

Verena Finkenstädt :
Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés akadályai Európában
Wissenschaftliches Institut der PKV, März 2017 (88 p.)

Forrás Internet-helye:

<http://www.wip-pkv.de/forschungsbereiche/detail/zugangshuerden-in-der-gesundheitsversorgung-ein-europaeischer-ueberblick.html>

A *Privát Betegbiztosítók Kutatóintézete (Wissenschaftliches Institut der PKV – WIP)* már 2013-ban készített tanulmányában is kimutatta, hogy Németország a szolgáltatási katalógus volumene, a várakozási idők és az önrészek, valamint a szabad orvos- és kórházválasztás tekintetében nemzetközi viszonylatban igen kedvező helyzetben van. Az OECD többi tagállamában az egészségügyi szolgáltatások racionálása jóval elterjedtebb és mélyrehatóbb. [Ezzel kapcsolatban lásd: *Racionálás és várólisták Nagy-Britanniában, 2006. 43. sz., Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2007. 1. sz.; Racionálás és egészségi egyenlőtlenségek az egészségügyi rendszerekben, 2013. 15-16. sz.*]

A felmérésben az a 23 ország vett részt, amely mind az OECD, mind az EU vagy az EFTA-övezet tagja: Belgium, Dánia, Németország, Észtország, Finnország, Franciaország, Nagy-Britannia, Írország, Izland, Olaszország, Luxemburg, Hollandia, Norvégia, Ausztria, Lengyelország, Portugália, Svédország, Svájc, Szlovákia, Szlovénia, Spanyolország, Csehország és Magyarország.

2. Egészségbiztosítás az európai országokban

2. 1. A biztosítási védelem volumene és struktúrája

Németország egészségügyi rendszerének sajátossága, hogy duális egészségbiztosítással rendelkezik: egy kötelező (állami) és egy privát biztosítási ágazattal. 2016-ban a lakosság 11%-a rendelkezett privát egészségbiztosítással. Németország az egyetlen ország, ahol a biztosítás kötelezettsége minden polgár részére fennáll és két párhuzamos biztosítási rendszer működik. A többi európai országban a teljes lakosság számára egységes finanszírozási elveket alkalmaznak.

Az egykori komparatív jólétkutatás két ideáltípust különböztetett meg: a *Beveridge-modellt* (adókból finanszírozott állami egészségügyi rendszer) és a *Bismarck-modellt* (járulékokból finanszírozott, kötelező tagsági viszonyt feltételező rendszer). Miközben a Beveridge-modell az egész lakosság számára univerzális alapbiztosítást nyújt, amelyet adókból finanszíroznak (ellátás elve), a Bismarck-modell szerzett szociális jogosultságokon alapul, amely a jövedelemmel arányos járulékokkal függ össze (biztosítás elve). Ma már az egészségügyi rendszerek nem képezik le „tisztá formában” a fenti modelleket, minden országban vegyes formák alakultak ki.

Az adókból finanszírozott rendszerek az egészségügyi ellátás szervezésének szintje szerint is differenciálhatók. Nagy-Britanniában és Írországból például az egészségügyi ellátást a kormányzat, ill. az egészségügyi minisztérium irányítja. Ezzel szemben Spanyolországban és Portugáliában az irányításra regionális szinten, a skandináv országokban: Dániában, Finnországban, Norvégiában és Svédországban viszont kommunális és járási szinten kerül sor. Ezekben az adókból finanszírozott rendszerekben a lakosság 100%-a alapbiztosítással rendelkezik. Ez annak tulajdonítható, hogy az egészségügyi ellátáshoz való szabad hozzáféréshez való jog a nemzeti egészségügyi szolgálat alapvető jellemzője. Azokban az országokban viszont, ahol a fenntartók a betegpénztárak, a biztosítás alapvetően a járulékok befizetésén múlik.

2. 2. Kereslet és kínálat a kollektív finanszírozású egészségügyi rendszerekben

Az adókból és járulékokból kollektív módon finanszírozott rendszerekben a kereslet, a kínálat és az árképzés klasszikus mechanizmusai hatályaon kívül helyeződnek. Ideális esetben a tökéletes piac modellje keretében a javak keresletét és kínálatát az árak szabályozzák. A kollektív finanszírozású egészségügyi rendszerekben azonban az egészségügyi szolgáltatások elosztása rendszerint nem az árak közvetítésével történik, hanem az ellátás költségeit részben vagy teljes egészében a biztosítottak vagy az adófizetők közössége viseli. Ennek során a biztosítottak gyakran a „nullköltségek illúziójában” élnek, mivel a társadalombiztosítási járulék vagy az adó befizetését követően nem szembesülnek a szolgáltatások igénybevételeinek költségeivel. Ez a kereslet volumenének kiterjedését eredményezi.

A „*moral hazard*“ és a kereslet túltengésének problémái – a kollektív finanszírozás folytán – minden biztosítási rendszerben megjelennek. Ám arra nincs lehetőség, hogy az egészségügyi javakat korlátlan mennyiségben a biztosítottak közösségének, ill. minden polgár rendelkezésére bocsássák, mivel a források korlátozottak. Az állam által biztosított költségvetésből fenntartott egészségügyi rendszerek csak korlátozott kapacitásokat tartanak fenn – lett legyen szó akár az orvosok, akár a kórházi ágyak számáról. Ennek egyik sokat idézett példája az angliai *National Health Service (NHS)*, amely a 2015/16-os pénzügyi évben 1,85 milliárd GBP (2,2 milliárd EUR) deficitet halmozott fel. Az NHS-nél fellépő pénzügyi szükséghelyzet oka az egészségügyi szolgáltatások iránti kereslet erőteljes növekedése volt, miközben ezzel egyidejűleg a költségvetési alapellátmányt korlátozták. A költségcsökkentési intézkedések azonban a járulékfizetésű egészségügyi rendszerekben is megjelennek. Hollandiában például a növekvő kiadások évek óta problémát jelentenek. A holland egészségügyi miniszter a költségcsökkentés érdekében megállapodásokat kötött a szolgáltatók szövetségeivel arra vonatkozóan, hogy 2014 és 2017 között egyebek között a szakorvosi ellátások területén a költségek évente ne növekedjenek több mint 2,5%-kal.

A kollektív finanszírozású egészségügyi rendszerekben a kereslet megfékezése érdekében a szabadpiacon uralkodó ármechanizmusok helyébe más mechanizmusoknak kell lépniük. Ez rendszerint azzal jár, hogy sor kerül az ellátásokhoz való hozzáférés bizonyos akadályainak bevezetésére, amelyek korlátozzák a keresletet és egyidejűleg meghatározzák az állami egészségügyi rendszer szolgáltatási katalógusát. Az „állami finanszírozású egészségügyi rendszerek szolgáltatási katalógusának politikai döntések általi meghatározását” racionálásnak nevezik. A kollektív finanszírozású egészségügyi rendszerekben az ellátáshoz való hozzáférést szükségképpen akadályozó intézkedésekkel esetenként racionálásra is sor kerül.

3. Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés akadályai

3. 1. A szolgáltatások korlátozása

Az egészségügyben az ellátásokhoz való hozzáférés legnyilvánvalóbb akadálya a szolgáltatások konkrét kizárása. A szolgáltatások kizárása abszolút vagy kvalifikált formában jelenhet meg. Előbbi esetben az állami egészségügyi rendszer egyáltalán nem vállalja át egy bizonyos szolgáltatás költségeit. A szolgáltatások kvalifikált kizárása esetén arról van szó, hogy valamely szolgáltatás bizonyos feltételek mellett biztosítható, egyébként kizárt. Ez vonatkozhat valamely meghatározott indikációra vagy egy bizonyos betegcsoportra (pl. 18 éven aluliak számára nyújtott terápia).

Az adókból finanszírozott egészségügyi rendszerekben (pl. Dánia, Finnország, Nagy-Britannia, Norvégia, Svédország, Portugália) a lakosság elvben jogosult a térítésmentes állami egészségügyi ellátásra. Az egyes országok szintjén azonban nem létezik explicite megfogalmazott szolgáltatási katalógus, az állam csupán kötelezettséget vállal a minimális szolgáltatások biztosítására. Az ellátás megszervezése a háttérintézmények és hatóságok hatáskörébe tartozik.

Nagy-Britannia

A brit *National Health Service (NHS)* számára a törvény előírja a szolgáltatások indokolt mértékű biztosítását („to meet all responsible requirements”). Ám ez nem jelenti, hogy minden szolgáltatást ténylegesen kifizetnek. Az NHS a rendelkezésére álló költségvetés szerint racionálja a szolgáltatásokat. A szolgáltatások kizárása két szinten valósulhat meg: regionális szinten a *Clinical Commissioning Groups (CCG)*, nemzeti szinten az *NHS Clinical Commissioning Board*-ja által. Nemzeti szinten jelentős szerepet játszik még a *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, mivel ez kötelező szolgáltatáskizárásokat is megfogalmaz. Mivel az NHS-ben a szolgáltatások költségeinek átvállalásáról szóló döntéseket regionális szinten hozzák, a bizonyos kezelésekhöz való hozzáférés tekintetében regionális különbségek jelentkeznek, mint pl. a csípőműtétéknél. Ezekkel kapcsolatban fogalomként vált a „postcode lottery“.

Írország

A vizsgált országok körében Írország az egyetlen, ahol az állami egészségügyi rendszer nem vállalja át a teljes lakosság részére a háziorvosi ellátás költségeit. Ingyenes háziorvosi ellátást biztosító kártya iránti igényt csak azok nyújthatnak be, akiknek a jövedelme nem ér el egy bizonyos határt. 2016-ban az ír lakosság 37%-a rendelkezett ilyen kártyával. A többi polgárnak saját zsebből kell fizetnie a háziorvosi vizsgálatok költségeit.

Skandinávia

Dániában és Norvégiában csak a 18 év alattiak jogosultak fogászati kezelésekre. Svédországban az egészségügyi ellátás tekintetében a tartományi gyűlések illetékesek. Így a betegek (a brit NHS-hez hasonlóan) nem minden településen jogosultak ugyanazokra a szolgáltatásokra.

A járulékokból finanszírozott rendszerekben (pl. Németország, Ausztria, Franciaország, Hollandia) szolgáltatási katalógusokban rögzítik, hogy az állami egészségügyi rendszer mely szolgáltatásokat finanszíroz, ill. a biztosítottak mely szolgáltatásokra jogosultak.

Hollandia

A holland állami egészségügyi rendszerben létezik egy alapcsomag („*basispakket*“), amely fedezi a rendszeres egészségügyi ellátás költségeit (pl. háziorvosi vizsgálat). Egyes szolgáltatások, mint a fogászati kezeléseket, fizioterápiát, logopédiát, nem szerepelnek az alapcsomagban, ezeket a betegeknek maguknak kell fizetniük. Korlátozások vannak a terhesség és a szülés tekintetében is. Hollandiában alacsony kockázatú szüléseknél alapvetően csak bábaasszonyi közreműködést biztosítanak. Az orvossal való szülést kizárólagosan veszélyeztetett terhességek eseteire tartják fenn, amelyekre vonatkozóan egyértelmű indikációs lista készült. Ha nem áll fenn semmilyen kockázat, a betegpénztár nem vállalja át a kórházi szülés költségeit. Ha egy nő kórházban szeretne szülni, magának kell viselni a napi 340 EUR összegű költségeket.

Svájc

A svájci egészségügyi rendszer nem vállalja át a fogászati kezeléseket költségeit. A kantonális szervezet folytán regionális különbségek jelentkeznek a mentőszolgálatok, valamint a költséges diagnosztikai készülékek tekintetében. Svájcban a kórházak globális költségvetése korlátozásként, tehát implicit racionálásként hat, ami azzal jár, hogy a kezelési csapatok nem tudnak biztosítani, vagy akár elutasíthatnak bizonyos szükséges szolgáltatásokat.

3. 1. 1. Gyógyszerellátás

A gyógyszerellátás tekintetében a vizsgált országok többségében pozitívlisákat alkalmaznak, amelyek rögzítik, hogy a betegek mely gyógyszerekre jogosultak. Az állami egészségügyi rendszer nem vállalja át a listán nem szereplő gyógyszerek költségeit. Kivételt képez Németország, ahol az állami egészségügyi rendszer (a vénymentes gyógyszerek kivételével) minden gyógyszert kifizet, hacsak azokat nem zárja ki a jogszabály. Számos más országban viszont a politika feltételeket szab a súlyos betegek terápiájának priorizálása, ill. a nem sürgős esetek kezelésének hátrасorolása tekintetében.

Számos országban halogatják, esetenként elutasítják az innovatív gyógyszerek bevezetését. Az árszabályozást alkalmazó országok többségében mindaddig nem vezetnek be az új gyógyszereket, amíg nem születnek meg a térítésre és az árképzésre vonatkozó döntések. Jóllehet a 89/105/EGK Irányelv szerint az innovatív gyógyszerek tekintetében az ármegállapításra és a költségtérítési eljárásra vonatkozó nemzeti döntéshozatali eljárásnak elméletileg 120 napon belül le kellene zárulnia, a gyakorlatban ezt nem tartják be. Ezt a célt 2014-ben csak Németország és Nagy-Britannia teljesítette. Az engedélyezés és a nemzeti piacon való forgalmazás közötti időbeli eltérés Németországban 3,5 hónap, Hollandiában 9,7 hónap, Spanyolországban 15,8 hónap.

3. 1. 2. Fogászati ellátás

A fogászati kezelések költségeit 10 országban egyáltalán nem térítik, a többi országban a betegeknek magas önrészeket kell fizetniük.

Érdekes következtetések vonhatók le egy aktuális komparatív vizsgálatból, amely a németországi, franciaországi, hollandiai, magyarországi, dániai, nagy-britanniai és svájci fogászati ellátásokra terjedt ki. Eszerint a kötelező betegbiztosítás keretében biztosított betegeknek a fogászati kezelések csekély részét kellett önerőből fedezniük. A többi vizsgált országban a fogászati kezelések, elsősorban a protétika, egyáltalán nem férnek bele a betegpénztárak, ill. állami egészségügyi szolgálatok által biztosított szolgáltatási volumenbe. Ezekben az országokban a betegeknek teljes egészében maguknak kell fizetniük a kezeléseket. Példának okáért a konzerváló-sebészeti kezelések csak Németországban és Magyarországon önrészmmentesek, miközben Dániában, Franciaországban és Nagy-Britanniában a betegeknek a kezelés jellegétől függően a költségek 20-90%-át kell viselniük.

3. 2. A betegek választási szabadságának korlátozása

Az elmúlt évek során több országban jelentek meg törekvések a betegek választási szabadságának bevezetésére vagy annak kiterjesztésére. Minden esetre az egy bizonyos háziiorvosnál való regisztrációs kötelezettség világszerte továbbra is széleskörűen elterjedt. Ez jelentősen korlátozza a betegek lehetőségét arra, hogy az ambuláns szektorban más orvosokat is felkeressenek. Az egy bizonyos orvosnál való regisztráció gyakorlata direkt összefüggésben áll az ún.

kapuóri modellel: A szakorvosi ellátáshoz való hozzáférést számos országban a házi orvos mint kapuőr korlátozza, ami azt jelenti, hogy a beteg házi orvos beutaló nélkül nem fordulhat szakorvoshoz. A kötelező „*gatekeeping*” (Izland és Svédország kivételével) az adókból finanszírozott egészségügyi rendszerek fő jellemzője.

Dánia

A dán állami egészségügyi rendszerben két biztosítási lehetőség áll fenn, amelyek lényegében a szakorvoshoz való hozzáférés tekintetében különböznek egymástól. Alapvetően az összes polgár az 1-es csoportba tartozik. A 15 év fölöttiek önkéntesen a 2-es csoport mellett is dönthetnek. Az 1-es csoportba tartozó személyek kötelesek regisztrálni egy általuk választott házi orvosnál, aki lakóhelyük 15 km-es körzetében működik (Koppenhága területén 5 km). Házi orvosváltáshoz a helyi önkormányzat engedélyére van szükség. Ennek fejében Koppenhágában 195 DKR (25 EUR) díjat hajtanak be. A házi orvos kezelés az 1-es csoportban ingyenes, miközben a 2-es csoportban csak az 1-es csoport számára a házi orvos ellátás tekintetében az állami egészségbiztosítási rendszerben meghatározott összeg térítésére kerül sor. Szakorvosi ellátáshoz a 1-es csoport biztosítottainak házi orvos beutalóra van szükségük. A 2-es csoport biztosítottai szabad választásuk szerint beutaló nélkül fordulhatnak szakorvoshoz, de csak az 1-es csoportnak megfelelő összeg térítésére kerül sor. A dán lakosság 99%-a az 1-es biztosítási csoportba tartozik. Az egységes rendszer tehát két osztályra tagolódik. Így megfelelő költséghozzájárulásuk fejében lehetővé válik a választás szabadsága.

Nagy-Britannia

A brit *National Health Service* szigorú *gatekeeping*-et alkalmaz. Ez a házi orvos regisztrációhoz kapcsolódik. A *gatekeeping* bevezetése a szakorvosi állások csökkentésével és az állami egészségügyi kiadások kontrollja iránti szükséglettel függ össze. A házi orvos praxisok 2015. óta olyan betegeket is befogadhatnak, akik nem a praxis közvetlen vonzáskörében laknak. Ez önkéntes alapon történik, a praxisok akár el is utasíthatják a betegeket. A házi orvos beutalóval rendelkező betegek 2008. óta elvben szabadon választhatnak a szakorvost.

Finnország

A szabad orvosválasztásnak Finnországban alig vannak előzményei. Ebben a tekintetben csak a 2011-ben bevezetett egészségügyi reform hozott változást. A betegek 2011 májusa óta lakóhelyükön szabadon választhatnak egészségügyi centrumot. A szabad orvosválasztás 2014. óta országos szinten lehetséges, praxisváltásra azonban évente egy alkalommal nyílik lehetőség. Ám Dániához hasonlóan a szakorvoshoz való hozzáférés csak beutalóval lehetséges.

Hollandiában és a járulékfianaszírozású kelet-európai egészségügyi rendszerekben (Észtországban, Lengyelországban, Szlovákiában, Szlovéniában és Magyarországon) a betegek nem fordulhatnak közvetlenül szakorvoshoz.

Hollandia

Hollandiában ugyancsak szigorú *gatekeeping* uralkodik, ami megakadályozza a szakorvoshoz való szabad hozzáférést. A házi orvos szabad kiválasztása elméletileg ugyan lehetséges, de fennállnak bizonyos korlátozások. Az utrechti házi orvosok megállapodása szerint például a betegek csak a lakókörzetükben működő házi orvosnál regisztrálhatják magukat. Egyes vidékeken olyan kevés a házi orvos, hogy a betegek nehezen találnak olyan házi orvost, akinél regisztrálhatnak. Ezt a problémát az is súlyosbítja, hogy a házi orvosok elutasíthatják a betegeket. Ez azzal indokolható, hogy a beteg túl messze lakik a praxistól, vagy pedig a házi orvosnál túl sok beteg regisztrált.

Svédország

Az adókból finanszírozott svéd egészségügyi rendszerben létezik ugyan *gatekeeping*, regionális szinten azonban különböző rendszerek működnek, amelyek segítségével kontrollálják a szakorvosi kezelések igénybevételét. Skåne provinciában és sok más provinciában a gyógyszerkiadások és a diagnosztikai eljárások pénzügyi felelőssége a házi orvosi centrumokra hárul. A betegeket pénzügyi ösztönzőkkel próbálják rávenni, hogy első alkalommal a házi orvoshoz forduljanak. A betegeknek az összes provinciában magasabb önrészt kell fizetniük, ha házi orvosi beutaló nélkül fordulnak szakorvoshoz.

Franciaország

A járulékfianaszírozású francia egészségügyi rendszerben a betegek kötelesek regisztráltatni magukat egy házi orvosnál vagy szakorvosnál. Ez az orvos kezelőorvosként („*médecin traitant*“) van bejelentve az illetékes betegpénztárnál. A kezelő orvos kiválasztása ugyan nem kötelező, ám amennyiben ezt nem teszik meg, a betegek számára jelentős pénzügyi hátrányok keletkeznek. Ha valaki nem választ kezelő orvost, vagy nem követi a betegutatót, a betegpénztár rendszeres költségtérítése 70%-ról 30%-ra csökken.

Németország

Németországban alapvetően szabad orvosválasztás érvényesül. A kötelező betegbiztosítás biztosítottai számára csupán az a feltétel merül fel, hogy az orvos, ill. fogorvos vegyen részt a szerződött orvosi ellátásban, tehát rendelkezzen működési engedéllyel. A privát betegbiztosítás keretében a szabad orvosválasztásnak nincsenek korlátai, hacsak ezt az individuális tarifaszereződés nem rögzíti másképpen. Németországban tradicionálisan nincs kapuőri rendszer. A kötelező betegbiztosítás biztosítottainak azonban házi orvost kell választaniuk, a betegpénztáraknak pedig házi orvosi központú ellátást kell felkínálniuk. Ám ha

a biztosított mégsem választana háziorvost, ezt senki sem ellenőrzi és nem is szankcionálja. Jelenleg Németországban lehetőség nyílik a szakorvos direkt felkeresésére.

3. 3. Kötelező önrészek és költség hozzájárulások

A kötelező önrészek és költség hozzájárulások célja a keresleti oldal szabályozása. Az önrészek korlátozzák a biztosítottak „nullköltségekre vonatkozó illúzióját”, mivel így már mérlegelik a kezelés rájuk eső költségeit és adott esetben maguk csökkentik a keresletet.

Az állami egészségügyi rendszerek az ambuláns és kórházi ellátások költségeit nagyobb mennyiségben alapvetően gyógyszerköltségek gyanánt vállalják át. Ez utóbbiakhoz a betegeknek az összes vizsgált országban ilyen vagy olyan mértékben hozzá kell járulniuk.

Az adókból finanszírozott egészségügyi rendszerekben az ambuláns és kórházi kezelésekről egyáltalán nem kell, vagy csak csekély mértékű önrészeket kell fizetni. Ezen egészségügyi rendszerek filozófiája szerint betegség esetén minden polgár számára ingyenes ellátást kell biztosítani. Ezzel szemben Belgiumban, Franciaországban és Svájcban viszonylag magas önrészeket kell fizetni. Az *Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES)* aktuális tanulmánya szerint Franciaországban a biztosítottak évente átlagosan több mint 1.900 EUR-t fizetnek be önrészként. Németországban a lakosság legmagasabb önrészt fizető 10%-ának befizetései meghaladják az évi 3.000 EUR-t.

A vizsgálatban résztvevő országok mindegyikében bevezettek bizonyos intézkedéseket, amelyek megóvják a túlzott pénzügyi terhektől a lakosság egyes csoportjait. A gyermekek csaknem minden országban mentesülnek az kötelező önrészekről. A krónikus betegeknek Svájc, Ausztria és Csehország kivételével ugyancsak nem kell önrészt fizetniük. Ezzel szemben az alacsony jövedelemmel rendelkező személyeket kevésbé védik a pénzügyi túlterheléstől (pl. Hollandiában, Lengyelországban és Szlovákiában az alacsony jövedelműek nem mentesülnek az önrészek befizetéséről). Amennyiben a betegek az önrészek miatt lemondanak szükséges orvosi szolgáltatásokról, ez a költségek által indukált alulellátás veszélyét hordozza.

Az önrészek különösen Franciaországban magasak, ahol az állami egészségügyi rendszer csak az orvosilag szükséges kezelések költségeinek egynegyedét vállalja át. Nemzetközi összehasonlításban Németországban az önrészek mértéke mérsékelt. A háziorvosi és szakorvosi ellátás területén nem kell önrészeket fizetni. A többi vizsgált ország közül ez csak hat esetében van így. Ezenkívül Németországban a (10 EUR összegű) praxisdíjat 2013. január 1-i kezdettel eltörölték.

Kötelező önrészek a befizetéstől nem mentesített személyek számára

	Háziorvosnál fizetendő önrész	Szakorvosnál fizetendő önrész	Kórházban fizetendő önrész
Belgium	6 EUR/vizit; elektronikus beteg- dokumentummal: 4 EUR/vizit	12 EUR/vizit	Napidíj és átalány elegye, kórházípustól függően különböző
Dánia	1-es csoportnál: nincs; 2-es csoportnál: a kezelés költsége és az állami díjszabás közötti különbség	Mint házi orvosnál	Nincs
Németország	Nincs	Nincs	10 EUR/nap, évente max. 28 napig
Észtország	Praxisban nincs, otthoni látogatás esetén 5 EUR	5 EUR-ig	2,50 EUR/nap, betegségenként max. 10 napig
Finnország	16,10-32,10 EUR	Mint házi orvosnál	Kórházban: 38,10 EUR/nap; ambulánsan: 32,10 EUR/vizit, ambuláns műtét: 105,50 EUR/nap
Franciaország	Költségek 30%-a/vizit + 1 EUR orvoslátogatás	Mint házi orvosnál	20% + 18 EUR/nap
Nagy- Britannia	Nincs	Nincs	Nincs
Írország	„Medical Card” nélkül: önrész; „Medical Card”-dal (rászorulók): nincs	Nincs	„Medical Card” nélkül: 66 EUR/nap, évente max. 660 EUR-ig, „Medical Card”-dal (rászorulók): nincs
Izland	Csoportok szerint lépcsőzetes: 1.000 ISK (8 EUR) / vizit 18 és 66 év közöttiek részére	Csoportok szerint lépcsőzetes: 37 EUR/vizit + a többletköltségek 40%-a 18 és 66 év közöttiek részére	Nincs
Olaszország	Nincs	(régiók szerint) 36,10 EUR-ig/vizit +10 EUR díj	Nincs
Luxemburg	Költségek 20%-a/vizit	Mint házi orvosnál	20.93 EUR/nap, évente max. 30 napig

Hollandia	Nincs	Évente 385 EUR összegű költség hozzájárulás	Mint szakorvosnál
Norvégia	24 EUR nappal praxisban; 41 EUR praxisban éjszaka	Mint házi orvosnál	Nincs
Ausztria	10 EUR/év (szolgáltatástérítés az e-cardra)	10 EUR/év (szolgáltatástérítés az e-cardra)	10 EUR 28 napra
Lengyelország	Nincs	Nincs	Nincs
Portugália	5 EUR/vizit	7,75 EUR/vizit	7 EUR/tartózkodás
Svédország	11-12 EUR/vizit településenként	23-35 EUR/vizit településenként	max. 9 EUR/nap
Svájc	300 CHF (280 EUR)/év (franchise); a franchise-t meghaladó költségek 10%-a, max. 700 CHF-ig (650 EUR)	Mint házi orvosnál	Önrész + 15 CHF (14 EUR) kórházi díj/nap
Szlovákia	Nincs	Nincs	Nincs
Szlovénia	Költségek 10-90%-a /vizit	Mint házi orvosnál	Mint házi orvosnál
Spanyolország	Nincs	Nincs	Nincs
Csehország	Nincs	Nincs	Nincs
Magyarország	Nincs	Nincs	Nincs

4. Várakozási idők

4.1.1. A várakozási idők dokumentálása

A várakozási időkről a vizsgálatban résztvevő 23 európai ország közül 14-ben léteznek adminisztratív adatok, amelyeket valamilyen formában nyilvánosságra hoznak az illetékes hatóságok és intézmények honlapján. A többi 9 országban nem állnak rendelkezésre nyilvános adatok a várakozási időkre vonatkozóan, persze ilyenek itt is előfordulhatnak, ezeket esetleg nem hivatalosan dokumentálják és nyilvánosságra hozzák.

A főleg adókból finanszírozott egészségügyi rendszert működtető államok valamennyien közzéteszik a várakozási időkre vonatkozó hivatalos adatokat, miközben a járulékfiranszírozású rendszerekben nem állnak rendelkezésre a várakozási időkről szóló hivatalos statisztikák. Kivételt képeznek: Észtország, Hollandia, Lengyelország és Magyarország, amelyek járulékfiranszírozású biztosítási rendszereket alkalmaznak, de közzéteszik a hivatalos várólistákat. Észtországban, Lengyelországban és Magyarországon egységes betegpénztárak léteznek, amelyekhez egy célhoz rendelt adó is társul, amelynek rendeltetése kizárólagosan az egészségügyi rendszer finanszírozása.

4. 1 .2. A várakozási idők dokumentációjának céljai

Az adatokat gyűjtő és azokat nyilvánosságra hozó országok alapvetően két célkitűzést követnek: a várakozási idők hivatalos monitorizálását és/vagy a betegek tájékoztatását a várakozási időkre vonatkozóan.

A várakozási idők monitorizálása

Észtország, Finnország, Nagy-Britannia, Írország, Izland, Olaszország, Hollandia, Norvégia, Portugália, Svédország és Spanyolország rendszeres időközökben közzéteszi az országos statisztikai értékeléseket. Ezen országok mindegyike nemzeti statisztikákat vezet a várakozási időkre vonatkozóan az ellátás különböző területein (pl. tervezett beavatkozások, diagnosztikus eljárások, fogászati kezelések, vagy a sürgősségin való várakozás). A súlypont mindegyik országban a tervezhető műtéti beavatkozásokra irányul (pl. csípőprotézis). A várakozási idők monitorizálása elsősorban két indikátor: „a várakozási idő tartama” és „a betegek száma” alapján történik. A várakozási idők megadására napokban, hetekben vagy hónapokban kerül sor. Miközben Portugáliában és Spanyolországban a nemzeti statisztikákat évente egy alkalommal teszik közzé, Nagy-Britanniában, Írországban és Svédországban sokkal szorosabb monitoringot alkalmaznak, az adatok közzétételére havonta kerül sor.

A statisztika szerint Spanyolországban 2015 decemberében 549.424 beteg volt műtéti várólistán. A műtéti beavatkozásokra való átlagos várakozási idő 89 nap, amely azonban területenként különböző. Idegsebészeti beavatkozásra átlagosan 5 hónapig kell várni.

Beteginformációs rendszerek

Dániában, Észtországban, Nagy-Britanniában, Írországban, Hollandiában, Norvégiában, Lengyelországban, Portugáliában, Svédországban és Magyarországon az aktuális kórházi várakozási időket egy központi beteginformációs rendszerben teszik közzé. Az angol *National Health Service (NHS)* explicit jelzi, hogy a betegek a legrövidebb várakozási idők kiválasztása érdekében összehasonlíthatják a különböző kórházaknál fennálló várakozási időket.

A várakozási időt az országok többségében hetekben vagy napokban fejezik ki. Írországban, Lengyelországban és Magyarországon a várakozó betegek számát intézményenként is közzéteszik. Az adatokat Norvégia kivételével nem aggregálják, azok minden egyes kórházra vonatkozóan lehívhatók. Az egyes szakirányokra vagy beavatkozásokra vonatkozóan Dániában, Észtországban, Nagy-Britanniában, Hollandiában, Lengyelországban, Portugáliában, Svédországban és Magyarországon állnak rendelkezésre dekódolt adatok. A legaktuálisabb adatokkal a brit NHS rendelkezik. A háziorvosi beutalót követően szakorvosi időpontra való várakozási időt naponta aktualizálják.

Dánia, Észtország, Hollandia és Portugália havonta aktualizálja az információkat, miközben a betegek Írországban, Norvégiában, Lengyelországban és Svédországban csak az elmúlt hónapok várakozási időire tudnak hagyatkozni. Összességében Portugália rendelkezik a legrészletesebb információkkal. A betegek regisztrálhatnak egy védett portálra, ahonnan lehívhatják a várólistán való személyes pozíciójukat és az előrelátható várakozási időt. Ezzel szemben az információk aktualitása és mélysége tekintetében Norvégia szolgáltatja a legcsekélyebb tartalmakat.

A holland egészségügyi hatóság (*Nederlandse Zorgautoriteit – NZa*) 2008-ban kötelezte a kórházakat az elektív beavatkozásokra való várakozási idők Interneten való közzétételére. Az állami népegészségügyi és környezetegészségügyi intézet (*Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu - RIVM*) negyedévente egy alkalommal kórházanként közzéteszi a tervezhető műtétekre való várakozási időket.

4. 2. Az adminisztratív adatok nemzetközi összehasonlítása

2015. óta az OECD egészségügyi statisztikáiban a következő elektív beavatkozásokra vonatkozóan állnak rendelkezésre összehasonlítható adatok: 1. Csípőprotézis; 2. Térdprotézis; 3. Koronáriás bypass műtét; 4. Angioplastika; 5. Szürkehályog-műtét; 6. Méheltávolítás; 7. Prosztata műtéti eltávolítása.

A betegeknek az összes országban várakozniuk kell az elektív beavatkozásokra. Különösen sokáig kell várni térd- és csípőprotézis beültetésére. Lengyelországban, Spanyolországban és Norvégiában az ilyen műtétekre akár félévig is várni kell. Az angioplastikára és bypass-műtetre való várakozási idők rövidebbek. De bypass-műtetre Nagy-Britanniában és Norvégiában akár több mint két hónapig várakozni kell.

Térd- és csípőprotézis műtetre a vizsgált országok többségében (pl. Lengyelországban, Norvégiában, Spanyolországban és Finnországban) a betegek több mint felének több mint három hónapig kell várakoznia.

A várólisták elsősorban Lengyelországban jelentenek súlyos problémát. Elektív beavatkozásokra Norvégiában, Spanyolországban és Portugáliában is sokáig kell várakozni. Az elektív beavatkozásokra való várakozási idők tekintetében Hollandia van a legkedvezőbb helyzetben. A helyzet az elmúlt tíz-húsz év során javult jelentősen. 2000 és 2011 között megtörtént a rögzített büdzséről teljesítményorientált esetátalányokra való átállás, a kórházak között élesedett a verseny.

A várakozási idők a beavatkozás jellegétől és a kórház elhelyezkedésétől (agglomeráció, vidék) függően különböznek és eltérnek az OECD országok átlagától. 2016 novemberében Hollandiában a betegeknek az adott kórháztól függően nagyjából 20 hétig kellett várakozniuk csípőprotézis beültetésére.

4.3.2. A Commonwealth Fund nemzetközi összehasonlítása

Nemzetközi viszonylatban a *Commonwealth Fund* összehasonlítása a legrelevánsabb. Az évente végzett felmérés szerint szakorvosi vizsgálatra a megkérdezettek 3%-ának, Hollandiában 7%-ának, Svájcban 9%-ának, Norvégiában 29%-ának kellett várakoznia.

A *Commonwealth Fund* házi orvosi ellátásra vonatkozó legutóbbi felmérése 2013-ban készült. Arra a kérdésre, hogy legutóbb, amikor segítségre volt szükségük, ugyanazon a napon, vagy a következő napon időpontot kaptak, Németországban a megkérdezettek 76%-a, Hollandiában 63%-a, Svédországban 58%-a válaszolt igennel. Ebben a tekintetben Nagy-Britannia a sereghajtó. Itt csak a megkérdezettek fele kapott időpontot még aznap vagy másnap.

A vizsgált országok közül egyesek nem vezetnek adminisztratív adatokat a várakozási időkről és nemzetközi reprezentatív felmérésekben nem vesznek részt. Ausztria példája szerint ez nem jelenti azt, hogy itt ne kellene várakozni az ellátásokra. Az *Österreichisches Institut für Höhere Studien* reprezentatív felmérése szerint a betegeknek 2,1 hónapig kellett várakozniuk csípőízületi műtétre, 2,5 hónapot pedig térdízületi műtétre. Az osztrák kórházak felmérése az egyes régiók közötti eltéréseket is kimutató. Az ortopédiai műtétre való várakozási idő egy és nyolc hónap között, szemészeti műtétre egy hónap és csaknem tizenkét hónap között mozog.

Az „*Eurobarometer 411*“ (2014) felmérés keretében feltették a kérdést, hogy melyik az a három legfontosabb kritérium, amely saját országában meghatározza a magas minőségű orvosi ellátást; ezen kritériumok egyike az volt, hogy „a vizsgálatot és a kezelést nem előzi meg várakozási idő”. Erre a kérdésre Németországban a megkérdezettek 9%-a válaszolt igennel, ami azt jelenti, hogy a várakozási idő alárendelt szerepet játszik. Ezzel szemben az igenek aránya Hollandiában és Nagy-Britanniában egynegyed, Svédországban több mint egyharmad volt.

5.1. A privát egészségügyi szolgáltatások kínálata

Nagy-Britannia

Nagy-Britanniában az NHS mellett a privát praxisok és kórházak jól kiépített rendszere működik. Ez azt jelenti, hogy az orvos vagy tisztán privát alapon, vagy NHS-szerződéssel nyújt kezeléseket. Ha egy NHS orvos jól körülhatárolt feltételek között privát kezelést nyújt, a privát honorárium nem elegendhet az NHS-rendszerben szerzett honoráriumokkal. Az állami és privát egészségügyi ellátás szigorú szétválasztását egészségügyi miniszteri rendelet szabályozza. Ennek megfelelően a privát betegeket is kezelő kórházakban az NHS betegeit és a privát betegeket külön helyiségekben kell elhelyezni. A beteg bármikor dönthet arról, hogy igénybe veszi-e az NHS szolgáltatásait, vagy inkább privát kezelést kér. A privát szektorban megelőzhetők a várakozási idők és jobban érvényesíthető a szabad orvosválasztás.

Svédország

Svédországban az állami egészségügyi ellátást a tartományi gyűlések és részben az önkormányzatok szintjén biztosítják. Privát egészségügyi ellátásra két formában nyílik lehetőség. Amennyiben a privát szolgáltatónak (pl. privát praxisban működő orvosnak) szerződése van az adott tartományi gyűléssel, a költségek és az ellátások a betegek számára azonosak az állami egészségügyi szolgálat keretében nyújtott költségekkel és kezelésekkel. 2013-ban az állami egészségügyi szolgáltatások keretében finanszírozott ellátások mindössze 12%-át nyújtották privát szolgáltatók.

Amennyiben viszont a privát szolgáltató nem rendelkezik az állami egészségügyi szolgálattal való szerződéssel, a betegnek magának kell kifizetnie a kezelés minden költségét. Ez azt jelenti, hogy az állami rendszertől eltérő ellátást, csak olyan szolgáltatók nyújthatnak, akik szerződés nélkül, az állami rendszerrel párhuzamosan működnek.

Hollandia

Hollandiában az állami rendszerben alkalmazott szolgáltatási katalógusban („*basispakket*“) nem szereplő szolgáltatások területén kialakult egy tisztán privát egészségügyi piac. Ez főleg nem orvosi szolgáltatásokra, mint fizioterápiára, optikai eszközökkel való ellátásra, fogászati kezelésekre vonatkozik. Egyes szolgáltatások tekintetében, mint az ergoterápia, a szolgáltatási katalógus csak egy bizonyos számú kezelést biztosít, szükség esetén a további szolgáltatásokat a betegnek magának kell finanszíroznia.

Privát kezeléseket elsősorban a házi orvosok nyújthatnak, mivel a szakorvosok alkalmazotti státuszban működnek. A házi orvosok abban az esetben nyújthatnak privát kezeléseket, ha nem csatlakoznak a szakmai szövetségek és a betegpénztárak közötti szerződésekhez. A szerződés nélküli orvosok magasabb honoráriumot számolhatnak fel azoknak a betegeknek, akik a költségtérítést választották. A betegpénztár azonban csak a „méltányos piaci árak” megfelelő összeget téríti meg a biztosítottak számára. Ezért a betegek Hollandiában előszeretettel ellátási szerződéssel rendelkező orvosokat keresnek fel. Nagy-Britanniához viszonyítva a privát gyógyászat a szerződött orvosi ellátás területén kevésbé elterjedt, inkább azoknál a szolgáltatóknál jellemző, amelyek az állami egészségügyi rendszer által nem térített ellátásokat nyújtanak (pl. fogorvosok, fizioterapeuták).

Franciaország

A honoráriumok rendszere három szektorra tagolódik. Az orvosok 74%-a együttműködik a kötelező egészségbiztosítással és az állam által kontrollált árrendszer szerint számol el az állami egészségügyi rendszerrel („*médecins conventionnés*“/„*médecin de secteur 1*“). Ebben a körben elsősorban általános orvosokról van szó. Rajtuk kívül vannak még orvosok (mintegy 25%), akik ugyancsak a kötelező egészségbiztosítással való térítési szerződés szerint

nyújtanak szolgáltatásokat, de fenntartják maguknak a honoráriumok és árak szabad alakításának, a gyógyszerek szabályozatlan felírásának, valamint az egyes betegek kezelésének vagy elutasításának történelmi jogát („*médecins conventionnés à honoraires libres*“/„*médecin de secteur 2*“). Ezek elsősorban szakorvosok, akik szabadon állapodnak meg betegeikkel az első szektorban alkalmazottaknál magasabb honoráriumokról. Az ambuláns sebészek például átlagosan 56%-kal magasabb honoráriumot számolnak fel, mint amennyit az állami díjrendelet előír. A felár szélső értékei 10% és 240% között mozognak. Eltérően az első szektortól, a második szektorban a biztosítók az orvosok által felszámolt összegek elenyésző arányát vállalják át. A szabadfoglalkozású orvosok szűk 1%-a a biztosítókkal való szerződés nélkül nyújt szolgáltatásokat („*médecins non conventionnés*“/„*médecin de secteur 3*“). Honoráriumuk jóval magasabbak az első két szektorban működő orvosokénál.

Ausztria

Az osztrák orvosok Franciaországhoz hasonlóan három csoportra tagolódnak: betegpénztári orvosok, választott orvosok és privát orvosok. A betegpénztári orvosok a betegbiztosítási teherviselővel való szerződéssel rendelkeznek és szerződéses alapon meghatározott szolgáltatásokat nyújthatnak, a költségeket az állami egészségügyi rendszer viseli. Ezenkívül ún. szerződésen kívüli szolgáltatásokat is nyújthatnak, amelyek fejében privát honoráriumot kérhetnek. A választott orvosok szabadfoglalkozású orvosok, akik nem állnak szerződéses viszonyban a szociális betegbiztosítás teherviselőivel, szabadon dönthetnek arról, hogy hol nyitnak praxist és ezt milyen kapacitással működtetik. A választott orvosok szolgáltatásaik fejében privát honoráriumot számolnak fel betegeiknek, akik kérelmezhetik a betegpénztárnál a költségek 80%-ának térítését. Privát orvosoknál a költségek visszatérítésére nincs lehetőség. A honoráriumok mértékének alakítása a privát praxisokban teljesen szabadon történik, nincs alsó és felső határ. A választott vagy privát orvos melletti döntés azzal az előnnyel jár, hogy több idő áll rendelkezésre az individuális foglalkozásra és nincs várakozási idő. Ausztriában a szabadfoglalkozású orvosok fele választott orvos. Számuk 2000 és 2011 között megduplázódott.

Svájc

Ha valamely orvos nem hajlandó a betegbiztosításról szóló törvény szerint elszámolni, bejelentheti az illetékes hatóságnál a szerződéseken kívüli működését. Ebben az esetben többé nem vonatkoznak rá a szerződéses tarifák és maga alakíthatja honoráriumát. Németországtól eltérően Svájcban a nem szerződött orvosok számára nem létezik kötelező díjszabás, ami azt jelenti, hogy teljesen szabadon alakíthatják áraikat. A betegpénztárak azonban nem vállalhatják át a „szerződésen kívül működő orvos” („*Ausstandsarzt*“) által nyújtott kezelés költségeit. A szerződéseken kívüli státusz azt jelenti, hogy az orvos nem jogosult a kötelező betegbiztosítás terhére való szolgáltatások

nyújtására. Ha egy orvos kilépett a szerződéses körből, csak magánjogi alapon számolhatja el szolgáltatásait. [Ezzel kapcsolatban lásd még: *Ambuláns orvosi ellátás Németországban, Hollandiában és Svájcban (1. rész), 2016. 4. sz.*].

Németország

A német egészségügyi rendszer keretében a kötelező és a privát biztosítással rendelkező betegek kezelésére ugyanazon rendszer keretében kerül sor, tehát ugyanazon orvosok kezelik őket. Németországban viszonylag kevés tisztán privát praxis vagy kórház működik. 2011-ben a saját praxisban működő ambuláns orvosok 98%-a szerződött orvosként, 2%-a kizárólagosan privát orvosként működött.

5. 2. Külföldi kezelések

Az Európai Bizottság 2015-ben felmérést készített arról, hogy a polgárok mennyire lennének hajlamosak külföldi kezelést igénybe venni. Az orvosi kezelés külföldön való igénybevételére való hajlandóság a megkérdezettek körében Hollandiában volt a legmagasabb (66%), Németországban a legalacsonyabb (11%). E döntésben közrejátszó tényezők: az ország méretei, a földrajzi helyzet, az egészségügyi szolgáltatások szomszédos országban való elérhetősége, a közlekedési viszonyok, a mentalitás, a szolgáltatások minősége az adott országban. A külföldi kezelés igénybevételére irányuló magas készlettség a saját egészségügyi rendszerrel szembeni alacsony elégedettség indikátoraként is felfogható.

5. 3. Privát egészségügyi szolgáltatások finanszírozása

A privát egészségügyi szolgáltatások finanszírozása történhet tisztán önrészekből, vagy privát kiegészítő biztosításból, amely megtéríti a költségeket. A privát biztosítási rendszerekben a biztosítás elve érvényesül, tehát kollektív kockázatviselésre kerül sor. A biztosítottak összessége díjakat fizet, megbetegedés esetén pedig szolgáltatásokban részesül. A biztosított kockázatok eloszlása azonban nem egyenletes. Nem mindenkit sújtanak nagyobb egészségkárosodások, pl. költséges betegségek. A biztosított tehát egy bizonytalan pénzügyi kárt cserél egy rögzített biztosítási díjra. Ebben az esetben a kockázatokat hordozó biztosítottaknak tanácsos biztosítást kötniük.

A privát biztosítás létezése a biztosítási elv folytán kevesebb ellátási különbséghez vezet, mint az a helyzet, amikor fennáll a készpénzfizetés lehetősége. Önrész fizetése esetén a betegnek adott esetben le kell mondania a költséges ellátásról, privát biztosítás esetén azonban az ellátás fedezettel rendelkezik, a rendszeresen esedékes biztosítási díj költségei pedig általában nem érik el a lehetséges ritka egészségkárosodását. Amennyiben például egy bizonyos országban az állami egészségügyi rendszer szolgáltatási katalógusa nem tartalmazza a fogpótlást, a privát kiegészítő biztosítás hozzásegíti azokat,

akik nem tudnák kifizetni a fogpótlás költségeit, hogy privát kiegészítő biztosítással mégis fedezni tudják ezeket.

5. 4. Privát kiegészítő egészségbiztosítás az európai országokban

A lakosság a vizsgált országok többségében rendelkezik privát kiegészítő egészségbiztosítással. Kivételt képeznek: Észtország, Lengyelország, Szlovákia, Csehország és Magyarország. A privát kiegészítő egészségbiztosítás szerepe különböző, mivel az az egyes országokban az állami egészségügyi rendszerrel való interakcióban jelenik meg.

Az adókból finanszírozott rendszerekben az egészségügyi szolgáltatásokat egy nemzeti egészségügyi szolgálat bocsátja rendelkezésre. A privát kiegészítő egészségbiztosítás itt rendszerint megduplázó effektust gyakorol, mivel adóbefizetéseivel minden állampolgár hozzájárul az állami rendszer finanszírozásához. Privát biztosításuk ellenére a polgárok az állami rendszernek is részesei, így megduplázott biztosítási védelemmel rendelkeznek.

Írország

Az egészségügyet adókból finanszírozó országok közül a privát kiegészítő biztosítással rendelkezők aránya Írországban a legmagasabb (40%). Egy ilyen biztosítás elsősorban egyágyas kórházi szoba biztosítására, állami kórházban való privát kezelésre, vagy privát kórházban való kezelésre szolgál az állami egészségügyi szolgálat várólistáinak megkerülése érdekében. Az írországi modell specifikuma, hogy a háziorvosi ellátás költségeinek privát fedezésére is kiterjed, mivel az állami rendszer nem minden polgár számára vállalja ezt a szolgáltatást. További privát kiegészítő biztosítások köthetők fogpótlásra és optikai segédeszközökre. Írországban jelentős kihívást jelentenek a várakozási idők, ami megmagyarázza a privát kiegészítő biztosítások magas arányát. A pénzügyi és gazdasági válság következtében a helyzet súlyosbodott, a kórházi beruházásokat elnapolták, a kórházi személyzet létszámát csökkentették.

Dánia

A dán lakosság több mint egyharmada rendelkezik privát kiegészítő egészségbiztosítással. Ennek célja elsősorban az ambuláns és kórházi privát kezelések térítése és az ellátásokhoz való gyorsabb hozzáférés. Léteznek továbbá tarifák, amelyek (elsősorban gyógyszerek és fogászati kezelések vonatkozásában) kötelező önrészeket tartalmaznak azon szolgáltatások tekintetében, amelyeket az állami rendszer nem vállal át teljes mértékben. A privát kiegészítő egészségbiztosítás további oka, hogy ennek keretében a szakorvosi ellátáshoz nincs szükség háziorvosi beutalóra, ami az állami rendszerben kötelező. A biztosítás növeli az ellátáshoz való jobb hozzáférést és az orvosválasztás lehetőségét.

Olaszország

Az olaszok egynegyede rendelkezik privát kiegészítő biztosítással. Egy aktuális megkérdezés szerint azonban az olaszok 57,1%-a gondolja, hogy azon személyek számára, akik ezt pénzügyileg meg tudnák engedni maguknak, vagy akiknek a munkaadója üzemi egészségbiztosítást nyújt alkalmazottainak, célszerű lenne egy ilyen biztosítás megkötése. Ezt az állami rendszerben alkalmazott magas önrészek és a hosszú várólisták indokolnák. Az olaszok főleg azért döntenek privát orvosi kezelésekre mellett, mert az állami rendszer minőségét nem tartják kielégítőnek és mert így érvényesül a szabad orvosválasztás.

Portugália

A privát kiegészítő biztosítással rendelkezők aránya meghaladja a 20%-ot. A kiegészítő biztosítás indoka a privát kezelésekre gyorsabb térítés, valamint a kórházi komfortszolgáltatások biztosítása. Ebben szerepet játszik továbbá az állami rendszer által nem biztosított szolgáltatások térítése, mint a fogászati kezelésekre. Léteznek a szabad orvosválasztást lehetővé tevő kiegészítő biztosítások is. Ezzel a portugálok megkerülik a szigorú *gatekeeping*-et, közvetlenül a maguk által választott szakorvoshoz fordulnak, a számlák költségeit pedig benyújtják a privát biztosítóhoz.

Finnország

A lakosság 15%-a rendelkezik privát egészségbiztosítással. Ez rendszerint az állami rendszer keretében is biztosított szolgáltatások fedezésére szolgál. A kiegészítő biztosítás megkötésének legfőbb indoka az ellátásokhoz való gyorsabb hozzáférés, a hosszú várólisták megkerülése, a magasabb minőség.

Spanyolország

A spanyolok 15%-a rendelkezik privát kiegészítő egészségbiztosítással, amelynek célja elsősorban a kezelés privát orvosoknál való gyorsabb elérése. Léteznek kiegészítő biztosítások, amelyek a szabad orvosválasztást is lehetővé teszik, ami az állami rendszerben igen korlátozott. Finnországhoz hasonlóan itt is érvényes, hogy a privát egészségügyi ellátás magasabb minőségű az állami rendszer keretében nyújtottnál. A kiegészítő biztosítások a kórházi komfortszolgáltatásokat is előmozdítják.

Nagy-Britannia

Jelenleg a britek 10%-a rendelkezik az NHS által nyújtott biztosítási védelemmel párhuzamos privát kiegészítő biztosítással. Ez elsősorban az ellátásokhoz való gyorsabb és közvetlenebb hozzáférést fedezi, elsősorban a tervezett kórházi beavatkozások privát kórházban vagy az NHS privát osztályain való térítése tekintetében. A privát kiegészítő biztosítások az állami rendszer keretében nem biztosított szolgáltatásokat is fedezik. A házi orvosi ellátás

területén azonban rendszerint nincsenek jelen privát biztosítások. Nagy-Britanniában az állami szektorral párhuzamosan jól kiépített privát egészségügyi szektor működik. Ez részben az NHS keretében (pl. az állami kórházakban működő privát osztályok) vagy azon kívül (pl. privát kórházak és privát orvosi praxisok) működik.

Norvégia

A lakosság 8,6%-a rendelkezik privát kiegészítő biztosítással. A biztosítás megkötésének indoka a várólisták rövidítése. A privát egészségügyi ellátás Finnországhoz és Spanyolországhoz hasonlóan Norvégiában is magasabb minőséget nyújt.

Svédország

A privát kiegészítő biztosítások megkötésének legfőbb indokai Svédországban a szakorvosnál való időpont gyorsabb megszerzése, valamint a tervezett műtétekre való várakozási idő megkerülése. Svédországban kiegészítő egészségbiztosítást főleg a munkaadók kínálnak csoportos szerződések keretében. A cél a személyzet betegség miatti munkaképtelenségének gyorsabb ellátás általi megrövidítése. Az adókból finanszírozott egészségügyi rendszert működtető országok közül a privát kiegészítő biztosítással rendelkezők aránya Svédországban 6%, a 15 és 74 év közöttiek körében 10%.

Franciaország

A vizsgált országok közül a privát biztosítás Franciaországban a legelterjedtebb. Csaknem a teljes lakosság rendelkezik valamilyen ilyen jellegű biztosítási védelemmel. Ez elsősorban a magas kötelező önrészek általi megterhelést csökkenti, amely az állami rendszer keretein kívül működő orvosok magasabb honoráriumaira is kiterjed. A kiegészítő biztosítás bizonyos mértékig fedezi továbbá a szemüvegek, hallókészülékek, fogprotézisek önrészeit, valamint az egyágyas kórházi szoba költségeit. A privát kiegészítő egészségbiztosítás jelentősége az utóbbi 15 év során folyamatosan növekedett.

Hollandia

A privát kiegészítő biztosítások Hollandiában is rendkívül elterjedtek. A lakosság 85%-a rendelkezik ilyen biztosítással. A kiegészítő biztosítások tarifakínálata is igen széleskörű. Mivel a kötelező betegbiztosítás szolgáltatási katalógusa csak az alapellátásra terjed ki, az összes egyéb szolgáltatást (fogászati kezelés, optikai segédeszközök, fizioterápia) saját zsebből kell finanszírozni, vagy kiegészítő biztosítást kell kötni. A 18 év fölötti holland lakosság 76%-a rendelkezik fogászati ellátásokra való kiegészítő biztosítással, mivel az állami egészségügyi rendszer nem fedezi ezt a szolgáltatást. Hollandiában azonban nem működnek olyan kiegészítő biztosítások, amelyek

lehetővé tennék az orvosi ellátásokhoz való gyorsabb, vagy szakorvosi ellátásokhoz való direkt hozzáférést.

Szlovénia

A kiegészítő biztosítások Franciaországhoz hasonlóan Szlovéniában is a magas önrészek fedezésére szolgálnak. Kiegészítő biztosítás megkötése minden olyan biztosított számára kötelező, akinek a törvénynél fogva önrészeket kell fizetnie. Ez magyarázza, hogy a lakosság több mint 80%-a rendelkezik ilyen biztosítással, miközben más kelet-európai országokban a privát kiegészítő biztosítások piaca alig létezik. A díjbevételek 99%-a önrészek fedezetére irányuló biztosítások eladásából származik. Ezenkívül léteznek az állami rendszer keretében nem teljes mértékben fedezett szolgáltatások finanszírozását célzó biztosítások is, amelyek azonban kevésbé elterjedtek.

Belgium

A privát kiegészítő biztosítással rendelkezők aránya meghaladja a 80%-ot. Jóllehet az önrészek fizetése kötelező, Belgiumban a privát kiegészítő biztosítások elsősorban kórházi napidíj fedezetére irányuló biztosítások és ezekből kórházi komfortszolgáltatások is vásárolhatók. Az állami rendszer keretében nem teljes mértékben térített szolgáltatásokra (pl. fogászati ellátásokra) irányuló biztosítások kevésbé elterjedtek.

Svájc

A privát kiegészítő biztosítások Belgiumhoz hasonlóan elsősorban komfortszolgáltatások fedezetére szolgálnak (egyágyas kórházi szoba, osztályvezető főorvos általi kórházi kezelés, privát kórházban való kezelés). Léteznek az állami rendszerben nem teljes mértékben térített szolgáltatások (pl. fogászati ellátások) fedezetére szolgáló kiegészítő biztosítások is. Hollandiától eltérően Svájcban kialakult a privát kiegészítő biztosítások piaca, amelynek keretében a rendszerint költséges kezeléseket a „szerződések körén kívül működő orvosok” („*Ausstandsärzte*“) biztosítják [Lásd még: 2016. 4. sz.; 2017. 20. sz.]. A svájciak 80%-a rendelkezik kiegészítő biztosítással. Más európai országoktól eltérően Svájcban igen elterjedtek a komplementer medicina szolgáltatásait térítő kiegészítő biztosítások (a lakosság mintegy 30%-a).

Luxemburg

Az ország 570.000 lakossal rendelkezik, akiknek a fele külföldi származású. Az EU luxemburgi intézményeiben 9.500 nemzetközi tisztviselő működik. Ez a magyarázata annak, hogy Luxemburgban a kiegészítő biztosítások kevésbé elterjedtek (a lakosság 50%-a). Az egészségbiztosítási rendszer csak az orvosi költségek és egyéb egészségügyi szolgáltatások egy részét téríti. A fennmaradó költségek kiegészítő biztosítással fedezhetők és kórházi komfortszolgáltatások fedezetére is lehetőség nyílik.

Ausztria

A lakosság egyharmada rendelkezik privát kiegészítő biztosítással. Ez elsősorban egyágyas kórházi szoba biztosítására és a kezelőorvos szabad megválasztására irányul. Ez abban is megnyilvánul, hogy a privát egészségbiztosítás forrásai elsősorban a kórházi ellátásba folynak be.

Németország

A lakosság 23%-a rendelkezik privát kiegészítő biztosítással. Ezek 50%-ánál a rendszeres ellátásénál magasabb ellátási szintet nyújtó fogászati kiegészítő biztosításokról van szó (pl. esztétikus fogbetét). 27% a kötelező betegbiztosítás spektruma által nem tartalmazott (pl. szemüvegek vagy kontaktlencsék) tarifákra irányul. A biztosítások fennmaradó része kórházi komfortszolgáltatásokat, egyágyas szobát, osztályvezető főorvos általi kezelést vesz célba.

6. A hozzáférés akadályoztatásából származó ellátási különbségek

Az állami egészségügyi rendszeren kívüli szolgáltatások megvásárlásának lehetősége rendszerint aránytalanul oszlik meg a lakosság körében. Az ezekhez való hozzáférés előfeltételei elsősorban a betegek szociális és gazdasági helyzetétől függ. Azaz, vagy módjukban áll a privát egészségügyi szolgáltatások direkt finanszírozása, vagy rendelkeznek a privát kiegészítő egészségbiztosítás megkötéséhez elégséges forrásokkal. Mivel a lakosság egy része nincs ebben a helyzetben, ellátásbeli különbségek lépnek fel.

6. 1. Adókból finanszírozott egészségügyi rendszerek

Dánia

Ellátásbeli különbségek már az állami rendszerben is jelen vannak, mivel abban a biztosítási védelem két kategóriára tagolódik. Az első kategória keretében háziorvosi rendszer választására kerül sor. Ha valaki a második kategória mellett dönt, szabadon választhat orvost, de viszonylag magas önrészekkel kell számolnia. Ráadásul bizonyos szolgáltatásokat, mint az optikai segédeszközök, fogászati kezelések, vagy a fizioterápia, az állami egészségügyi rendszer nem vagy nem teljes mértékben támogat. Ezek a szolgáltatások csak azok számára elérhetők, akik azokat saját forrásból, vagy privát kiegészítő biztosításból finanszírozzák. A privát kiegészítő biztosítás megkötésének további indoka, hogy így szakorvosi kezeléshez nincs szükség háziorvosi beutalóra. Végül Dániában az állami kórházakban a várakozási idők sokkal hosszabbak, mint a privát intézményekben.

Nagy-Britannia

A brit állami egészségügyi szolgálat (NHS) krónikusan alulfinanszírozott. Ez a kapacitások racionálását eredményezi, amiből hosszú várakozási idők keletkeznek. 2014-ben a beutalótól számított várakozási idő csípőprotézis

műtéteknél 91 nap, bypass műtéteknél 73 nap volt. Nagy-Britanniában az állami egészségügyi szektorral párhuzamosan jól kiépített privát szektor működik, amely a jómódú betegek számára lehetővé teszi a várakozási idők megkerülését.

Olaszország

Olaszországban az ellátást akadályozó mindennemű tényező jelen van. A házi orvos kapuőrként működik, a további ellátásokra beutalóval kerül sor, a beteg számára tehát az orvosválasztás korlátozott. Szakorvosi kezelések esetén önrészt kell fizetni, a szolgáltatási katalógus korlátozott, a várakozási idők jelentős akadályt képeznek. Számos tanulmány bizonyítja, hogy jóllehet az állami egészségügyi rendszernek (SSN) egységes hozzáférést kellene biztosítania a szolgáltatásokhoz, mégis jelentős ellátási különbségek lépnek fel. Aktuális adatok szerint az olaszok 92%-a vesz igénybe privát fogászati kezelést és 48%-a fizeti saját zsebből a szakorvosi kezeléseket.

Svédország

A svédországi egészségügyi rendszerben az ellátásokhoz való hozzáférést akadályozó tényezők: a tervezett kezelésekre való hosszú várólisták, a magas költséghozzájárulások (szakorvosi kezeléseknél 25-35 EUR-nak megfelelő összeg). Privát szolgáltatások megvásárlására lehetőség nyílik, mivel léteznek privát praxisok, jóllehet az orvosok többségi alkalmazotti viszonyban egészségügyi központokban működik. Számos tanulmány bizonyítja, hogy Svédországban jelen vannak az ellátási különbségek. Példának okáért az alacsony jövedelemmel rendelkezők csak ritkán fordulnak szakorvoshoz.

Spanyolország

A spanyol állami egészségügyi rendszerben (S.N.S.) az orvosi ellátásokhoz való hozzáférés szigorúan szabályozott. A házi orvos kapuőrként működik, a rendszerint egészségügyi központokban biztosított szakorvosi ellátásokhoz való hozzáférés ugyancsak korlátozott. Várakozási idők: 2014-ben a betegeknek átlagosan több mint 80 napig kellett várakozniuk sérvműtetre és több mint 100 napig csípőprotézis műtetre. Az állami rendszerrel párhuzamosan privát orvosok is működnek és privát kiegészítő biztosításra is lehetőség nyílik. A spanyolok 15%-a rendelkezik privát kiegészítő egészségbiztosítással. A csak az állami rendszer keretében biztosítottak és a privát kiegészítő biztosítással rendelkezők között a várakozási idők szignifikánsan különböznek. A privát kiegészítő egészségbiztosítással nem rendelkezők a várakozási idők megkerülése érdekében nem életveszélyes panaszok esetén is ambuláns sürgősségi központokhoz fordulnak.

6. 2. Járulékokból finanszírozott egészségügyi rendszerek

Franciaország

A francia rendszerben magas önrészeket alkalmaznak. Nemzetközi összehasonlításban itt hajtják be a legmagasabb költséghozzájárulásokat (átlagosan a kezelési költségek 30%-át). Ezek privát kiegészítő biztosítással fedezhetők. Mivel az elmúlt évek során az önrészek átlagos mértéke folyamatosan növekedett, a privát kiegészítő biztosítás az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés jelentős tényezőjévé vált. A privát kiegészítő biztosítás megkötése és az egészségügyi rendszer ellátásaihoz való hozzáférés közötti összefüggést a francia egészséggazdasági kutatási és dokumentációs intézet (*IRDES – Institut de recherche et documentation en économie de la santé* - <http://www.irdes.fr/>) több tanulmánya is megerősítette. 2012-ben a megkérdezett betegek 15%-a, a privát kiegészítő biztosítással rendelkező megkérdezettek 5%-a mondott le pénzügyi okokból háziiorvosi vizsgálatról. Az optikai segédeszközökről pénzügyi okokból lemondó betegek aránya a privát kiegészítő biztosítással nem rendelkező megkérdezettek körében 24%, a privát kiegészítő biztosítással rendelkezők körében 9%. Fogászati kezelések tekintetében a különbség még jelentősebb. A megkérdezett felnőtt lakosság körében az orvosilag szükséges fogászati kezelésekről lemondók aránya 41%, a privát kiegészítő biztosítással rendelkező megkérdezettek körében 16%.

Az orvosi ellátásokhoz való hozzáférés további akadálya Franciaországban, hogy az orvosi honoráriumok különböző kategóriákra tagolódása. Az ún. 2-ik szektorban működő ambuláns betegpénztári orvosok az állami díjszabásrenden kívül, szabadon szabhatják meg honoráriumukat. Ez elsősorban a szakorvosokra vonatkozik (pl. a sebészek 85%-ára), akiknél az árak a betegpénztári díjtételek többszörösét teszik ki. A betegek egyes szakterületeken nehezen találnak orvost az 1-es szektorban, aki csak a betegpénztári honoráriumot számlázza ki. A privát kiegészítő biztosítás viszont megtéríti a betegpénztárak által térített költségekkel szembeni különbségeket és kifizeti a 2-ik és 3-ik szektorban működő orvosok magasabb honoráriumait. A privát kiegészítő biztosítással nem rendelkező, rosszabb pénzügyi helyzetben levő betegek többnyire nem képesek kifizetni a 2-ik és 3-ik szektorban alkalmazott orvosi honoráriumokat.

Hollandia

Hollandiában a háziorvos általi szigorú kapuőri rendszer működik. A holland polgárok számára a gyorsabb ellátás érdekében nem marad más hátra, mint külföldi kezelés igénybevétele, vagy privát kezeléseik saját zsebből fizetése, mivel az országban nem állnak rendelkezésre a várakozási idők megrövidítését célzó privát kiegészítő biztosítások. A 18 év fölötti biztosítottaknak jövedelmüktől függetlenül évente 385 EUR költséghozzájárulást kell befizetniük, ami nem terjed ki a háziiorvosi és szülészeti ellátásokra. Hollandiában bizonyos szolgáltatási területek, mint a fogászati kezelések és a

fizioterápia, nem részesülnek térítésben. A szolgáltatási spektrum bővítése érdekében különböző kiegészítő biztosítások állnak rendelkezésre. A holland központi statisztikai hivatal (CBS) adatai szerint 2013-ban a magasabb jövedelmi csoportba tartozók 14%-a és a közepes jövedelmi csoportba tartozók 28%-a nem rendelkezett privát kiegészítő biztosítással. Azoknak, akik nem rendelkeznek a kiegészítő biztosítást lehetővé tevő pénzügyi forrásokkal, be kell érniük az alapbiztosítás keretében nyújtott alapcsomaggal.

Ausztria

A várakozási időkre vonatkozóan nem állnak rendelkezésre hivatalos adatok, de ezek bizonyos jelek szerint jelentős mértékben jelen vannak. Az osztrákok körében széles elterjedt vélemény szerint a privát kiegészítő biztosítás és/vagy privát praxis igénybevétele megrövidíti a tervezett műtétekre való várakozási időt. Ausztriában szerződött orvosok és választott orvosok működnek. Választott orvosnál való konzultáció esetén a költségek egy részét ki kell fizetni, így ebben a tekintetben fennállnak az ellátási különbségek. Összességében Ausztriában a racionálási intézkedések nem erőteljesen kihangsúlyozottak, valójában azonban ezek is jelen vannak, ami bizonyos mértékig ellátási különbségekhez vezet.

Svájc

A svájci egészségügyi rendszer finanszírozása kizárólagosan fejkvótákból történik. A biztosítottak a kötelezően befizetendő éves franchise (felnőtteknél évente legalább 250 EUR-nak megfelelő összeg) és a 10%-os költség hozzájárulás (átszámítva legfeljebb évente 575 EUR) folytán jelentős mértékben hozzájárulnak az egészségügy költségeihez. Alacsony jövedelemmel rendelkezők számára ez már az ellátásokhoz való hozzáférés akadályát jelentheti. A kötelező szolgáltatási katalógus szolgáltatási volumene nem terjed ki bizonyos területekre, pl. a fogászati kezelésekre. Ezek költségeit a betegeknek maguknak kell viselniük, vagy privát kiegészítő biztosításból fedezniük.

Németország

A német egészségügyi rendszert a kötelező és a privát egészségbiztosítás dualitása jellemzi. A betegek kezelésére biztosítási státuszuktól függetlenül ugyanazon ellátási struktúra keretében kerül sor. Ez profitál a privát egészségbiztosítási piac által az ellátásokhoz nyújtott átlagon felüli finanszírozási hozzájárulásból. Az OECD más tagállamaihoz viszonyítva Németországban a várakozási idők nem játszanak szerepet és a kapuóri rendszer is ismeretlen. A kötelező egészségbiztosítás keretében a jogszabályban előírt egységes szolgáltatási katalógus viszonylag széles spektrummal rendelkezik, egyes részterületeken azonban, mint a fogpótlások, korlátozásokat tartalmaz. A privát egészségbiztosítás keretében különböző szolgáltatási spektrumokat fedező tarifák léteznek. A kötelező egészségbiztosítás keretében bizonyos területeken szabályozó tényező gyanánt önrészeket is alkalmaznak. Németországban a

betegek privát kiegészítő biztosítást köthetnek a kötelező egészségbiztosítás keretében nem fedezett szolgáltatásokra.

7. Összefoglalás

Összességében megállapítható, hogy a németországi duális egészségbiztosítási rendszer nemzetközi összehasonlításban rendkívül széleskörű szolgáltatási katalógusokkal rendelkezik. Nemzetközi összehasonlításban a német polgárok rendelkeznek az innovatív gyógyszerekhez való leggyorsabb hozzáféréssel. Az egységes egészségügyi rendszerekkel rendelkező európai országokban az állami rendszer sokkal kevesebb szolgáltatást fedez, bizonyos szolgáltatásokat (pl. a felnőttek fizioterápiáját Hollandiában, vagy a fogpótlást Svájcban) privát forrásokból kell finanszírozni. A betegek elsősorban az adókból finanszírozott rendszerekben rendelkeznek a szolgáltatások megvonásával szembeni csekély védelemmel. Egy gyakran idézett példa a brit NHS, amely a ténylegesen rendelkezésre álló költségvetés alapján a szolgáltatások korlátozásával racionál. Németországban természetes dolog, hogy a betegek szabadon választott háziorvoshoz és szakorvoshoz fordulhatnak és a háziorvosnál való regisztráció sem kötelező. Ezzel szemben számos más európai országban az orvosválasztás szabadsága korlátozott. Jóllehet egyes országokban az orvosválasztás lehetőségét kiterjesztették, az egy bizonyos háziorvosnál való kötelező regisztrációhoz kötött *gatekeeping* még mindig szélesen elterjedt (pl. Hollandiában, Dániában, Spanyolországban).

A betegeknek több országban hozzá kell járulniuk a kezelési költségekhez. Ezek különösen Franciaországban magasak, ahol az állami egészségügyi rendszer csak az orvosilag szükséges kezelések háromegyedét fedezi. Ezzel szemben a Németországban fizetendő önrészek viszonylag csekélyek. A háziorvosi és szakorvosi ellátásban a betegeknek egyáltalán nem kell fizetniük. Ez a helyzet az összehasonlított országok közül csak hatban áll fenn. Ezekben azonban az ellátáshoz való hozzáférést egyéb akadályok korlátozzák. Az elemzés összefüggést talált a hozzáférés akadályának természete és az egészségügyi rendszer finanszírozása között: azokban az országokban, ahol az orvosi kezelések ellenében nem, vagy csupán csekély önrészeket hajtanak be, az ellátásokhoz való hozzáférést *gatekeeping*-gel korlátozzák, a szakorvosi ellátáshoz való hozzáférés tehát nem szabad. Ez a helyzet Dániában, Nagy-Britanniában, Olaszországban, Lengyelországban és Spanyolországban. Ezzel szemben Finnországban, Hollandiában, Norvégiában, Portugáliában és Szlovéniában a hozzáférést mind költség hozzájárulásokkal, mind *gatekeeping*-gel korlátozzák. Másrészt azok az országok, amelyek viszonylag magas önrészeket alkalmaznak, lemondanak a *gatekeeping*-ről (pl. Belgium, Franciaország és Svájc).

A várólisták az adókból finanszírozott rendszerekben sokkal elterjedtebbek, mint a járulékokból finanszírozott rendszerekben. Nemzetközi összehasonlító

vizsgálatok szerint Németországban a várakozási idők alárendelt szerepet játszanak. A *Commonwealth Fund* egyik vizsgálata szerint a megkérdezett németek 76%-a válaszolta, hogy amikor legutóbb orvosi segítségre szorultak, már ugyanazon vagy a következő napon időpontot kaptak. Ebben a tekintetben Németország első helyen áll, ez az arány Hollandiában 63%, Svédországban 58%. A szakorvosi vizsgálatra két hónapig vagy annál hosszabb ideig várakozó megkérdezettek aránya: Németországban 3%, Hollandiában 7%, Svájcban 9%, Norvégiában 28%. Ezt az állapotot az OECD vizsgálatai is megerősítik.

Ha a betegek nem jutnak hozzá a szükséges ellátásokhoz, a belföldi vagy külföldi privát egészségügyi piacon keresnek megoldást. A betegeknek az összes vizsgált európai országban lehetőségük van privát kezelések igénybevételére. Németországtól eltérően az országok többségében jól kiépített privát egészségügyi piac működik, privát praxist folytató orvosokkal. E privát bevételek – a németországi duális rendszertől eltérően – nem az állami ellátórendszerbe folynak be, hanem a privát szektorban maradnak. Franciaországban a szabadfoglalkozású orvosok 25%-a, Ausztriában több mint 50%-a privát számla ellenében nyújt szolgáltatásokat.

Az Európai Bizottság felmérése szerint a külföldi kezelésekre való hajlandóság a megkérdezettek körében Hollandiában a legmagasabb (66%), Németországban a legalacsonyabb (11%).

A privát kiegészítő biztosítással rendelkezők aránya Németországban 22,9%, Hollandiában 84,5%, Svájcban 80%, Franciaországban 95,5%.

Az összehasonlító vizsgálat során egyértelművé vált, hogy az állami, egységes finanszírozási szabályok szerint működtetett egészségügyi rendszerekben nem sikerül elérni a lakosság egyenlő ellátását. Ezzel szemben a különböző racionálási intézkedések ellátásbeli különbségeket gerjesztenek a lakosság körében. Ennek eredményeként létrejön egy privát egészségügyi piac, amely rendelkezésre bocsátja az állami rendszerből kitagolt, vagy nehezen elérhető egészségügyi szolgáltatásokat. Az alacsony jövedelmű betegek nem tudják megengedni maguknak, hogy privát forrásokból finanszírozzák az állami rendszer által nem biztosított szolgáltatásokat, így be kell érniük az állami egészségügyi rendszer (korlátozott) ellátási szintjével.

A duális német egészségügyi rendszer ezzel szemben minden biztosított számára magas szintű ellátást nyújt, európai összehasonlításban a legmagasabb választási és terápiás szabadságot biztosítja, elősegíti az orvosi szolgáltatásokhoz és innovációkhoz való problémamentes hozzáférést. Európai összehasonlításban Németországban a legrövidebbek a várakozási idők. A tanulmány következtetései szerint az egységes rendszerek nem nyújtanak jobb hozzáférést az egészségügyi szolgáltatásokhoz, sőt, az alacsony jövedelműek sokkal rosszabb feltételek között juthatnak hozzá az ellátásokhoz.