

Verena Finkenstädt – Dr. Frank Niehaus:
Racionálás és ellátási egyenlőtlenségek az egészségügyi rendszerekben
– Nemzetközi tapasztalatok
Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)

A várólisták helyzete nemzetközi összehasonlításban

2. Betegbiztosítási rendszerek az OECD-országokban:

Az OECD-országok többsége rendelkezik az egész lakosságra kiterjedő, megbetegedés esetére való biztosítással, amelynek finanszírozása állami adókból vagy társadalombiztosítási rendszer keretében történik. Azokban az országokban, ahol az állami rendszer nem terjed ki a lakosság 100%-ára, vagy bizonyos csoportok részére szolgáló saját biztosítási rendszereket működtetnek (mint Ausztriában és Spanyolországban az önálló vállalkozók részére), vagy a lakosság egy bizonyos része egyáltalán nem rendelkezik biztosítással. Az Egyesült Államokban, Mexikóban, Chilében és Törökországban a (kollektív finanszírozású) biztosítási védelmet nélkülöző lakosság lélekszáma már relevánsnak tekinthető.

Az Egyesült Államokban a biztosítási védelmet elsősorban privát betegbiztosítók nyújtják (a lakosság 53%-a). A *Medicaid* és a *Medicare* általi állami betegbiztosítási védelemre a lakosság 31%-a jogosult. Németország különlegessége a privát (*Private Krankenversicherung – PKV*) és kötelező betegbiztosításra (*Gesetzliche Krankenversicherung – GKV*) tagolódó duális rendszerben áll. 2009-ben a német lakosság 10,9%-a tartozott a teljeskörű privát betegbiztosításhoz. Ezzel szemben az OECD többi tagállamában az egészségügyi rendszerek finanszírozása az egész lakosság számára kollektív módon, egységes elvek alapján történik. Az állami biztosítás vagy az adókból finanszírozott állami egészségügyi rendszer, vagy a kötelező tagságon alapuló járulékfinanszírozású betegbiztosítás keretében szerveződik.

Jóllehet az OECD csaknem minden tagállamában létezik alapszintű biztosítás, ez még semmit nem mond a lakosság tényleges ellátásáról. Az egészségügyi rendszerhez való hozzáférés különböző racionálási intézkedések (pl. várakozási idők, várólisták, szolgáltatások kizárása, önrészek) miatt jelentősen eltérhet egymástól.

A betegbiztosítás szervezete tipikus munkaadóknál az OECD-országokban:

Az állami betegbiztosítás teherviselői	Finanszírozás	Ország
Állami egészségügyi rendszer (országos szinten)	Adókból	Nagy-Britannia, Írország, Izland
Állami egészségügyi rendszer (regionális szinten)		Spanyolország, Portugália, Olaszország, Kanada, Ausztrália, Új-Zéland, Észtország
Állami egészségügyi rendszer (kommunális szinten)		Svédország, Dánia, Norvégia, Finnország
Egységes betegpénztár	Járulékból	Luxemburg, Lengyelország, Magyarország, Szlovénia, Korea,
Különböző betegbiztosítók (nincs szabad pénztárválasztás)		Ausztria, Franciaország, Görögország, Japán
Különböző betegbiztosítók (szabad pénztárválasztás)		Németország (GKV), Hollandia, Belgium, Svájc, Csehország, Szlovákia, Izrael

A várakozási idők országos szintű összesítése az OECD-tagállamokban:

Ország	Tájékoztatás a várakozási időkről	Várakozási idők országos szintű statisztikája
Ausztrália	Az egészségügyi minisztérium honlapján, utalások a „szövetségi területek” honlapjára: negyedévekre lebontott várakozási idők az állami kórházakban (ambuláns és fekvőbeteg).	Állami kórházakban tervezett beavatkozásokra való várakozási idők statisztikája.
Dánia	Kiválasztott kezelésekre való várakozási idők az állami és privát kórházakban (ambuláns és fekvőbeteg).	nincs
Észtország	Kiválasztott kezelésekre való várakozási idők az állami és privát kórházakban (ambuláns és fekvőbeteg).	nincs
Finnország	Az egészségügyi minisztérium honlapján: csak utalás arra, hogy az adott kórházaktól lekérdezhetők a várakozási időkre vonatkozó információk.	nincs
Nagy-Britannia	Az NHS honlapján: a kezelésekre / műtétekre való várakozási idők az összes kórházban. Az egészségügyi minisztérium honlapján: statisztika az intézményeként várakozó betegek számáról.	van
Írország	A kezelésekre / műtétekre való várakozási idők statisztikája 44 kórházban (ambuláns és fekvőbeteg).	nincs

Ország	Tájékoztatás a várakozási időkről	Várakozási idők országos szintű statisztikája
Olasz-ország	Az egészségügyi minisztérium honlapján: csak utalás arra, hogy az adott régióktól lekérdezhetők a várakozásra időkre vonatkozó információk.	nincs
Kanada	Az egyes tartományok honlapján: a kezelésekre / diagnosztikus eljárásokra való aktuális várakozási idők (részben a várakozó betegek számával).	A <i>Canadian Institute for Health Information (CIHI)</i> honlapján: információ arról, hogy mely tartományokban biztosítják a betegek 90%-ának az előírt benchmark szerinti kezelését.
Új-Zéland	nincs	Van, de a várólistához való hozzáférés nem nyilvános.
Hollandia	Aktuális várakozási idők a kórházakban kiválasztott kezelésekre vonatkozóan.	nincs
Norvégia	Havi statisztika az átlagos várakozási időről (szomatikus és pszichés).	nincs
Lengyel-ország	Átlagos várakozási idő és a várakozó betegek száma hó végén, kórházakra lebontva.	van
Svéd-ország	nincs	A garantált várakozási idő felügyeletének és az egyes régiókban várakozó betegek számának statisztikája; az átlagos várakozási idő kezelésenkénti és kórházankénti differenciálás nélkül.
Spanyol-ország	nincs	Az átlagos várakozási idő és a várakozó betegek statisztikája egy év során Spanyolország egész területén.

4. 1. 1. A várakozási időkre vonatkozóan hivatalos statisztikát vezető országok:

A fenti táblázatból kiderül, hogy a várakozási időkre vonatkozóan szinte kizárólagosan azok az országok vezetnek hivatalos statisztikát, ahol a betegbiztosítás adókból finanszírozott egységes állami rendszer keretében történik. A járulékfelfinanszírozású országok közül csak Hollandiában és Lengyelországban léteznek hivatalos várakozási idők.

Nagy-Britannia:

A brit nemzeti egészségügyi rendszer (NHS) az egyes régiókban (Angliában, Skóciában, Walesben és Észak-Írországbán) önálló szervezettel rendelkezik és az adott kormányok hatáskörébe tartozik: ezek az NHS England, NHS Wales, NHS Scotland és az NHS Northern Ireland. Ezek között egyes rész kérdésekben különbségek vannak, alapstruktúrájuk azonban hasonló. Ezért a várakozási idők megjelenítése is külön történik.

A brit egészségügyi minisztérium havonta közzéteszi a várakozási idők statisztikáját a beteg beutalása és kezelésének tényleges időpontja közötti időtartamra vonatkozóan („*pathway*“). Ebben az alábbiak között tesznek különbséget:

- azok a betegek, akiknek a kezelése a jelentéstétel hónapjában elkezdődött és kórházi elhelyezésben részesültek („*admitted pathways*“; korábban: „*inpatient waiting time*“),
- azok a betegek, akiknek a kezelése a jelentéstétel hónapjában elkezdődött és ambuláns kezelésben részesülnek („*non-admitted pathways*“; korábban: „*outpatient waiting time*“) és
- azok a betegek, akiknek a kezelése a jelentéstétel hónapjában még nem kezdődött el és akik még az (ambuláns vagy kórházi) kezelésre várnak („*incomplete pathways*“).

2011-ben az első csoportnál az átlagos várakozási idő a háziorvosi beutalótól a kórházi kezelésig 8,5 hét, a második csoportnál az ambuláns kezelésig 4 hét, a harmadik csoportnál pedig, akik a hónap végén még nem részesültek kezelésben, átlagosan 6 hét volt. Ez utóbbi csoportnál a várakozó betegek száma 2008-ban 2,5 millió, 2012-ben 2,6 millió volt.

Az ambuláns és kórházi kezelésekre való várakozási idők mellett 15 meghatározott diagnosztikai eljárás tekintetében is közzéteszik a várakozási időket. 2012 októberében összesen 652.280 beteg várakozott valamilyen diagnosztikai vizsgálatra (pl. MRT, ultrahang), ezek közül 3.905 beteg hat hétnél hosszabb ideig. Ha a felsorolt betegcsoportokat összesítjük (*incomplete pathways, admitted pathways, non-admitted pathways* és diagnosztikus eljárások), 2012 októberében az *NHS-England*-nél 4,6 millió beteg volt várólistán, ami a lakosság 8,9%-a. A helyzeten az sem változtatott, hogy egy 2010-ben hozott rendelkezés szerint nem sürgősségi beutalás esetén a beteget maximum 18 héten belül kezelésben kell részesíteni.

Írország:

Az írországi várakozási idők közzétételére a *National Treatment Purchase Fund (NTPF)* honlapján kerül sor. Ez tartalmazza az ír kórházakra vonatkozóan lehívható várakozási idők adatbankját („*Patient Treatment Register*“). A

várakozási idő az egyes kórházak között beavatkozásoként különböző: lágyéksérv műtétre egyes kórházakban egyáltalán nem kell várni, más kórházakban a várakozási idő hat hónap, a szürkehályog műtétre való várakozási idő három-hét hónap.

Az NPTF 2011. évi jelentése szerint az ír betegek várakozási ideje átlagosan 2,8 hónap. A 42 kórház közül 36-ban a várakozási idő meghaladta a kilenc hónapot. 2011 decemberében összesen 25.850 beteg volt kórházi várólistán. Ezek közül 15.942 betegnek három-hat hónapig, 12.536 betegnek 10-12 hónapig, 372 betegnek több mint egy évig kellett várakoznia.

Kanada:

A Kanadai Statisztikai Hivatal 2003. óta teszi közzé a várólistán szereplő 15 év fölötti személyek statisztikáját. A differenciálás az alábbiak szerint történik: szakorvosra, diagnosztikai eljárásra, tervezett műtétre való várakozási idő, továbbá a várakozási idő időtartama szerint.

A fenti szempontok szerint várakozó betegek száma 2011-ben 8,1 millió volt, 600.000-rel több mint 2009-ben. 2011-ben 1.281.743 beteg várt három hónapnál hosszabb ideig szakorvosi vizsgálatra, diagnosztikai eljárásra vagy tervezett műtétre. Eltekintve attól, hogy egyesek különböző várólistákon szerepelhetnek, ez a kanadai lakosság 4%-a.

A betegek a kanadai tartományok honlapján informálódhatnak a kezelésenkénti és kórházankénti várakozási időkről. Toronto-ban a betegeknek három-tíz hónapig kell várakozniuk csípőprotézis műtétre. A hivatalosan elismert várakozási idő 196 nap, így pedig nem sikerül teljesíteni azt a politikai célkitűzést, miszerint a csípőprotézis műtétet 182 napon belül el kellene végezni. Hátrányosabb helyzetű tartományokban a várakozási idő még hosszabb: Halifax-ben (Új Skócia) a betegeknek másfél évig kell várakozniuk egy csípőprotézis beültetésére.

Ausztrália:

Az állami kórházakban történő kezelésekhöz való hozzáférést várólistákkal szabályozzák. Tervezett beavatkozásoknál az átlagos várakozási idő az 1990-es évek vége óta folyamatosan hosszabbodik, 2009-ben elérte a 34 napot. A *Department of Health and Ageing* azokat a tervezett beavatkozásokat definiálja műtétként, amelyek legalább 24 óráig halaszthatók. 2011-2012-ben összesen 661.707 beteg várakozott tervezett műtétre állami kórháznál. Az utóbbi években ezek száma csaknem 91.000-rel növekedett, 2011-2012-ben a betegek 2,7%-a egy teljes évnél hosszabb ideig várakozott.

A várakozási idő orthopédiai beavatkozásoknál, pl. térd-endoprotézis műtéteknél volt a leghosszabb: a betegek 12%-a (13.766 személy) egy évnél hosszabb ideig

volt várólistán. 2011-2012-ben 6.675 beteget, mint „nem elérhető/elhalálozottat” töröltek a várólistáról.

Svédország:

A svéd kommunális és tartományi gyűlések szövetségének (*Sveriges Kommuner och Landsting – SKL*) hivatalos adatai szerint 2012 októberében 226.808 beteg várakozott szakorvosi kezelésre. Annak ellenére, hogy a betegek 90 napon belüli kezelésbe vételére vonatkozóan jogi garanciát vezettek be, 22.192 betegnek (a várakozók 11%-ának) 90 napnál hosszabb ideig kellett várakoznia. A számok mögött rejtőzködő tényekről egy 2005-ben végzett felmérés lebbenti fel a fátylat. A csípőprotézisre váró betegeknek az orvosi beutalótól számítva az első kórházi vizsgálatig három-kilenc hónapig kellett várakozniuk. Az első vizsgálatot követően további négy-tizenkét hónapos várakozási idő telt el a műtétiig. Ugyancsak rendkívül sokáig kell várakozni hátműtétre és a térd endoszkópos vizsgálatára.

Norvégia:

A norvég egészségügyi minisztérium a norvég betegregiszter adatgyűjtése alapján havonta közzéteszi az aktuális várakozási időkről szóló jelentést. 2011-ben a betegek átlagosan 76 napig várakoztak szakorvosi kezelésre.

A norvég egészségügyi minisztérium előírásai szerint minden egyes szakorvosi kezelésre való beutalást az illetékes egészségügyi centrum bírál el és a beteget az alábbi három kategóriába sorolja:

- A szakorvosi kezelés prioritást élvez, azaz a betegnek jogában áll egy meghatározott időn belül kezelésben részesülni. Ezek a betegek a „jogosult beteg” (*rettighetspasiente*) státusával rendelkeznek. A határidő be nem tartása esetén a beteg panasszal folyamodhat az illetékes hatósághoz (*Patient Referral Unit of the Norwegian Health Economics Administration – HELFO*) és jogában áll egy másik norvégiai vagy külföldi szakorvosi centrumban kezelést igénybe venni. Ha a beteg nem fogadja el a HELFO ajánlatát, továbbra is várólistán marad.
- A szakorvosi kezelés nem élvez prioritást, azaz a beteg nem jogosult egy meghatározott időn belül kezelésben részesülni.
- A hatóság nem szükségessé nyilvánítja a szakorvosi kezelést.

Mindez azt jelenti, hogy az első kategóriába sorolt betegek kezelését előnyben részesítik, a második kategóriába soroltak várólistára kerülnek, a harmadik kategóriába soroltak pedig a háziorvosi beutaló ellenére nem részesülnek szakorvosi ellátásban. A betegeknek a beutalás napjától számítva a kórházba történő tényleges felvételig átlagosan 278,8 napig kell várakozniuk. A várakozási idő a terhességgel, a szüléssel és a gyermekágyas időszakokkal (130 nap) összefüggésben a legrövidebb, miközben a veleszületett rendellenességekkel, deformitásokkal és kromoszómaanomáliákkal kezelt betegeknek 587 napig is

várakozniuk kell. Endokrin megbetegedéseknél, táplálkozási és anyagcserezavaroknál a várakozási idő a 489 napot is elérheti.

Dánia:

A dán egészségügyi hivatal (*Sundhedsstyrelsen*) Interneten teszi közzé az ambuláns és kórházi kezelések várólistáit. Dánia egész területére vonatkozóan nem állnak rendelkezésre átlagértékek, minden egyes kórház hetente számítja ki a várakozási időket. Egy új csípőprotézis beültetése esetén a várakozási idő egy és 19 hét, meniscusműtét esetén egy és 23 hét között mozog. Az állami finanszírozású kórházaktól eltérően a dán privát kórházakban szinte egyáltalán nincs várakozási idő. A várakozási idők kérdése az 1990-es évek közepén jelent meg a politikai közbeszédben és azokat a lakosság ma is problémaként érzékeli.

Spanyolország:

A spanyol egészségügyi rendszer (*Sistema Nacional de Salud – SNS*) várólistákat alkalmaz. A várólistára való felvételre csak a háziorvos által végzett szigorú kapuóri eljárást követően kerülhet sor. Spanyolországban nem áll a betegek rendelkezésére online információ a várakozási időkre vonatkozóan. Az egészségügyi minisztérium minden évben közzéteszi az előző év júniusában kezelt betegek átlagos várakozási időinek statisztikáját. A várólistákon különbséget tesznek operatív beavatkozások és szakorvosi kezelések között.

2011-ben Spanyolországban 417.407 személy szerepelt műtéti várólistán, az átlagos várakozási idő 64 nap volt. Az előző évhez viszonyítva a várakozó betegek száma több mint 35.000-rel emelkedett, az átlagos várakozási idő pedig 2011-ben három nappal hosszabb volt, mint 2010-ben.

A csípőprotézisre való átlagos várakozási idő átlagosan 93 nap.

2011-ben a spanyol lakosság 4%-a várt ambuláns szakorvosi kezelésre. A háziorvosi beutalást követően a szakorvosi vizsgálatra való átlagos hivatalos várakozási idő 52 nap volt, de a betegek 36%-ának 60 napnál többet kellett várakoznia.

Olaszország:

Az olasz nemzeti egészségügyi szolgálat (*Servizio Sanitario Nazionale – SSN*) szolgáltatásaihoz való hozzáférést erőteljesen korlátozzák a várakozási idők. A lakosság körében elsősorban a szakorvosi kezelésre és a diagnosztikai eljárásokra való várakozási idők adnak okot aggodalomra. Az olasz egészségügyi minisztérium 2000-ben jelentést tett közzé az SSN várólistáival összefüggésben. Ezzel kapcsolatban szabályozták a különböző kezelések esetén betartandó maximális várakozási időket. Az ambuláns ellátás területén az öt legfontosabb képző diagnosztikai eljárásnál maximum 60 napos, a szemészeti és kardiológiai vizsgálatoknál maximum 30 napos várakozási időt írtak elő. A

kórházi ellátás területén szürkehályog műtéteknél és csípőprotézis beültetésnél a maximális várakozási idő 180 nap, perkután transzluminális [koronária] angioplasztikánál (PTCA) [szívkoszorúér-tágítás] 120 nap.

A regionális és lokális szinten szervezett SSN által támasztott követelmények csak részben teljesülnek. A régióknak a felében mindössze a betegek 50%-a számára sikerül az előírt 30 napon belül biztosítani a szakorvosi ellátást.

Hollandia:

A holland egészségügyi hatóság (*Nederlandse Zorgautoriteit – NZa*) 2008. szept. 1. óta kötelezi a kórházakat az adott várakozási időknél a honlapra történő kipoztolására. Az NZa ezen adatok alapján monitorizálja a várakozási időket és azokat – az egészségügy egyéb indikátorai mellett – éves jelentésében („*Marktscan*“) is megjeleníti. Az országos átlagos várakozási idők követése az alábbi területeken történik:

- poliklinikán történő szakorvosi (ambuláns) kezelés („*wachttijdpoliklinieken*“);
- tervezett kórházi beavatkozások („*wachttijdbehandeling*“);
- diagnosztikai eljárások („*wachttijddiagnostiek*“).

A szakorvosi ellátás területén a várakozási időket 25 szakterületre lebontva követik. 2012-ben legkevesebbet a radiológián, a sebészetben és az onkológián (1-2 hét), legtöbbször a fájdalomterápián/aneszteziológián, reumatológián, gasztroenterológián/hepatológián és az allergológián (5-7 hét) kellett várakozni. A CT-re, gyomortükrözésre, MRT-vizsgálatra való várakozási idő 2012-ben 1-3 hét volt.

Tervezett műtéteknél 38 beavatkozást tüntetnek fel. 2012-ben a várakozási idő a mellrák, a carpal tunnelyszindróma és a diabétesz kezelésénél volt a legrövidebb (2 hét) és plasztikai sebészetnél (8-10 hét) és térd- és csípőprotézis beültetésnél (6 hét) a leghosszabb.

Az átlagértékek csalókáknak bizonyulhatnak, ezért a várakozási idők részletesebb megismeréséhez tanácsos a kórházankénti várakozási időket is figyelembe venni. Ezek az adatok a holland állami népegészségügyi és környezetegészségügyi intézet portálján, a „nemzeti népegészségügyi atlaszban” található. 2012 augusztusában a várakozási idő az egyes kórházaknál epehólyag eltávolítás esetén 1-16 hét, lágyéksérv műtét esetén 1-36 hét között mozgott. Az országos átlag mindkét beavatkozásnál 5 hét volt. Megfigyelhető, hogy a várakozási idő az agglomerációkban (Amszterdam, Hága/Rotterdam) a leghosszabb. 2012 augusztusában például egy amszterdami kórházban a betegek 28 hétig, Hágában 14 hétig várakoztak csípőprotézis beültetésre, miközben az országos átlagos várakozási idő 6 hétre tehető.

4. 1. 2. A várakozási időkre vonatkozóan hivatalos statisztikát nem vezető országok:

Franciaország:

Az *Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES)* 2008-ban megállapította, hogy Franciaországban alig áll rendelkezésre információ a várakozási időkre vonatkozóan. Nincs adat például a tervezett kórházi beavatkozásokra való várakozási időkről. A rendelkezésre álló felmérések azonban azt a benyomást keltik bennünk, hogy – legalábbis bizonyos indikációknál – Franciaországban is előfordulnak várakozási idők (*l'Enquête sur la santé et la protection sociale – ESPS, 2004.*). Szakorvosi vizsgálatra 33 napig, szemorvosi kezelésre 66 napig, diabetológusnál 50 napig kellett várakozni. A francia szemorvosok szakmai szövetségének felmérése szerint a franciák 83%-a van azon a véleményen, hogy túl sokáig kell szemorvosi vizsgálatra várni és ennek a csoportnak az 51%-a úgy véli, hogy a várakozási idő elfogadhatatlanul hosszú. Az *Imagerie Santé Avenir* privát egyesülés felmérése szerint diagnosztikai eljárásoknál is vannak várakozási idők: MRT-re átlagosan 32 napig, egyes régiókban több mint két hónapig kell várakozni.

Ausztria:

Ausztriában szövetségi és tartományi szinten nem vezetnek várólistákat, minden egyes kórház sajátos kritériumok szerint maga állítja sorba betegeit. Az osztrák egészségügyi minisztérium kijelentése szerint a tervezett beavatkozásoknál nincsenek érdemleges várakozási idők.

A hivatalos várakozási idők hiánya azonban nem bizonyítja, hogy ezek nem léteznek. Az *Institut für höhere Studien (IHS)* tanulmánya szerint mind a csípőprotézis, mind a térdizületi és a szürkehályog műtéteknél vannak várakozási idők. Az alsó-ausztriai egészségügyi és kórházi rt. szerint csípőprotézis és térdizületi műtéteknél a várakozási idő 10,3, ill. 21,3 hét, szürkehályog műtéteknél 12 hét. Az állami közhasznú társaságként működő kórházaknál a betegek 3-6 hónapig várakoznak a fenti műtétekre. A privát közhasznú társaságként működő kórházak egyes osztályain ezekre a műtétekre akár egy évig vagy annál is hosszabb ideig kell várni.

4. 1. 3. A várakozási idők nemzetközi összehasonlíthatósága:

Jóllehet a várakozási időket bizonyos országokban hivatalosan követik, ezek összehasonlíthatósága nem mindig kézenfekvő. A különböző országokban gyakorlatilag azonos várakozási idők a statisztikákban való megjelenítésük során az alábbi okokból különböznek egymástól:

- a várakozási idő definíciója (várakozási idő kezdete/vége);
- a várakozási idő megjelenítése (átlag/középérték);
- a várakozóként számon tartott beteg definíciója;
- határnap versus időtartam szemlélet.

Az összehasonlíthatóság problémájának kezeléséhez segítséget nyújt a *Commonwealth Fund* 2010. évi felmérése. A telefonos megkérdezés 19.000 személyre terjedt ki, amelynek során egyebek között a várakozási időkre (tervezett műtétek és szakorvosi ellátás) is kitértek. A felmérésre Ausztráliában, Németországban, Franciaországban, Nagy-Britanniában, Kanadában, Új-Zélandon, Hollandiában, Norvégiában, Svédországban, Svájcban és az Egyesült Államokban került sor.

A tervezett beavatkozásra való várakozási idők Kanadában a leghosszabbak: a betegek egynegyede négy hónapnál többet vár időpontra. Svédországban, Norvégiában és Nagy-Britanniában ezzel szemben a betegek több mint 20%-a. Németországban viszont a megkérdezettek közül senkinek sem kellett négy hónapnál többet várakoznia. Ám ha a kérdés úgy merül fel, hogy kinek kell egy hónapnál kevesebbet várakoznia tervezett beavatkozásra, Németország 78%-kal az első helyen áll. Kanadában és Svédországban ez csak a megkérdezettek egyharmadára nézve érvényes.

Miközben Németországban a betegek 7%-ának, Svédországban és Norvégiában a betegek egyharmadának, Kanadában több mint 40%-ának kell egy hónapnál hosszabb ideig várakoznia szakorvosnál való időpontra. Németországban a betegek 83%-a egy hónapon belül időpontot kap a szakorvosi vizsgálatra, miközben ez Ausztráliában, Franciaországban és Norvégiában csak a megkérdezettek felére érvényes, Kanada pedig ebben a tekintetben 41%-kal az utolsó helyen áll. A *Commonwealth Fund* tanulmánya szerint a várakozási idők nemzetközi összehasonlításban Németországban és Svájcban a legrövidebbek.

A *Commonwealth Fund* eredményei egybevágóak más kutatásokéval: minden olyan országban hosszú várakozási idők jellemzőek, amelyekben az egészségügy egységes rendszerként szerveződik. Mindenekelőtt az adókból finanszírozott egészségügyi rendszerekben számít normális dolognak, hogy a betegeknek várakozniuk kell.

A várakozási idők Nagy-Britanniában, Svédországban és Ausztráliában a leghosszabbak – lett légyen szó akár operatív beavatkozásokról, akár időpontról a szakorvosnál.

A viszonylag hosszú várakozási idők a járulékfelfinanszírozású országokban is előfordulnak (pl. Franciaországban). A *Commonwealth Fund* szerint a várakozási idők nemzetközi összehasonlításban Németországban a legrövidebbek. A kötelező és a privát betegbiztosításban biztosítottak közötti várakozási idők enyhén eltérőek, de összességében a várakozási idők csekélynek tekinthetők. A privát biztosítottaknál rövidebb várakozási idők inkább komfortindikátornak tekinthetők, mint az ellátás minősége indikátorának.

A racionálás és a privát egészségügyi piac közötti összefüggés

6. 3. A privát kiegészítő biztosítás jellege és volumene nemzetközi összehasonlításban:

A kiegészítő biztosítás alkategóriái: a duplikáló, a szupplementáris és a komplementer biztosítás. A duplikáló biztosítás az állami rendszer által is biztosított ellátást fedez. A polgár a privát biztosítás ellenére továbbra is kötődik az állami betegbiztosításhoz, tehát megduplázott biztosítási védelemmel rendelkezik. A szupplementáris biztosítás az állami rendszer által nem fedezett szolgáltatásokat tesz lehetővé, a komplementer biztosítás pedig kiegészíti az állami rendszer nyújtotta biztosítási védelmet.

6. 3. 1. A duplikáló kiegészítő biztosítás, mint a várakozási időkre és a hozzáférés korlátozására adott válasz:

A duplikáló kiegészítő biztosítás akkor lép be, amikor az állami egészségügyben a racionálás miatt hosszú várakozási idők keletkeznek és a kívánt orvoshoz való hozzáférés korlátozottá vagy lehetetlenné válik. Ez a biztosítás rendszerint lehetővé teszi a privát kezelést és az egészségügyi rendszerhez való gyorsabb és direkt hozzáférést. A biztosításnak ez a változata Nagy-Britanniában, Írországbán, Ausztráliában, Új-Zélandon, Spanyolországban és Dániában fordul elő.

Nagy-Britannia:

Nagy-Britanniában az állami szektorral párhuzamosan jól kiépített privát egészségügyi szektor működik. Ez részben az NHS-rendszer keretein belül (pl. állami kórházakban működő privát osztályok), vagy azon kívül (pl. privát kórházak, privát orvosi praxisok) szerveződik. Az OECD adatai szerint 2011-ben a britek 11%-a rendelkezett az NHS általi biztosítás védelem mellett privát biztosítással is.

Írország:

A betegek a privát kiegészítő biztosítás megkötésével megkerülhetik az állami egészségügyi rendszer várólistáit, privát szobát és privát kezelést biztosíthatnak maguknak, vagy teljesen privát kórházakban kezeltethetik magukat.

Kanada:

Kanadában a duplikáló kiegészítő biztosítás sajátossága, hogy az mind a keresleti, mind a kínálati oldalon államilag korlátozható, ill. akadályozható.

Privát biztosítások megkötése azon orvosilag szükséges szolgáltatásokra, amelyeket az állami egészségügyi rendszer (*Medicare*) is fedez, számos kanadai tartományban tilosak. Ez a helyzet a kanadai Legfelső Bíróság egyik ítélete folytán megváltozott, ez ugyanis feloldotta a tilalmat Quebec Tartományban.

Másrészt a privát biztosítótársaságok ún. „várólista biztosításokat” kínálnak fel, amelyek hozzásegítik a biztosítottakat az állami rendszerben fennálló várakozási idők megkerüléséhez és egy saját maguk választotta privát kórház vagy privát orvos általi direkt kezeléshez.

Ausztrália:

2010-ben az ausztrálok 52,4%-a rendelkezett privát kiegészítő biztosítással, amely lehetőséget biztosított számukra a privát kórházi kezeléshez és a gyorsabb ellátáshoz. Ez azt jelenti, hogy a lakosságnak több mint a fele megkötözte biztosítását. Ausztráliában az állami rendszer tehermentesítése érdekében az állam támogatja a privát betegbiztosítás megkötését. Így az állam 30%-os rabattot vezetett be, azaz az ausztrál állam 300 AUD-t visszatérít azon polgárok részére, akik 1.000 AUD járulékot fizetnek a privát betegbiztosításba.

Svédország:

Svédországban az utóbbi években az önkéntes privát betegbiztosítások elsősorban a tervezett beavatkozásokkal összefüggő várakozási idők miatt értek el egyre szélesebb piaci terjeszkedést. A svéd biztosítók szövetségének (*Svensk Försäkring*) adatai szerint 2010-ben kereken 380.000 lakos (a lakosság 4%-a) rendelkezett privát kiegészítő betegbiztosítással.

A privát kiegészítő biztosítás megkötésének legfőbb oka az volt, hogy így sikerül gyorsabban időpontot szerezni szakorvosi rendelésre és meg lehet kerülni a tervezett műtétekre való várakozási időket.

Norvégia:

A hosszú várakozási idők Norvégiában is hozzájárultak ahhoz, hogy a piac kitermelte a privát önkéntes betegbiztosítást. Jelenleg néhány olyan betegbiztosítási vállalkozás létezik, amely garantálja a privát kórházban való kezelést, ha ez nem történik meg 28 napon belül valamely állami kórházban. Becslések szerint 2006-ban Norvégiában kereken 30.000 személy rendelkezett privát betegbiztosítási szerződéssel.

Dánia:

Az egészségügyi ellátáshoz való gyorsabb hozzáférés érdekében Dániában is egyre többen kötnek privát kiegészítő betegbiztosítást. Ezek a biztosítások

fedezik a dániai vagy külföldi privát kórházakban való kezelés költségeit. A dán biztosítók szövetségének felmérése szerint a privát kiegészítő biztosítás megkötésének leggyakoribb indoka a kezeléshez való gyorsabb hozzáférés. További indok, hogy a biztosítottak újabban háziiorvosi beutaló nélkül is szakorvoshoz fordulhatnak. Ezt a kollektív finanszírozású egészségügyi rendszer teszi lehetővé. A biztosítás ily módon bővíti a szabad orvosválasztást.

Spanyolország:

A spanyolok kereken 13%-a rendelkezik önkéntes privát betegbiztosítással, miáltal privát orvosok igénybevételeivel gyorsabban kezelésben részesülhetnek.

Olaszország:

A privát kórházakban való kezeltetés és az SSN hosszú várakozási időinek megkerülése érdekében Olaszországban is sokan kötnek privát betegbiztosítást. A kiegészítő biztosítás a szolgáltatásnak az SSN által kijelölt régió, azaz a saját régió kívül, lehetőség szerint Észak-Olaszországban való igénybevitelét teszi lehetővé.

Franciaország:

Franciaországban gyakorlatilag nincs lehetőség a betegút figyelmen kívül hagyása vagy a kezelési út megkerülése folytán keletkező többletköltségek privát kiegészítő biztosítás keretében történő fedezésére. A francia kormány adókedvezményeket nyújt a biztosítótársaságoknak, ha azok nem kínálnak fel ilyen jellegű tarifákat. Így az állam fenntartja azoknak a költségeknek a büntető jellegét, amelyek abból keletkeznek, hogy a betegek nem tartják be a betegutat.

6. 3. 2. A szupplementáris kiegészítő biztosítás, mint a várakozási időkre és a hozzáférés korlátozására adott válasz:

Kiegészítő biztosítás, mint a szolgáltatások korlátozására adott válasz:

Számos országban léteznek kiegészítő biztosítások, amelyek olyan szolgáltatásokat fedeznek, amelyeket az állami egészségügyi rendszer nem bocsát rendelkezésre. Ilyen a fogászati ellátás, amelyet egyes országok kollektív finanszírozású rendszerének szolgáltatási katalógusából részben vagy teljes egészén kizártak. A svájciak például privát kiegészítő biztosítást köthetnek a kollektív finanszírozású egészségügyi rendszer által nem fedezett fogászati szolgáltatásokra. Kanadában a fogászati szolgáltatások 95%-át privát fogászati klinikák nyújtják és azokat a betegek maguk fizetik. A *Health Canada* adatai szerint a kanadaiak 62%-a privát fogászati kiegészítő biztosítással rendelkezik,

6%-a az állami rendszerben rendelkezik biztosítással, 32%-a pedig semmiféle biztosítással nem rendelkezik a fogászati szolgáltatásokra vonatkozóan. Franciaországban az állami egészségügyi rendszer csak részben fedezi a fogászati ellátásokat, a költségek nagyobb részét maguknak a betegeknek kell viselniük. Mivel Hollandiában a kötelező betegbiztosítás szolgáltatási katalógusa csak az egészségügyi alapellátásra terjed ki, minden egyéb szolgáltatást saját zsebből kell fizetni, vagy privát kiegészítő betegbiztosítást kell kötni. A hollandok 86%-a rendelkezik fogászati és fogszabályozási ellátásokra vonatkozó kiegészítő biztosítással, 76%-a pedig fizioterápiai ellátásokra vonatkozó kiegészítő biztosítással.

Dániában és Spanyolországban Hollandiához hasonlóan a fogászati kezelések térítése az életkorhoz kötődik. Ezekben az országokban is sokan kötnek privát kiegészítő biztosítást.

6. 3. 3. A komplementer kiegészítő biztosítás, mint a magas önrészekre adott válasz:

A komplementer kiegészítő biztosítás olyan szolgáltatások fedezetére szolgál, amelyeket az állami egészségügyi rendszer csak részben bocsát rendelkezésre. Ezek többnyire önrészek, de valamely megbetegedés kezelése keretében nyújtott egyéb szolgáltatások is lehetnek. Azokban az országokban, ahol a biztosítottaknak az egészségügyi kiadások jelentős részét önrészek formájában maguknak kell viselniük, az ennek fedezetére kötött kiegészítő biztosítások megfelelően jelentős relevanciával rendelkeznek. Japánban például, ahol egyebek között a kórházi kezelések igen költségesek lehetnek, ezekhez 30%-os önrészt kell fizetni. Ez az oka, hogy Japánban az elmúlt években a privát betegbiztosítások gyors terjeszkedésbe kezdtek. A japánok elsősorban a kórházi kezelésekre fizetendő magas önrészek miatt kötnek privát kiegészítő betegbiztosítást. Az OECD adataiban nem találunk utalást arra, hogy Japánban hány személy rendelkezik privát betegbiztosítással. A japán egészségügyi minisztérium egyik tanulmánya szerint a lakosság 58%-a kötött privát betegbiztosítási szerződést.

A francia egészségügyi rendszerre igen magas önrészek jellemzők (pl. háziorvosi viziten 30%). 2008-ban a franciák 94%-a rendelkezett kiegészítő biztosítással. Az önrészeken kívül a szemüveg, hallókészülék és fogprotézis költségeit is csak részben térítik vissza. A fent említett 94% azokra a személyekre is kiterjed, akik állami támogatással szereztek kiegészítő biztosítást.

Az önrészek Belgiumban is magasak. Franciaországtól és Japántól eltérően azonban ezek fedezetére nem köthető privát betegbiztosítás. Hasonló a helyzet Hollandiában, ahol az egészségügyi költségek összességére fizetendő, évi 155 EUR mértékű kötelező önrész nem váltható ki privát kiegészítő betegbiztosítással.

Egyes országokban, mint Olaszországban és Svédországban, a kiegészítő biztosítások tárgyát a gyógyszerekért fizetendő önrészek alkotják. De a kiegészítő biztosítások más területeken is fedezik az önrészt, mint pl. Finnországban.

7. 2. Az ellátási különbségek mértéke az OECD 15 országában:

Ausztrália:

Ausztrália adókból finanszírozott állami egészségügyi rendszert működtet. A kórházi ellátáshoz való hozzáférést elsősorban a várakozási idők nehezítik. Ennek alternatívája a betegek számára a privát kórházban való kezelés. Az összes kórházi beutaló 40%-a privát kórházak privát betegei számára szól. Másrészt teljes szolgáltatási területek, mint pl. a fogászati ellátás, kimaradnak az egészségügyi szolgálat szolgáltatási katalógusából. A lakosságnak csaknem a fele nem fogadja el a hosszabb várakozási időket és egy állami kórházban való kezelést és ehelyett a privát kórházban saját költségére való ellátást választja.

Dánia:

Dániában adókból finanszírozott állami egészségügyi rendszer működik, amelynek szervezete regionális jellegű. Az egyenlőtlenségek eleve adottak, mivel a biztosítási védelem két kategóriára oszlik: az első kategóriába tartozik a háziorvosi rendszer, ám aki a második kategória mellett dönt, szabad orvosválasztással rendelkezik, amelynek fejében magas önrészeket kell fizetnie. Ellátási különbségekkel jár, hogy az állami kórházakban a privát kórházakhoz viszonyítva sokkal hosszabb várakozási időkre kell számítani. A betegek a gyorsabb ellátás érdekében privát kiegészítő biztosítást köthetnek.

Németország:

A német egészségügyi rendszert a kötelező és a privát betegbiztosítás dualitása jellemzi. A betegek kezelésére biztosítási státusuktól függetlenül többnyire ugyanazon ellátási struktúra keretében kerül sor. A többi OECD-országtól eltérően Németországban alig fordulnak elő várakozási idők és a kapuőri rendszer is ismeretlen. A kötelező betegbiztosítás egységes szolgáltatási katalógusa viszonylag széleskörű ellátási spektrumot kínál, amelynek egyes részterületein, pl. a fogpótlás tekintetében, a szolgáltatások valamivel korlátozottabbak. A privát betegbiztosítás területén a tarifák szolgáltatási spektrumok szerint különböznek. A kötelező betegbiztosítás területén az önrészeket irányítási instrumentumok gyanánt alkalmazzák. Németországban a betegek privát kiegészítő biztosítást köthetnek azon szolgáltatásokra, amelyeket a kötelező betegbiztosítás nem tartalmaz. Az ellátási különbségek tehát az

egészségügyi rendszer részterületein, de nem a privát és a kötelező betegebiztosítás határmezsgyéjén nyilvánulnak meg.

Franciaország:

A társadalombiztosítási jellegű francia egészségügyi rendszer finanszírozása járulékokból, adójellegű befizetésekből és pántlikázott adóbefizetésekből történik. A francia rendszerben igen magasak az önrészek, nemzetközi összehasonlításban itt a legmagasabbak (a kezelési költségek átlag 30%-a). Ezek fedezetére privát kiegészítő biztosítás köthető. Az alacsony jövedelmű csoportok részére nyújtott állami támogatás ellenére a lakosság 6%-a nem rendelkezik kiegészítő biztosítással és saját zsebből kell fizetnie az önrészeket.

Az IRDES 2008-ban készített felmérése összefüggést állapított meg a privát kiegészítő biztosítás megkötése és az egészségügyi rendszerhez való hozzáférés között. Az elmúlt 12 hónap során a kiegészítő biztosítással rendelkezők 84%-a és az azzal nem rendelkezők 74%-a kapott időpontot a háziorvosnál, a kiegészítő biztosítással rendelkezők 50%-a és az azzal nem rendelkezők 37%-a kapott időpontot szakorvosnál. Az orvosilag szükséges szolgáltatásokról (fogászati kezelés, szemüveg, amelyeknél az állami támogatás mértéke igen alacsony) inkább lemondó személyek aránya a kiegészítő biztosítással nem rendelkezőknél 30%, a kiegészítő biztosítással rendelkezőknél 14%.

A különbségek elsősorban a fogászati ellátás területén jelentősek. 2008-ban a felnőtt lakosság 10%-a mondott le a költségek miatt a kezelésről. Ezek aránya azoknál, akik nem rendelkeznek önkéntes kiegészítő biztosítással (*couverture maladie universelle complémentaire – CMU-C*) 25%. További probléma, hogy a francia orvosok egyszerre két szektorban folytatnak tevékenységet: az ambuláns ellátás (második szektor) területén az orvosok az állami díjszabáson kívül maguk szabhatják meg a honoráriumot. Ez elsősorban a szakorvosoknál jellemző (pl. a sebészek 85%-ánál), akik többszörösen túllépik a betegpénztári díjakat.

Nagy-Britannia:

A nagy-britanniai állami egészségügyi szolgálat (NHS) finanszírozása adókból történik és az ország összes lakója részére ingyenesen nyújt egészségügyi szolgáltatásokat. A rendszer racionálása – a szolgáltatások költség-haszonértékelése mellett – elsősorban várakozási időkkel történik. 2012 őszén kereken 5,5 millió brit beteg (a lakosság 8,8%-a) várakozott ambuláns vagy kórházi kezelésre, illetve valamilyen diagnosztikai eljárásra.

Az állami szektorral párhuzamosan jól kiépített privát egészségügyi szektor működik. Ez részben az NHS keretein belül (pl. állami kórházakban működő privát osztályok), vagy azon kívül (pl. privát kórházak vagy privát orvosi praxisok formájában) működik. Így a brit betegek a privát szektor

igénybevételével megkerülhetik a várakozási időket, a költségeket pedig privat betegbiztosításból fedezik, vagy saját zsebből fizetik.

A várólisták megkerülésének másik módja a külföldön való kezelés. Ehhez maga a brit egészségügyi minisztérium is részletes eligazítást nyújt. Amennyiben az NHS szolgáltatási kötelezettségébe tartozó kezelésre az állami egészségügyi rendszerben csak aránytalan késlekedéssel kerülhet sor, a betegnek jogában áll a kezelést az EU valamely más tagállamában igénybe venni. Az egészségügyi ellátás és a kiutazás költségeit az NHS megtéríti. Arról, hogy hányan élnek ezzel a lehetőséggel, nem állnak rendelkezésre hivatalos adatok. Egy lakossági felmérés szerint, amelyet maga az NHS tett közzé, 2008-ban 52.500 brit polgár vett igénybe külföldön kezelést, amelyet egyébként az NHS-nek kellett volna nyújtania.

Írország:

Az ír nemzeti egészségügyi rendszer finanszírozása nagyjából adókból, kisebb részben járulékokból történik. Az ír rendszer sajátossága a jövedelemtől és az életkortól függő jogosultság. Az alacsony jövedelmű és 70 év fölötti személyek teljeskörű jogosultsággal rendelkeznek a nemzeti egészségügyi szolgálat szolgáltatásaira. A magasabb jövedelműeknek ezzel szemben magas önrészeket kell fizetniük. Az első csoport nem rendelkezik szabad házi orvos választással, a második csoportnak viszont fizetnie kell a házi orvosi ellátásért. A honorárium vizitenként a 80 EUR-t is elérheti.

A várakozási idők további egyenlőtlenségekhez vezetnek, mivel önerőből való fizetéssel vagy privat kiegészítő biztosítással megvásárolható a gyorsabb hozzáférés.

Olaszország:

Az olasz állami egészségügyi szolgálat finanszírozása nagyjából adókból történik. Olaszországban a racionálási intézkedések minden típusa előfordul. A házi orvos kapuórként működik, a további egészségügyi ellátás beutalóval történik, a betegek számára az orvosválasztás lokálisan korlátozott. Szakorvosnál önrészt kell fizetni, a szolgáltatási katalógus korlátozott, a fogászati kezelés pl. nem tartozik bele a biztosításba.

A hosszú várólisták és az SSN által nyújtott ellátás alacsony minősége miatt (elsősorban Közép- és Dél-Olaszországban) azok a betegek, akik ezt megengedhetik maguknak, privat kórházban kezelik magukat, ahol a várakozási idők sokkal rövidebbek. A várakozási idők megkerülése érdekében mindenekelőtt azok a betegek folyamodnak a privat kezeléshez, akik rendelkeznek privat kiegészítő biztosítással. Megfigyelhető még, hogy a betegek az ellátási régióon kívül, elsősorban Észak-Olaszországban veszik igénybe a kezelést.

Japán:

A japán kötelező betegbiztosítás finanszírozása járulékokból és állami támogatásokból történik. A fő problémát a magas önrészek (a kezelési költségek 30%-a) jelentik. Az önrészek fedezetére Japánban is színre léptek a privát biztosítók. Egy aktuális tanulmány szerint Japánban is összefüggés áll fenn az anyagi jólét és a privát betegbiztosítás megkötése között. Mivel az alacsony jövedelmű személyek nem rendelkeznek kiegészítő biztosítással, az önrészek ellátási különbségeket indukálnak.

Kanada:

A kanadai állami egészségügyi szolgálat finanszírozása adókból történik. A kanadai szövetségi államban az egészségügyi ellátás szervezete tartományonként különböző.

Kanadában a várakozási idők tömeges előfordulása jellemző. 2011-ben összesen 8,1 millió személy volt várólistán. Ezek privát orvosi kezelés általi megkerülése eddig problematikus volt, mivel csaknem valamennyi tartományban tiltották, hogy az állami egészségügyi szolgálat számára dolgozó orvosok privát számlát is benyújtsanak. Ezenkívül számos kanadai tartományban tilosak azok a privát szolgáltatások, amelyeket az állami egészségügyi szolgálat (*Medicare*) lefed. Ez azt jelenti, hogy Kanadában a duplikáló privát biztosítást az állam mindaddig mind a keresleti, mind a kínálati oldalon korlátozta, ill. akadályozta. A Legfelső Bíróság 2005-ben hozott ítélete szerint azonban új fejleményeknek nézhetünk elébe. A bíróság megsemmisítette Quebec Tartomány egyik törvényét, amely megtiltotta a Medicare által lefedett orvosi szolgáltatások nyújtását és korlátozta a privát orvosi kezelésekre igénybevitelét, mivel ez ellentétben állt a „*Quebec Charter of Human Rights and Freedoms*“ alapelveivel és bizonyítékok vannak arra, hogy a várólisták betegek halálához vezetnek.

A várólisták megkerülése a külföldi kezelés igénybevitelével egyáltalán nem szokatlan jelenség. Jelenleg Kanadában legalább 15 egészségturizmusra specializálódott vállalkozás működik, amelyek megszervezik a külföldi kezelést. A célországok elsősorban az Egyesült Államok és Németország. Egy 2010 februárjában készített reprezentatív felmérés szerint a kanadaiak 42%-a szívesen utazna külföldre, hogy hamarabb jusson ellátáshoz.

További racionálási intézkedést jelentenek a magas önrészek, elsősorban a gyógyszerárak tekintetében. Egy aktuális tanulmány szerint tíz kanadai közül egy nem veszi be a felírt gyógyszert, mert nem tudja azt kifizetni. Annak valószínűsége, hogy valaki pénzügyi okokból nem vásárolja meg a gyógyszert, a privát gyógyszerbiztosítással nem rendelkezőknél 4,5-szer magasabb, mint azoknál, akik rendelkeznek biztosítási védelemmel.

Mivel a kanadai egészségügyi rendszer kizárja a fogászati kezelést, sok kanadai nem vagy csak korlátozottan részesül fogászati ellátásban. A lakosság egyharmada nem rendelkezik biztosítási védelemmel, így a kanadaiak 17%-a a költségek miatt lemond a fogászati kezeléstről, 16%-a pedig ugyancsak a költségek miatt nem végezteti el az ajánlott fogászati kezelést. A kiegészítő biztosítással nem rendelkezők ritkábban fordulnak fogorvoshoz, mint azok, akik kötöttek ilyen biztosítást.

Hollandia:

A holland egészségügyi rendszer finanszírozása kollektív módon, jövedelemtől függő járulékokból és jövedelemtől független díjakból történik. Ezenkívül a rendszerbe adóforrásokból származó támogatások is befolyanak. A 18 éven felüli biztosítottaknak jövedelmüktől függetlenül évente 350 EUR összegű kötelező költség hozzájárulást kell fizetniük (kivételt képez a háziorvosi ellátás és a szülési támogatás).

Hollandiában az ellátáshoz való hozzáférés szervezése hivatalos várólisták útján történik. Ezenkívül a háziorvos is kapuórként működik. Az orvosi ellátáshoz való gyorsabb hozzáférés útja elsősorban a külföldi kezelésben vagy a kezelés saját zsebből történő finanszírozásában áll, ezt a célt szolgáló kiegészítő biztosítások ugyanis nem léteznek.

Hollandiában több szolgáltatás nem részesül térítésben, pl. a fogászati kezelés és a fizioterápia felnőttek részére. A szolgáltatási spektrumnak az igényeknek megfelelő fedezete érdekében számos kiegészítő biztosítás áll rendelkezésre. A hollandok 86%-a rendelkezik fogászati és fogszabályozási ellátásra, 71%-a pedig fizioterápiára való kiegészítő biztosítással. Azoknak a személyeknek, akik sem kiegészítő biztosítással, sem az önerőből való fizetéshez szükséges forrásokkal sem rendelkeznek, be kell érniük az alapellátási csomaggal.

Norvégia:

Norvégiában az állami egészségügyi szolgálat finanszírozása elsősorban adókból történik. A norvég rendszerben a háziorvos kapuórként működik. A háziorvosi beutaló sürgősségi kategóriákra tagolódik és a további kezelésre való várakozási idő ehhez igazodik. Norvégiában összességében hosszú várakozási idők jellemzők. A várakozási idők a privát kórházak kezére játszanak és az önkéntes privát betegbiztosítás piacát erősítik. A norvégiai egészségügyi rendszerben viszonylag magas önrészeket követelnek: pl. egy szakorvosi vizsgálat átszámítva kerekén 40 EUR-ba kerül. A szolgáltatási katalógus nem tartalmazza a fogászati kezelést, a fizioterápiát és az alternatív gyógyászatot. Ily módon Norvégiában egy sor racionálási intézkedés valósul meg, amelyek ellátási különbségekhez vezetnek. Ez a tény a *Commonwealth Fund* tanulmányában is tükröződik, amely szerint a tizenegy vizsgált ország közül a Norvégiában nyújtott szolgáltatások

Svédország után a második legrosszabb értékelésben részesültek, másrészt a kilenc százalékpontos jövedelemfüggő különbség viszonylag magasnak számít.

Ausztria:

Az osztrák társadalombiztosítási rendszer csaknem a teljes lakosságra kiterjed, finanszírozása járulékokból történik. Ausztriában nem állnak rendelkezésre a várólistákra vonatkozó hivatalos adatok, de vannak arra való utalások, hogy bizonyos mértékig léteznek várakozási idők. Az önrészek az osztrák rendszerben is jelen vannak, de mértékük viszonylag mérsékelt. Ausztriában az orvosi ellátás a szerződött orvosok és a választott orvosok feladata. Választott orvosnál a költségek egy részét viselni kell, így az ellátási különbségek előre kódoltak. Összességében a racionálási intézkedések nem kihangsúlyozottak, de nagyon is jelen vannak, így az ellátási különbségek Ausztriában is megnyilvánulnak.

Svédország:

Svédországban az egészségügyi rendszer kommunális szinten szerveződik, finanszírozása kollektív módon, adókból és járulékokból történik. Széles körben alkalmaznak racionálási intézkedéseket, a tervezett kezelésekre hosszú várakozási idők után kerül sor. Az ellátáshoz való hozzáférést a költséghozzájárulások (szakorvosi vizsgálatra 25-35 EUR) is megnehezítik. Privát szolgáltatásvásárlásra lehetőség nyílik, mivel léteznek privát praxisok – jóllehet az orvosok jellemzően egészségügyi központokban helyezkednek el. A privát betegbiztosítás egyre nagyobb jelentőségre tesz szert, habár az OECD adatai szerint csak a svédek 3,3%-a rendelkezik privát biztosítással. Ez ellátási különbségekhez vezet, ami a *Commonwealth Fund* tanulmányában is megjelenik. Eszerint Svédország azok közé az országok közé tartozik, ahol az ellátási különbségek a legkihangsúlyozottabbak.

Svájc:

A svájci egészségügyi rendszer finanszírozása kizárólagosan fejkvótákból történik. A biztosítottak jelentős mértékben hozzájárulnak az egészségügyi ellátás költségeihez: ez egy kötelező éves franchise-ból (felnőttek részére évente átszámítva kereken 250 EUR) és egy 10%-os költséghozzájárulásból áll. Ez az alacsonyabb jövedelemmel rendelkezők számára problémát jelenthet az ellátáshoz való hozzáférés tekintetében. A szolgáltatási katalógus nem terjed ki bizonyos szolgáltatásokra, mint a fogászati kezelés. Ezeket a szolgáltatásokat maguknak a betegeknek kell viselniük vagy azokat privát kiegészítő biztosítás útján kell fedezniük. Az ellátási különbségeket a *Commonwealth Fund* felmérése is rögzítette, amely szerint Svájcban az ellátás jelentősen függ a jövedelmektől.

Spanyolország:

A spanyol állami egészségügyi rendszer (SNS) finanszírozása kollektív módon, adókból történik. Racionálásra itt azáltal kerül sor, hogy az orvoshoz való hozzáférést szabályozzák. Így a házi orvos kapuőrként működik, a rendszerint egészségügyi központokban dolgozó szakorvosokhoz való hozzáférés ugyancsak nem teljesen szabad. Másrészt a spanyol SNS-ben viszonylag hosszú várakozási idők léteznek. 2011 júniusában például a betegek átlagosan 64 napig vártak tervezett műtétre. Az SNS-nél alkalmazott orvosok mellett működik egy privát orvosi párhuzamos struktúra, amely készpénzfizetéssel vehető igénybe. E szolgáltatások fedezetére kiegészítő biztosítások is rendelkezésre állnak.

A spanyolok 13%-a rendelkezik önkéntes privát betegbiztosítással. A csak az SNS-ben biztosított és az önkéntes privát kiegészítő biztosítással rendelkező betegek között a várakozási idők tekintetében jelentős különbségek vannak. Miközben az SNS biztosítottainak 30-45 napig, a privát biztosítási védelemmel rendelkezőknek csak 2-5 napig kell várakozniuk szakorvosi vizsgálatra.

A szerzők:

Dipl.-Soz.wiss. Verena Finkenstädt
Wissenschaftliches Institut der PKV
wissenschaftliche Mitarbeiterin
Tel.: 49(221) 9987-1620
E-Mail: verena.finkenstaedt@wip-pkv.de

Dr. Frank Niehaus
Wissenschaftliches Institut der PKV
Institutsleiter
Tel.: 49(221) 9987-1622
E-Mail: frank.niehaus@wip-pkv.de

Verena Finkenstädt, Dr. Frank Niehaus : Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen. Ein internationaler Überblick, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), März 2013.

A tanulmány a Wissenschaftliches Institut der PKV honlapján (128 p.):

http://www.wip-pkv.de/uploads/tx_nppresscenter/Rationierung_und_Versorgungsunterschiede_in_Gesundheitssystemen.pdf