternatívát választók aránya a hálapénz-biztosításra különböző összegeket költők csoportjaiban

	<i>Nem költene</i>	<i>Max 2000-t költene</i>	<i>Többet is költene</i>	<i>Összesen</i>
Választana co-payment-et (%)	18,7	28,9	35,1	27,1
Egyik alternatíva sem tetszik	81,3	71,1	64,9	72,9
<i>Összesen</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>
<i>N</i>	<i>257</i>	<i>194</i>	<i>231</i>	<i>682</i>

A két változó közötti kapcsolat 0,1%-os szinten is szignifikáns

A térítéses ellátások választása nem jelenti azt, hogy az illető ne tartana igényt kiegészítő egészségbiztosításokra. Az eredmények azt mutatják, hogy éppen azoknak szimpatikusabbak a co-payment lehetőségek, akik többet áldoznának magánbiztosításokra is (11. táblázat). Emögött a jövedelem mindkét változót befolyásoló hatása húzódnak meg.

Az általunk végzett oksági elemzések jórészt megerősítették a kereszttáblák alapján az egyes változók szerepére vonatkozóan levont következtetéseinket. Az általunk vizsgált modell eredményei azt mutatják, hogy nem csupán az iskolai végzettségnek, a jövedelemnek és a kornak van érdemi hatása (lásd F16 és F17 táblázatokat a függelékben). Az egészségi állapot, az egészségügyi intézmények igénybevétele valamint a kiegészítő biztosítások iránti kereslet szintén befolyásolja a co-paymentre vonatkozó preferenciákat. Eredményeink szerint az iskolázottabbak, magasabb jövedelműek és a fiatalabbak hajlamosabbak valamilyen co-payment megoldás választására. Akiknek kortársaikhoz viszonyított egészségi állapota rossz, és megfordultak járóbeteg szakrendelésen az utóbbi időben, azok inkább maradnának a teljes ingyenesség mellett. Ugyanakkor a kiemelt ellátást nyújtó egészségbiztosításra potenciálisan többet áldozók nagyobb eséllyel preferálják valamely co-payment megoldást.

## 8. A kötelező co-payment egyes megoldási lehetőségeivel kapcsolatos vélemények

Az állami egészségügyi ellátás rendszerébe több módon vezethetők be térítéses szolgáltatások. Az egyik kézenfekvő módja ennek, hogy szűkítik az ingyenes szolgáltatások körét. Kevésbé elterjedt módszer az, amikor az összes ellátásért fizetni kell valamilyen kisebb összeget. A magyar egészségügy finanszírozási problémái szükségessé teszik annak vizsgálatát, hogy milyen intézményi megoldások biztosítják az állampolgárok értékeinek leginkább megfelelő co-payment rendszer megteremtését.

Vizsgálatunkban világossá tettük a megkérdezettek számára, hogy az egészségbiztosítás hiánya vezethet a részleges térítés bevezetéséhez. Két ellátási területre vonatkoztak kérdéseink. Az egyik a sokakat érintő és alapvető háziiorvosi ellátás, a másik egy kevésbé érzékeny terület: a fogorvosi szolgáltatás. A háziiorvosi ellátást adott esetben érintő co-payment-ről a következőképpen érdeklődtünk:

*Tételezzük fel, hogy kiderül: a most beszedett egészségügyi járulékokból nem lehet kifizetni az egészségügyi ellátás költségeit. A kiadások 10%-kal meghaladják a bevételeket. Ez éppen megegyezik a háziiorvosi ellátás kiadásaival. Ha a kormány két lehetőség közül választhatna, Ön szerint hogy kellene döntenie:*

- 1 – a háziiorvosi ellátást fizessék teljes egészében a betegek, és a többi ellátás (kórházi, szakrendelés) maradjon ingyenes, vagy
- 2 – minden ellátás (kórházi, szakrendelés, háziiorvosi) 10%-át fizessék a betegek

A fogorvosi ellátást érintő javaslatról a következőképpen kértük ki az állampolgárok véleményét:

*Most ismét tételezzük fel, hogy kiderül: a most beszedett egészségügyi járulékokból nem lehet kifizetni az egészségügyi ellátás költségeit. A kiadások 3%-kal meghaladják a bevételeket. Ez éppen megegyezik a fogorvosi ellátás kiadásaival. Ha a kormány két lehetőség közül választhatna, Ön szerint hogy kellene döntenie:*

- 1 – a fogorvosi ellátást fizessék teljes egészében a betegek, és a többi ellátás (kórházi, egyéb szakrendelés és háziiorvosi ellátás) maradjon ingyenes, vagy
- 2 – minden ellátás (kórházi, szakrendelés, háziiorvosi) 3%-át fizessék a betegek

A válaszolókat mindkét esetben a két alternatíva közötti választásra kértük. Ugyanakkor elfogadtuk azt, ha valaki nem tudott dönteni, és nem elégedett meg a két lehetőséggel.

A válaszolók többsége nem tartotta megfelelőnek egyik co-payment típusú megoldást sem, annak ellenére, hogy a kérdezés során kifejezetten a két felkínált alternatíva közötti választásra kértük őket. Az összes megkérdezett mintegy 50%-a szerint mindenképpen más megoldást kellene keresni a fogorvosi ellátás finanszírozására (13. táblázat). A háziiorvosi ellátással kapcsolatban a kérdezettek 57%-a vélekedett így (12. táblázat). A választani tudók közül többségben voltak azok, akik nem tennék teljesen térítésessé a háziiorvosi ellátást. Az összes megkérdezett 17%-ának volt ez az álláspontja, míg 12% azok aránya, akik az adott helyzetben háziiorvosi szolgáltatások támogatását szüntetnék meg. A fogorvosi ellátással kapcsolatban megosztott volt a közvélemény.

### 13. táblázat

**10%-os hiány esetén a háziiorvosi ellátást fizessék teljesen a betegek vagy minden ellátásért 10%-ot kelljen fizetni?**

<i>Melyik co-payment alternatíva a jobb?</i>	<i>A válaszok megoszlása (fő)</i>	<i>A válaszok megoszlása (%)</i>	<i>Érvényes válaszok (%)</i>
A háziorvost fizessék teljesen	180	11,8	13,7
10 %-ot fizessenek mindenért	264	17,3	20,0
Egyik se jó, más megoldás kell	876	57,5	66,3
NEM TUDJA	200	13,1	Missing
Nincs válasz	3	0,2	Missing
<b>Összesen</b>	<b>1524</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

#### 14. táblázat

**3%-os hiány esetén a fogorvosi ellátást fizessék teljesen a betegek vagy minden ellátásért 3%-ot kelljen fizetni?**

<i>Melyik co-payment alternatíva a jobb?</i>	<i>A válaszok megoszlása (fő)</i>	<i>A válaszok megoszlása (%)</i>	<i>Érvényes válaszok (%)</i>
A fogorvost fizessék teljesen	259	17,0	19,6
3 %-ot fizessenek mindenért	291	19,1	22,1
Egyik se jó, más megoldás kell	767	50,3	58,3
NEM TUDJA	14	,9	Missing
Nincs válasz	194	12,7	Missing
<i>Összesen</i>	<i>1524</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

#### 15. táblázat

**10%-os hiány esetén a háziorvosi ellátást fizessék teljesen a betegek vagy minden ellátásért 10%-ot kelljen fizetni? Az érvényes válaszok megoszlása az egyes korcsoportokban**

<i>Melyik co-payment alternatíva a jobb?</i>	<i>18-29 évesek</i>	<i>30-39 évesek</i>	<i>40-49 évesek</i>	<i>50-59 évesek</i>	<i>60-X évesek</i>	<i>Össz.</i>
A háziorvost fizessék teljesen	20,5	14,1	14,7	11,6	7,4	13,6
10 %-ot fizessenek mindenért	27,7	26,2	19,5	12,5	13,1	20,0
Egyik se jó, más megoldás kell	51,8	59,7	65,8	75,9	79,5	66,4
<i>Összesen</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>
<i>N</i>	<i>278</i>	<i>263</i>	<i>266</i>	<i>216</i>	<i>297</i>	<i>1320</i>

Az idősebbek és a rosszabb egészségi állapotúak kevésbé voltak hajlandóak dönteni a kérdésekben. Nagyobb arányban tudták elfogadni a helyzetet ellenben azok, akik maguk is szívesen választanák a co-payment-et, ha az járulékcsökkenéssel járna.

## **9. Az egészség- és a piaci megoldások értéke a preferenciákban**

Vizsgálatunk egyik fő célja az egészségbiztosítás piaci reformjáról alkotott lakossági vélemények elemzése volt. Tanulmányunkban áttekintettük, hogy az egyes kérdésekben mely társadalmi csoportok preferálják a piaci jellegű megoldásokat, és kik ragaszkodnak az állami gondoskodáshoz. Azonban nem tekinthetjük magától értetődőnek, hogy a válaszadók a piaci- illetve a közösségi megoldások iránti preferenciáik alapján (is) választottak a számukra felkínált alternatívákból. Az általunk tanulmányozott kérdések egyik alapvető aspektusa az elérhető illetve garantált egészségügyi ellátás szintje. Bizonyos esetekben (és bizonyos társadalmi rétegek számára) a piac térnyerése biztosíthatja a magasabb szintű egészségügyi ellátást, máskor az állami szerepvállalás növelése kecsegtet több és jobb ellátással. Az alábbiakban röviden összegezzük a kutatás eredményeiből leszűrhető következtetéseket arról, hogy az intézményi reformok említett aspektusai milyen szerepet játszhatnak az egyéni attitűdökben.

Az előző fejezetekben ismertetett eredmények áttekintésekor láthattuk, hogy ugyanazok a társadalmi csoportok, amelyek hajlandóak lennének elfogadni a co-payment intézményét, az átlagosnál több pénzt költenének arra, hogy egészségügyi kiadásaik kockázatával szemben biztosítsák magukat. Elsősorban a fiatal, iskolázott, magas jövedelmű állampolgárok növelnék az öngondoskodás szerepét. Az adatokból tehát úgy tűnik, hogy a piaci- vs. állami megoldások dimenziója mentén is elhelyezhetőek a vélemények. Az első megközelítésben mellékes kérdés, hogy milyen érték- és érdek tényezők húzódnak meg az állami- illetve öngondoskodás preferálása mögött. Az alapvető probléma e dimenziók létezésének feltárása.

Elemzéseink során kísérletet tettünk arra, hogy a sokváltozós statisztika elemi eszközeit felhasználva választ találjunk a vélemények látens aspektusainak feltárására. Faktorelemzés segítségével próbáltuk a különböző kérdésekre adott válaszokat néhány dimenzióban elfoglalt pozíció alapján rekonstruálni. A faktorelemzés során olyan változókat képzünk a többi változóból, amelyek alapján a számos kérdésre adott válaszok néhány dimenzióban elfoglalt álláspontok következményeként értelmezhetők.

A statisztikai elemzés eredményei nem egyértelműek. Azonban ki lehet mutatni egy olyan dimenzió létezését, amelyben a piaci megoldásokhoz való viszonyuk alapján



lehet megkülönböztetni az egyéneket. Azaz vannak olyanok, akik a piaci megoldásokat preferálják (diszpreferálják) akkor is, ha az több ellátást ígér és akkor is, ha az ellátások szűkítését jelenti. Emellett, ha nem is egyértelműen, de felfedezhető egy olyan dimenzió is, amelyben a magasabb szolgáltatások iránti igény erősségét lehet mérni. Az állami kiadásokra vonatkozó preferenciák az adatok tanúsága szerint külön dimenziót alkotnak (lásd F18, F19 és F20 táblázatokat a függelékben).

Az adatokból úgy tűnik, hogy a piaci megoldásokhoz való hozzáállás jelenik meg elsősorban a válaszokban. Így a felmérés eredményei alapján erősödhet a sejtésünk arra vonatkozóan, hogy a piaci intézményének megítélése fontos szerepet játszott az általunk vizsgált kérdésekre adott válaszokban.

## 10. Irodalomjegyzék

- Bognár Géza - Gál Róbert Iván - Kornai János (1999): *Hálapénz a magyar egészségügyben. TÁRKI Társadalompolitikai Tanulmányok 17.* TÁRKI, Budapest
- Boyle, Kevin-J. – F. Reed Johnson – Daniel W. McCollum – William H. Desvousges – Richard W. Dunford – Sara P. Hudson. (1996): Valuing Public Goods: Discrete versus Continuous Contingent-Valuation Responses *Land Economics*; **72**: 381-96. o.
- Brown, Thomas C. – Patricia A. Champ – Richard C. Bishop – Daniel W. McCollum. (1996): Which Response Format Reveals the Truth about Donations to a Public Good? *Land Economics*; **72**: 152-66. o.
- Carson, Richard – Nicholas E. Flores – Kerry M. Martin – Jennifer L. Wright. (1996): Contingent Valuation and Revealed Preference Methodologies: Comparing the Estimates for Quasi-Public Goods *Land Economics*; **72**: 80-99. o.
- Csontos László - Kornai János – Tóth István György (1996a): Az állampolgár, az adók és a jóléti rendszer reformja. *Századvég Uj Folyam* **2**: 3-28.
- - ————— - ————— (1998): Tax Awareness and the Reform of the Welfare State: Hungarian Survey Results. *Economics of Transition* **6**: 287-312.
- Ferge Zsuzsa (1996a): A rendszerváltás megítélése. *Szociológiai Szemle* 1.sz. 51-74.
- (1996b): Az adótudatosságról és az állam felelősségéről. Hevenyészett első válasz Csontos – Kornai – Tóth cikkére. *Századvég Uj Folyam* 3.sz. 154-162.
- Hausman,-Jerry-A., (ed.) (1993): *Contingent valuation: A critical assessment* Contributions to Economic Analysis, vol. 220. Amsterdam; London and Tokyo: North-Holland.
- Janky Béla (2000): A szociális attitűdök. In. Szívós Péter (szerk): *Monitor jelentés 2000.* TÁRKI, Budapest, megjelenés alatt.
- Janky Béla - Tóth István György (szerk.) (1999): *Adótudatosság, fiskális illúziók és az egészségbiztosítás reformjával kapcsolatos vélemények.* Kutatási beszámoló. TÁRKI, Budapest.
- Kornai János (1998): *Az egészségügy reformjáról.* KJK, Budapest.

- Kornai János (2000): Hidden in an Envelope: Gratitude Payments to Medical Doctors in Hungary. In. R. Dahrendorf - Y. Elkana - A. Neier - W. Newton-Smith - I. Rév (eds.): *The Paradoxes of Unintended Consequences*. CEU Press, Budapest, pp. 195-214.
- Nagy Ildikó – Tóth István György (1997): *A nyugdíjakkal és a nyugdíjreformmal kapcsolatos attitűdök alakulása*. TÁRKI, Budapest.
- Olsen, Jan-Abel(1997): Aiding Priority Setting in Health Care: Is There a Role for the Contingent Valuation Method? *Health-Economics*; **6**: 603-612.o.
- Portney, Paul R. (1994): The Contingent Valuation Debate: Why Economists Should Care. *Journal of Economic Perspectives* **8**(4): 3-17. o.
- Róbert Péter (1996): A szociálpolitikával kapcsolatos attitűdök alakulása. In. Kurtán Sándor – Sándor Péter – Vass László (szerk.): *Magyarország politikai évkönyve 1995-ről*. Demokrácia Kutatások Magyar Központja Alapítvány, Budapest, 705-723.
- – Nagy Ildikó (1998): Újraelosztó állam vagy öngondoskodó polgár? *TARKI Társadalompolitikai tanulmányok* **8**. TARKI, Budapest

## 11. Függelék

### 11.1. További táblázatok a kiegészítő biztosítások iránti keresletről

#### F1. táblázat

Hány főre kötne hálapénz-biztosítást?

<i>Hány főre</i>	<i>A válaszok megoszlása (fő)</i>	<i>A válaszok megoszlása (%)</i>
Nem kötne	772	50,6
1 fő	216	14,2
2 fő	250	16,4
3 fő	149	9,8
4 fő	89	5,8
5 fő	35	2,3
6 fő	10	0,6
7 fő	2	0,2
8 fő	1	0,1
9 fő	1	0,1
<i>Összesen</i>	<i>1 524</i>	<i>100,0</i>

#### F2. táblázat

Hány főre kötne kiemelt ellátást nyújtó biztosítást?

<i>Hány főre</i>	<i>A válaszok megoszlása (fő)</i>	<i>A válaszok megoszlása (%)</i>
Nem kötne	861	56,5
1 fő	208	13,7
2 fő	214	14,1
3 fő	130	8,5
4 fő	81	5,3
5 fő	22	1,4
6 fő	4	0,3
7 fő	1	0,1
8 fő	1	0,1
9 fő	1	0,1
<i>Összesen</i>	<i>1524</i>	<i>100,0</i>

### F3. táblázat

#### A hálapénzre vonatkozó biztosítás(ok)ra szánt összeg

<i>A havonta biztosításra szánt pénz</i>	<i>A válaszok megoszlása (fő)</i>	<i>A válaszok megoszlása (%)</i>
nem kötne	774	50,8
max 2000-ért kötne	380	25,0
Többért is kötne	369	24,2
<b>Összesen</b>	<b>1524</b>	<b>100,0</b>

### F4. táblázat

#### A kiemelt ellátásra vonatkozó biztosítás(ok)ra szánt összeg

<i>A havonta biztosításra szánt pénz</i>	<i>A válaszok megoszlása (fő)</i>	<i>A válaszok megoszlása (%)</i>
nem kötne	896	58,8
max 2000-ért kötne	310	20,3
többért is kötne	318	20,9
<b>Összesen</b>	<b>1524</b>	<b>100,0</b>

### F5. táblázat

#### A kiegészítő biztosításokra szánt összegek átlaga

	<i>Átlag</i>	<i>Szórás</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>N</i>
Kiemelt ellátás (egy személy)	761,2	1442,3	0	10000	1524
Hálapénz (egy személy)	785,8	1269,6	0	10000	1524
Kiemelt ellátás (összesen)	1747,0	3820,1	0	40000	1524
Hálapénz (összesen)	1874,6	3546,6	0	40000	1524

## F6. táblázat

### A kiegészítő biztosítások piacméretének becslése

#### Az egyes piac-típusok és a számítási eljárások logikája

	<i>Tökéletes árdiszkrimináció</i>	<i>Egységes árak</i>
<i>Alsó becslés</i>	<p>Kiinduló adatok:</p> <p>a) mennyit adna legfeljebb az adott biztosításért és</p> <p>b) kikre kötné meg</p> <p>Felszorzás: a kiinduló adatok szorzatának mintabeli átlagértékét a magyarországi háztartások számával szorozzuk</p>	<p>Kiinduló adatok:</p> <p>a) adna-e X forintot az adott biztosításért és</p> <p>b) kikre kötné meg</p> <p>Felszorzás: az egyén által megkötött biztosítások számát szorozzuk X-szel, majd ennek mintabeli átlagértékét szorozzuk magyarországi háztartások számával</p>
<i>Felső becslés</i>	<p>Kiinduló adatok:</p> <p>a) mennyit adna legfeljebb az adott biztosításért és</p> <p>b) kikre kötné meg</p> <p>Felszorzás: a saját magára kötött biztosítás rezervációs árak átlagát a magyar felnőtt lakosság számával szorozzuk.</p> <p>A másokra kötött biztosítások számának és rezervációs árának átlagát a magyarországi háztartások számával szorozzuk</p> <p>A két szorzat eredményét összeadjuk.</p>	<p>Kiinduló adatok:</p> <p>a) adna-e X forintot az adott biztosításért és</p> <p>b) kikre kötné meg</p> <p>Felszorzás: a biztosítást saját maguk számára választók arányát szorozzuk a X-szel és a magyar felnőtt lakosság számával.</p> <p>Az egyén által másokra megkötött biztosítások számát szorozzuk X-szel, majd ennek mintabeli átlagértékét szorozzuk magyarországi háztartások számával</p>

## 11.2. Regressziós elemzések

**A kiegészítő biztosításokra költeni szándékozott pénz összegét magyarázó modellek**

### F7. táblázat

**A hálapénz biztosításra szánt pénzösszeget magyarázó lineáris regressziós modell. A kiinduló modell**

Változók	Sztenderd		T-statisztika	Szign. szint (%)
	B	hiba		
(Constant)	2210,22	560,18	3,95	0,00
Iskolában töltött évek száma	44,08	36,84	1,20	0,23
Volt-e járóbeteg rendelésen	201,28	229,54	0,88	0,38
Életkor (év)	-56,28	6,37	-8,83	0,00
Volt-e kórházban	134,51	233,19	0,58	0,56
Havi nettó jövedeleme?	0,03	0,00	9,56	0,00
Szubjektív egészségi állapot	217,06	236,49	0,92	0,36
Szobj relatív egészségi állapot	113,70	266,85	0,43	0,67
Volt-e házi orvos nála	509,01	256,50	1,98	0,05

### F8. táblázat

**A hálapénz biztosításra szánt pénzösszeget magyarázó lineáris regressziós modell. A backward eljárás által a releváns változókból összeállított modell**

Változók	Sztenderd		T-statisztika	Szign. szint (%)
	B	hiba		
(Constant)	3017,59	319,70	9,44	0,00
Életkor (év)	-60,40	5,55	-10,88	0,00
Havi nettó jövedeleme?	0,03	0,00	11,09	0,00
Volt-e házi orvos nála	587,56	218,82	2,69	0,01

**F9. táblázat**

**A kiemelt ellátást nyújtó biztosításra szánt pénzösszeget magyarázó lineáris regressziós modell. A kiinduló modell**

<i>Változók</i>	<i>Sztenderd</i>			<i>Szign. szint (%)</i>
	<i>B</i>	<i>hiba</i>	<i>T-statisztika</i>	
(Constant)	1495,63	581,31	2,57	0,01
Iskolában töltött évek száma	66,14	38,23	1,73	0,08
Volt-e járóbeteg rendelésen	-241,99	238,20	-1,02	0,31
Életkor (év)	-46,59	6,61	-7,05	0,00
Volt-e kórházban	117,71	241,99	0,49	0,63
Havi nettó jövedeleme?	0,03	0,00	9,86	0,00
Szubjektív egészségi állapot	117,93	245,41	0,48	0,63
Szubj relatív egészségi állapot	581,39	276,92	2,10	0,04
Volt-e házi orvos nála	441,15	266,17	1,66	0,10

**F10. táblázat**

**A kiemelt ellátást nyújtó biztosításra szánt pénzösszeget magyarázó lineáris regressziós modell. A backward eljárás által a releváns változókból összeállított modell**

<i>Változók</i>	<i>Sztenderd</i>			<i>Szign. szint (%)</i>
	<i>B</i>	<i>hiba</i>	<i>T-statisztika</i>	
(Constant)	1724,34	533,76	3,23	0,00
Iskolában töltött évek száma	66,31	37,52	1,77	0,08
Életkor (év)	-45,61	5,88	-7,75	0,00
Havi nettó jövedeleme?	0,03	0,00	9,91	0,00
Szubj relatív egészségi állapot	567,46	263,13	2,16	0,03



## F11. táblázat

### A LOGIT-modellekben szereplő változók

Változók	Tartalom
Függő változók	
SZOCKIAD	Növeljék-e a szoc kiadásokat? (1: igen, 0: nem)
EUKIAD	Növeljék-e az egészs. kiadásokat? (1: igen, 0: nem)
COPAYM	Választott-e legalább egy co-payment lehetőséget? (1: igen, 0: nem)
Magyarázó változók*	
ISKOLA4	Iskolai végzettség – 3 dichotóm változó (I1, I2, I3) <ul style="list-style-type: none"> <li>- max 8 ált: I1=-0,25 I2=-0,25 I3=-0,25</li> <li>- szakmunk.: I1=0,75 I2=-0,25 I3=-0,25</li> <li>- középfokú: I1=-0,25 I2=0,75 I3=-0,25</li> <li>- felsőfokú: I1=-0,25 I2=-0,25 I3=0,75</li> </ul>
BPOTCSOD	Kiemelt ellátást nyújtó bizt-ra szánt pénz
BPOTHALA	Hálapénz bizt-ra szánt pénz
JAROBAN	Volt-e járóbeteg rendelésen az utóbbi két évben? (1: igen, 0: nem)
KOR	Életkor
KORHBAN	Volt-e kórházban az utóbbi két évben? (1: igen, 0: nem)
MJNETTO	A kérdezett havi nettó jövedelme
MJ46	Milyen az Ön egészségi állapota? – 3 dichotóm változó (E1, E2, E3) <ul style="list-style-type: none"> <li>- egyenletesen jó: E1=-0,25 E2=-0,25 E3=-0,25</li> <li>- inkább jó: E1=0,75 E2=-0,25 E3=-0,25</li> <li>- nem kielégítő: E1=-0,25 E2=0,75 E3=-0,25</li> <li>- rossz: E1=-0,25 E2=-0,25 E3=0,75</li> </ul>
MJ47	Korosztályához képest az egészsége milyen? - 2 dichotóm változó (RE1, RE2) <ul style="list-style-type: none"> <li>- egészségesebb náluk: RE1=-0,33 RE2=-0,33</li> <li>- ugyanolyan: RE1=0,67 RE2=-0,33</li> <li>- betegebb náluk: RE1=-0,33 RE2=0,67</li> </ul>
HAZIBAN	Volt-e házi orvos nála az utóbbi két évben? (1: igen, 0: nem)

\* Nem mindegyik változó szerepel mindegyik modellben

**A szociális- és egészségügyi kiadások nagyságára vonatkozó preferenciákat magyarázó LOGIT-modellek**

**F12. táblázat**

**A szociális kiadások nagyságára vonatkozó preferenciákat magyarázó LOGIT-modell. A kiinduló modell.**

<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>Sztenderd hiba</i>	<i>Wald-statisztika</i>	<i>Szign. szint</i>	<i>Exp(B)</i>
ISKOLA4			4,64	0,20	
Szaktmunkás	-0,05	0,16	0,10	0,75	0,95
Középfokú	-0,29	0,18	2,69	0,10	0,75
Felsőfokú	-0,38	0,23	2,77	0,10	0,69
BPOTCSOD	-2,7E-05	2,470E-05	1,16	0,28	1,00
BPOTHALA	9,46E-06	2,519E-05	0,14	0,71	1,00
JAROBAN	-0,17	0,15	1,32	0,25	0,84
KOR	0,02	0,00	19,46	0,00	1,02
KORHBAN	0,12	0,16	0,59	0,44	1,13
MJ46			0,91	0,82	
Változó-jó	-0,09	0,17	0,29	0,59	0,91
Változó-rossz	-0,01	0,23	0,00	0,95	0,99
Rossz	-0,19	0,28	0,45	0,50	0,83
MJ47			2,66	0,26	
Átlagos	0,19	0,18	1,10	0,29	1,21
Roszzabb	0,43	0,26	2,66	0,10	1,53
HAZIBAN	0,31	0,17	3,37	0,07	1,36
Constant	-1,46	0,26	31,40	0,00	

A változók tartalmának leírását lásd az F11 táblázatban

### F13. táblázat

A szociális kiadások nagyságára vonatkozó preferenciákat magyarázó LOGIT-modell. A backstep eljárás által a fontos magyarázó változókból összeállított modell.

<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>Sztenderd hiba</i>	<i>Wald-statisztika</i>	<i>Szign. szint</i>	<i>Exp(B)</i>
ISKOLA4			8,58	0,04	
Szaktmunkás	-0,09	0,16	0,30	0,58	0,92
Középfokú	-0,38	0,17	5,09	0,02	0,68
Felsőfokú	-0,48	0,22	5,01	0,03	0,62
KOR	0,02	0,00	25,40	0,00	1,02
HAZIBAN	0,28	0,14	4,11	0,04	1,33
Constant	-1,55	0,20	61,24	0,00	

A változók tartalmának leírását lásd az F11 táblázatban

### F14. táblázat

Az egészségügyi kiadások nagyságára vonatkozó preferenciákat magyarázó LOGIT-modell. A kiinduló modell.

<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>Sztenderd hiba</i>	<i>Wald-statisztika</i>	<i>Szign. szint</i>	<i>Exp(B)</i>
ISKOLA4			1,21	0,75	
Szaktmunkás	-0,03	0,18	0,02	0,88	0,97
Középfokú	-0,18	0,19	0,82	0,36	0,84
Felsőfokú	-0,18	0,24	0,57	0,45	0,83
BPOTCSOD	0,00	0,00	0,00	0,97	1,00
BPOTHALA	0,00	0,00	0,27	0,60	1,00
JAROBAN	-0,05	0,16	0,09	0,76	0,95
KOR	0,01	0,00	2,27	0,13	1,01
KORHBAN	0,30	0,20	2,37	0,12	1,35
MJ46			3,03	0,39	
Változó-jó	0,13	0,18	0,55	0,46	1,14
Változó-rossz	-0,14	0,25	0,31	0,58	0,87
Rossz	-0,32	0,32	1,00	0,32	0,73
MJ47			13,02	0,00	
Átlagos	0,50	0,19	7,23	0,01	1,64
Rosszabb	1,04	0,30	12,42	0,00	2,84
HAZIBAN	0,14	0,18	0,68	0,41	1,16
Constant	0,45	0,28	2,64	0,10	

A változók tartalmának leírását lásd az F11 táblázatban

### F15. táblázat

**Az egészségügyi kiadások nagyságára vonatkozó preferenciákat magyarázó LOGIT-modell. A backstep eljárás által a fontos magyarázó változókból összeállított modell.**

<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>Sztenderd hiba</i>	<i>Wald- statisztika</i>	<i>Szign. szint</i>	<i>Exp(B)</i>
KOR	0,01	0,00	3,74	0,05	1,01
MJ47			20,83	0,00	
Átlagos	0,53	0,17	9,81	0,00	1,70
Roszzabb	1,01	0,22	20,19	0,00	2,74
Constant	0,60	0,21	8,68	0,00	

A változók tartalmának leírását lásd az F11 táblázatban

**A co-payment lehetőségére vonatkozó preferenciákat magyarázó LOGIT-modellek**

**F16. táblázat**

**A co-payment lehetőségének választását magyarázó LOGIT-modell. A kiinduló modell.**

<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>Sztenderd hiba</i>	<i>Wald-statisztika</i>	<i>Szign. szint</i>	<i>Exp(B)</i>
ISKOLA4			7,02	0,07	
Szaktmunkás	0,89	0,38	5,42	0,02	2,43
Középfokú	0,93	0,39	5,62	0,02	2,55
Felsőfokú	1,09	0,45	5,88	0,02	2,96
BPOTCSOD	0,00	0,00	5,77	0,02	1,00
BPOTHALA	0,00	0,00	1,50	0,22	1,00
JAROBAN	-0,46	0,27	2,89	0,09	0,63
KOR	-0,02	0,01	3,17	0,08	0,98
KORHBAN	0,09	0,33	0,08	0,78	1,10
MJNETTO	0,00	0,00	8,89	0,00	1,00
MJ46			1,58	0,66	
Változó-jó	-0,31	0,25	1,48	0,22	0,74
Változó-rossz	-0,09	0,46	0,04	0,84	0,91
Rossz	-0,30	0,71	0,18	0,67	0,74
MJ47			6,16	0,05	
Átlagos	-0,65	0,27	5,90	0,02	0,52
Roszbabb	-0,89	0,60	2,18	0,14	0,41
HAZIBAN	-0,06	0,27	0,05	0,82	0,94
Constant	-0,89	0,53	2,81	0,09	

A változók tartalmának leírását lásd az F11 táblázatban

**F17. táblázat**

**A co-payment lehetőségének választását magyarázó LOGIT-modell. A backstep eljárás által a fontos magyarázó változókból összeállított modell.**

<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>Sztenderd hiba</i>	<i>Wald- statisztika</i>	<i>Szign. szint</i>	<i>Exp(B)</i>
ISKOLA4			6,88	0,08	
Szaktmunkás	0,88	0,38	5,46	0,02	2,42
Középfokú	0,94	0,39	5,81	0,02	2,57
Felsőfokú	1,04	0,44	5,43	0,02	2,82
BPOTCSOD	0,00	0,00	5,39	0,02	1,00
JAROBAN	-0,52	0,23	5,37	0,02	0,59
KOR	-0,02	0,01	4,63	0,03	0,98
MJNETTO	0,00	0,00	9,43	0,00	1,00
MJ47			9,87	0,01	
Átlagos	-0,76	0,25	9,00	0,00	0,47
Roszbabb	-0,98	0,49	4,01	0,05	0,38
Constant	-0,79	0,47	2,84	0,09	

A változók tartalmának leírását lásd az F11 táblázatban

### 11.3. A faktorelemzés eredménye

**F18. táblázat**

**A faktorelemzésben szereplő változók**

<i>Változó</i>	<i>Tartalom</i>
MAGANBI3	Hova fizetné járulékát? (1: magánbiztosító, 0: nem tudja, -1: állami egészségbiztosító)
KIECSODA	Kiemelt ellátást nyújtó biztosítás rezervációs ára (amennyiért egy biztosítást megvenne)
KIEHALA	Kiemelt ellátást nyújtó biztosítás rezervációs ára (amennyiért egy biztosítást megvenne)
COPAYM	Választott-e legalább egy co-payment lehetőséget? (1: igen, 0: nem)
COPFOGO	Elfogad-e valamilyen co-payment alternatívát a fogorvosi- vagy az összes ellátás bevonásával (1: igen, 0: nem)
COPHAZI	Elfogad-e valamilyen co-payment alternatívát a háziorvosi- vagy az összes ellátás bevonásával (1: igen, 0: nem)
EGESKIA3	Növeljék vagy csökkentse az egészségügyi kiadásokat? (1: növeljék, 0: nem tudja, -1: csökkentse )
SZOCKIA3	Növeljék vagy csökkentse a szociális kiadásokat? (1: növeljék, 0: nem tudja, -1: csökkentse )

**F19.táblázat**

**A főkomponens módszerrel végzett eljárás alapmutatói**

<i>Variable</i>	<i>Faktor</i>	<i>Sajátérték</i>	<i>Magyarázott variancia</i>	<i>Magyarázott variancia (kumulált)</i>
MAGANBI3	1	2,34506	29,3	29,3
KIECSODA	2	1,41744	17,7	47,0
KIEHALA	3	1,26479	15,8	62,8
COPAYM	4	,97410	12,2	75,0
COPFOGO	5	,74299	9,3	84,3
COPHAZI	6	,67015	8,4	92,7
EGESKIA3	7	,32664	4,1	96,8
SZOCKIA3	8	,25884	3,2	100,0

**F20. táblázat****A faktorsúlyok mátrixa –rotálatlan megoldás**

	<i>1. faktor</i>	<i>2. faktor</i>	<i>3. faktor</i>
MAGANBI3	0,23	-0,28	0,25
KIECSODA	<b>0,71</b>	-0,22	<b>0,49</b>
KIEHALA	<b>0,66</b>	-0,24	<b>0,53</b>
COPAYM	<b>0,48</b>	-0,19	-0,36
COPFOGO	<b>0,75</b>	0,37	-0,36
COPHAZI	<b>0,74</b>	0,38	-0,35
EGESKIA3	0,00	<b>0,71</b>	0,34
SZOCKIA3	-0,13	<b>0,64</b>	<b>0,42</b>