

ORSZÁGOS TUDOMÁNYOS DIÁKKÖRI DOLGOZAT

Szerző:

Asztalos Péter, Msc.

2013

**AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSOK HELYZETE
MAGYARORSZÁGON**

**THE POSSIBILITIES OF HEALTH INSURANCE
IN HUNGARY**

Szerző:

Asztalos Péter, Msc.

Kézirat lezárva: 2012. március 25.

Tartalom

Tartalom	i
Ábrák és táblázatok:	ii
I. Bevezetés	1
II. Módszertan és elméleti áttekintés	2
III. Egészségügyi rendszerek Európában	4
IV. Az egészségbiztosítások jelenlegi helyzete Magyarországon	9
V. Egészségbiztosítási termékek Magyarországon	18
V. 1. A hazai piaci konstrukciók	18
V. 2. A hazai egészségbiztosítási piac elemzése, értékelése	28
V. 3. Releváns egészségbiztosítási termékek összehasonlítása	29
VI. Az egészségbiztosítás lehetséges szolgáltatásai Magyarországon	36
VII. Következtetések	42
Irodalomjegyzék	44
1. melléklet: Az egészségbiztosítások elmélete	48
2. melléklet: Egészségügyi rendszerek Európában	60
3. Melléklet: Egészségbiztosítások további feltételei	78
4. melléklet: Adatok	88

Ábrák és táblázatok:

1. ábra: Az egészségügyi rendszerek típusai a domináns finanszírozó szerint az EU tagországokban	6
1. táblázat: Egészségügyi kiadások a szolgáltatás jellege és finanszírozói szerint, 2008 (milliárd Ft)	10
2. árba: Állami és magán finanszírozás arány ellátás-típusonként (2008)	12
2. táblázat: Az önkéntes egészségpénztári befizetésre és szolgáltatásokra vonatkozó 2012. január 1-től érvényes adójogszabályok	16
3. táblázat: A Generali „Exkluzív egészségbiztosítás magánkórházakban” termékének szolgáltatási limitjei	22
4. táblázat: Az Uniqa „Med Help” termékének biztosítási összegei	23
5. táblázat: A Medicover „Spring” termékének szolgáltatásai	24
6. táblázat: Az Uniqa „MediQa” termékének szolgáltatásai	25
7. táblázat: Az Union PrivateMed termékének szolgáltatási limitek egyéni csomag esetén	27
8. táblázat: Alapvető információk 3 egészségbiztosítási termékről	30
9. táblázat: A Generali Exkluzív termékének biztosítási eseményei és szolgáltatásai	31
10. táblázat: Az Uniqa Med Help termékének biztosítási eseményei és szolgáltatásai	32
11. táblázat: A Medicover Spring termékének biztosítási eseményei és szolgáltatásai	33
12. táblázat: Az Union PrivateMed termékének biztosítási eseményei és szolgáltatásai	33
13. táblázat: Union PrivateMed szolgáltatási limitjei egyéni kötés esetén	83
14. táblázat: Union PrivateMed szolgáltatási limitjei 2 fős család esetén	84
15. táblázat: Union PrivateMed szolgáltatási limitjei 2 főnél nagyobb család, illetve csoportos kötés esetén	85
16. táblázat: Összes egészségügyi kiadás a GDP százalékában (OECD)	86
17. táblázat: Egészségügyi kiadások éves növekedési üteme reálértéken (%)	87
18. táblázat: Az állami egészségügyi kiadások éves növekedési üteme reálértéken (%)	88
19. táblázat: Az állami egészségügyi kiadások aránya az összes kiadásból	89
20. táblázat: A háztartások egészségügyi kiadások (out-of-pocket expenditure) aránya az összes kiadásból	90
21. táblázat: Egészségügyi kiadások a finanszírozók szerint (2008)	91
22. táblázat: Az önkéntes egészségpénztárak bevételei (milliárd Ft)	92
23. táblázat: A biztosítóintézetek kár- és szolgáltatáskifizetése (milliárd Ft)	92

I. Bevezetés

Dolgozatom célja, hogy átfogó képet adjon a magyarországi egészségbiztosítások jelenlegi helyzetéről, illetve jövőbeli lehetőségeiről. Ez a téma azért aktuális, mivel az egészségügyi költségek emelkedése és a nyugati társadalmak elöregedése miatt az európai civilizáció egyik legfontosabb kérdése lesz az egészségügyi rendszerek fenntarthatósága. Az állami finanszírozáson alapuló rendszerek egyre komolyabb problémákkal kerülnek szembe. Ezek enyhítésében fontos szerepet játszhatnak az üzleti alapú egészségbiztosítások. A magyar egészségügyi rendszer sajnos még az átlagosnál is nagyobb problémákkal küzd. Éppen ezért a jövő szempontjából kulcsfontosságú lehet a megfelelő magántőke-bevonás melynek egyik jól bevált eszköze a magán egészségbiztosítási rendszer erősítése. Éppen ezért úgy vélem, hogy érdemes áttekinteni ennek jelenlegi működését, illetve a jövőbeli lehetőségeitket. Dolgozatom témájául ezért választottam ezt a kérdéskört.

Pár szót ezek után a dolgozatom szerkezetéről: először áttekintem az egészségbiztosítások elméleti hátterét, majd pedig részletesen megvizsgálom a fontosabb európai országok egészségügyi rendszereit, különös tekintettel a magánjellegű finanszírozások szerkezetére. Kiemelt figyelmet fordítok ezen belül is az egészségbiztosítások szerepére a különböző országok rendszerében betöltött szerepére. Ezt követően a hazai egészségügyi rendszert tekintem át finanszírozási szempontból. Külön megvizsgálom az egészségbiztosítások és az egészségpénztárak piacának történetét, illetve, hogy milyen okok vezettek el a jelenlegi állapotokhoz. A következő fejezetben a hazai piacon már jelen lévő termékeket veszem górcső alá. Először röviden bemutatam valamennyi piaci terméket, majd pedig igyekszem őket a lényeges tulajdonságaik alapján csoportosítani. Ezt követően részletesen megvizsgálom azt a három különböző terméket, melyek a piac további fejlődési irányait vetítik elő. Dolgozatom utolsó részében felvetem azokat a lehetséges igényeket és biztosítással fedezhető kockázatokat, melyek a jövő termékeiben fontos szerepet játszhatnak. Legvégül pedig összegzem gondolataimat és következtéseimet.

Remélem, munkám elnyeri a Tisztelt Olvasó tetszését, s gondolatébresztőnek tartja majd az itt leírtakat.

II. Módszertan és elméleti áttekintés

Ebben a fejezetben igyekszem bemutatni, hogy milyen módszertan mellett készült el a dolgozatom, illetve igyekszem egy rövid elméleti áttekintést nyújtani az egészségbiztosításokkal kapcsolatban.

Kutatásom első lépése az volt, hogy áttekintettem az egészségbiztosítások elméletét, illetve pontosan definiáljam a munkámhoz szükséges fogalmakat. Alapvetően Asztalos László „Biztosítási kézikönyv” (1997) című (alap)tankönyvét vettem kiindulási alapul, s ezt egészítettem ki más egyéb forrásokból. A dolgozat főszövegében csupán összefoglalom az elméleti háttérrel, a teljes áttekintést az 1. melléklet tartalmazza. Az elméletet követően megvizsgáltam az európai egészségügyi rendszerek működési elveit, különös tekintettel a finanszírozási struktúrákra. Ebben nagy segítségemre volt az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (továbbiakban ESKI) 2007-es kiadványa, amely összefoglalta a régi Európai Unió tagországok egészségügyi rendszereit. Ezt egészítettem ki egyrészt az azóta bekövetkezett változásokat visszatükröző friss adatokkal (OECD-adatsorok segítségével), másrészt pedig a közép-kelet-európai országok rendszereinek bemutatásával. A kapott eredményeket részletesen a 2. melléklet tartalmazza; a főszövegben tehát csupán az összegzés, illetve a következtetések levonása található.

Kutatásom következő lépcsőjében a hazai egészségügyi rendszert vettem górcső alá. A rendszer általános bemutatása után főként a finanszírozást vizsgáltam meg. Ehhez a hazai szakirodalmon felül PSZÁF és KSH adatsorokat használtam fel. Külön kitértem az egészségpénztárak és az egészségbiztosítások adózási feltételeire, melyek mindenkor döntően befolyásolják a piac alapulását. Ezt követően megvizsgáltam a magán egészségbiztosítási piacon jelen lévő termékeket. Egy rövid bemutatás után kiválasztottam és a szakirodalom által fontosnak tartott szempontok alapján összehasonlítottam azt a 4 terméket, amelyek alapvetően megfelelnek az elméleti kritériumoknak, illetve amely irányt mutathatnak a későbbi fejlődéshez. Dolgozatom utolsó részében igyekeztem a nemzetközi és hazai példák alapján összegyűjteni olyan igényeket, melyek a jövőben (vagy akár már ma is) benne lehetnek a különböző magán egészségbiztosítási termékekben. Természetesen a lista nem végleges, lezárt; véleményem szerint azonban ezeket az igényeket mindenképpen érdemes figyelembe venni az újabb termékek fejlesztésénél.

Dolgozatom lezárásaként igyekeztem összefoglalni a kapott eredményeket, illetve pár ajánlást is tettem a jövőbeli alkalmazásukra vonatkozóan is. Úgy gondolom, hogy dolgozatom legfőbb „hozzáadott értéke” az, hogy a nemzetközi példák kiindulva rendszereztem és alaposan áttekintettem a hazai egészségbiztosítások helyzetét, majd pedig igyekeztem önálló ajánlásokat is tenni a piac további fejlesztésével kapcsolatban.

A biztosítások elméleti áttekintéséhez érdemes külön vizsgálnunk a hagyományos, vagy úgy nevezett „németes”, illetve az „angolszász” típusú megközelítést. A hagyományos megközelítés szerint a személybiztosítások körébe azok a biztosítások tartoznak, amikor a természetes személyek normális, vagy másként fogalmazva szokványos életmenetet feltételezve kötnek szerződést a biztosítóval. Az egészségügyi biztosítás viszont pont a nem normális vagy rendkívüli életmenetre kínálnak megoldást. Ezzel szemben az angolszász megközelítés szerint az élő személy egyfajta emberi tőkejóság, melynek az egészség az alapvető „vagyon” tulajdonsága (Asztalos, 1997) Mindkét megközelítés alapján hasonló eredményre jutunk: az egészségbiztosítások az Európában általánosan elfogadott besorolásban a nemélet-ágba (vagyis a vagyonbiztosítások közé) tartoznak. Mindez azért érdekes, mert így csak olyan biztosítók árulhatnak egészségbiztosítási termékeket, akik rendelkeznek ebben az ágban is működési engedéllyel.¹

A nem-élet ágat további 18 ágazatra bontja az európai szabályozás. (PSZÁF) A hétköznapi életben egészségbiztosításként emlegetett termékek a nemzetközi besorolás szerint a betegségbiztosítások (1. számú ágazat) és a balesetbiztosítások (2. számú ágazat) különböző kombinációit jelentik. E termékek fontos kiegészítői elemei a szociálpolitikának, a társadalombiztosítás (és az ún. önkéntes kölcsönös biztosítópénztárak) mellett ezek jelentik az ellátás egyik alappillért (Futó, 2010).

Az egészségbiztosítások csoportosítását, illetve tipikus példáit részletesen az 1. melléklet tartalmazza, azonban mindenképpen lényeges kitérnünk egy fontos kérdésre, mégpedig a szolgáltatások módját. A balesetbiztosítások esetén alapvetően pénzbeli szolgáltatású, egyösszegű, vagy járadékos kifizetésű biztosításokról beszélhetünk. Ezzel szemben a klasszikus értelemben vett betegségbiztosítások természetbeli szolgáltatást nyújtanak (Asztalos, 1997). Mindez a gyakorlatban azt jelenti, hogy a biztosító szerződésben áll az egészségügyi ellátást végző orvossal vagy intézménnyel, s vállalja, hogy a biztosítási díj fejében szolgáltatást biztosít az ügyfél számára, amennyiben ez szükségessé válik. Mindezt nagyon fontos megjegyeznünk, mivel ez alapján fogjuk megítélni a hazai piacon jelen lévő termékeket, s egyben ez jelenti az igazi különbséget az „igazi” egészségbiztosítások és a piacon jelen lévő egyéb termékek között.

Összefoglalva tehát elmondhatjuk, hogy Európában az egészségbiztosítások a nem-élet biztosítási ágba tartoznak a biztosítási szektoron belül, betegség és balesetbiztosítások kombinációjából épülnek fel, illetve pénzbeli szolgáltatások mellett természetbeli szolgáltatásokkal is biztosítanak az ügyfelek számára.

¹ A másik ág az ún. élet-ág. Magyarországon egyébként a legnagyobb biztosítók ún. kompozit biztosítók, akik mindkét ágban működhetnek egyszerre.

III. Egészségügyi rendszerek Európában ²

Az európai egészségügyi rendszerek alapvetően hasonló elveket képviselnek, azonban felépítésükben igencsak különbözőek. Az egészségügyben ugyanis gyakorlatilag lehetetlen egy másik ország rendszerének teljes lemásolása és átültetése egy ország gyakorlatába. Minden ország saját rendszere hosszú évek-évtizedek alatt épült fel, a helyi sajátosságok figyelembe vételével együtt. A különbségek ellenére azonban nagyon hasonlóak a felmerülő problémák. Az egészségügyi kiadások – első sorban a technikai fejlődés és a növekvő fogyasztói igények miatt – a legtöbb országban gyorsabban emelkednek, mint amekkora a gazdasági növekedés. Ezzel párhuzamosan az európai társadalmak fokozatosan öregednek el, ami két oldalról – egyrészt a járulék és adófizető rétegek csökkenésével, másrészt pedig az időskorú, ellátásra jogosult népesség növekedésével – is feszíti a rendszert (ESKI, 2007).

A problémák megoldására alapvetően két irány lehetséges: csökkenteni lehet a szolgáltatások színvonalát (menyiségét és/vagy minőségét), vagy pedig további források rendszerbe való bevonása szükséges. Az első megoldás legfőbb problémája, hogy alapvetően ellentétes irányt mutat az általános elvárásokkal. A legtöbb országban az egyre idősödő lakosság nagy része évtizedeken keresztül rendszeresen fizette a járulékokat. S most, amikor az ezért járó (minőségi) szolgáltatást várják, rendkívül népszerűtlen lépés lenne a kellemetlen valóság közlése: a jelenlegi egészségügyi rendszer nem tartható már fent sokáig ugyanezen a színvonalon (Forgács, 2006). Az emberek elvárnak egy bizonyos „megszokott” szolgáltatás-színvonalat, melyet „meg is ígértek” nekik, amikor befizették a járulékokat, s ezáltal tehát ők „előfizettek” a szolgáltatásokra. Éppen ezen érvek miatt látványosan nem nagyon lehetséges jelentősen csökkenteni a szolgáltatások színvonalát.

A legtöbb ország emiatt igyekszik az új források egészségügy finanszírozásába való bevonására. Ennek alapvetően két fő csatornája lehetséges. Első esetben az eddigi járulékbevételeket egészítik ki az egyéb adóbevételekből, s így csökkentik a társadalombiztosítás hiányát (például: Olaszország, Belgium). Ezt az utat technikailag könnyebb megvalósítani az eleve adóbevételekből finanszírozott rendszerek esetébe (például: skandináv államok, Egyesült Királyság), ám ott is valamilyen más forrás átcsoportosításával lehet csak növelni az egészségügy bevételeit. A másik lehetőség a magántőke egyre nagyobb mértékű bevonása a rendszerbe. Ennek a módszernek is többfajta működő modelljével találkozhatunk szerte Európában, ám itt is fontos hangsúlyozni: a történelmi fejlődések és értékrendek eltérése miatt ezek a módszerek sem ültethetők át egyszerűen az egyik országból a másikba. A tanulság: minden országnak saját magának kell, hogy megtalálja a számára optimális rendszert (ESKI, 2007).

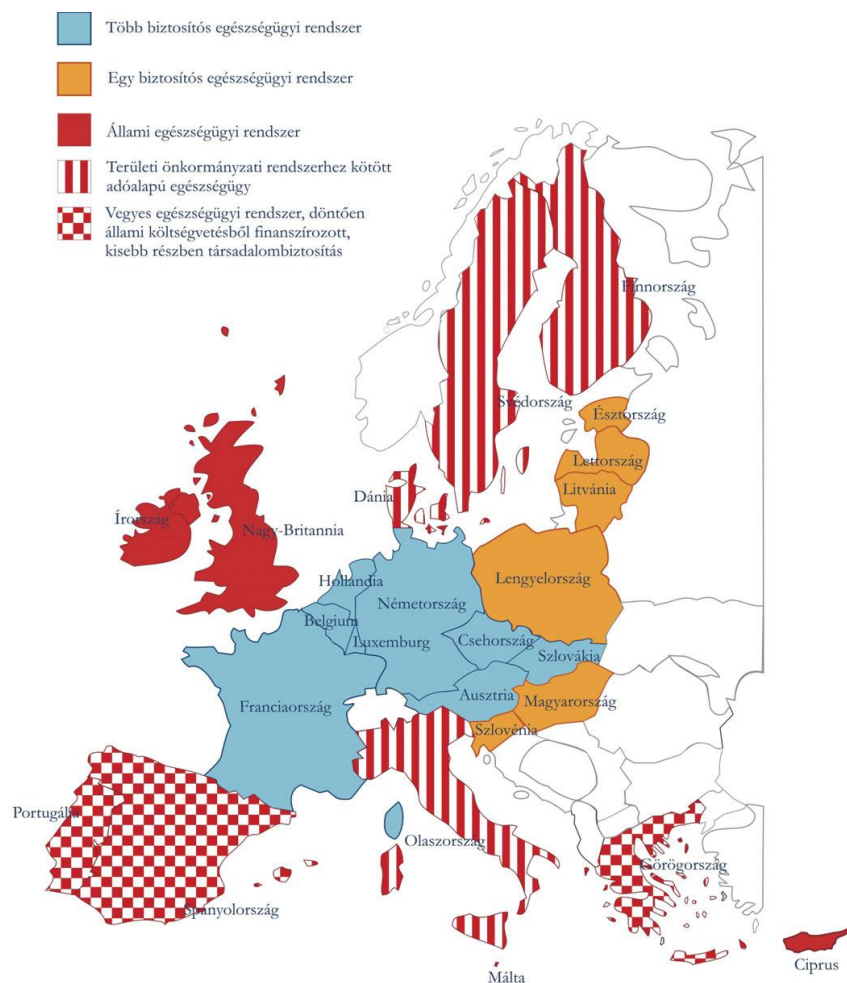
² Az egyes országok vizsgálata részletesen a 2. Mellékletben található a megfelelő hivatkozásokkal, itt csupán igyekeztem összefoglalni a kapott eredményeket.

Megvizsgálva az európai országokat, érdemes külön kezelnünk a gazdaságilag és egészségügyi rendszerüket tekintve is fejlettebb országokat (az EU régi tagjai és Svájc), illetve a rendszerváltást követően lassú felzárkózási folyamatban lévő, az Unióhoz nem olyan régen csatlakozó közép-kelet-európai országokat. Először vizsgáljuk az első csoport közös vonásait. Az egészségügyi rendszerek két alaptípusa (a bismarcki- és a Beveridge-modell) körülbelül azonos számban jelenik meg ezen országokban (ESKI, 2007). A társadalombiztosításra épülő bismarcki modell különböző változatai főként a kontinentális országokban jellemzőek (például: Németország, Ausztria, Franciaország; Belgium, Hollandia), míg az adóztatáson alapuló Beveridge-modell az Egyesült Királyságon kívül a skandináv, illetve a mediterrán országokban hódított teret. Napjainkban azonban már szinte minden országban valamilyen vegyes modell működik, hiszen egyik modell sem képes önállóan ellátni a funkcióját.

A vizsgálatom során azt tapasztaltam, hogy a nyugat-európai országok egészségügyi kiadásainak átlagosan 76 százalékát fedezik állami (adó és/vagy járulék) bevételekből, miközben a magán-hozzájárulások aránya átlagosan 23-24 százalék körül mozog.³ Mivel azonban a kiadások növekedése gyorsabb, mint az állami finanszírozó-képesség növekedése, ezért szükségszerűen egyre nagyobb súlyt kap a költségek közvetlenül a betegekre történő áthárítása (Forgács, 2006). A legtöbb országban mindez valamilyen co-payment rendszerben segítségével történik. Több országban is találkozhatunk vizitdíjjal, receptdíjjal, illetve kórházi napidíjjal is. Ugyanakkor a legtöbb ország az éves limitek segítségével igyekszik ezen hozzájárulásokat korlátozni, valamint méltányossági alapon kedvezményt is nyújt a rászorulóknak. Az ilyen jellegű költségek fedezésére a lakosság jelentős százaléka magán (önkéntes) egészségügyi biztosítást köt, melynek átvállalják a betegség esetén felmerülő költségek egy részét. A nyugat-európai országokban a magánbiztosítások jelenleg körülbelül az összes egészségügyi költségek átlagosan 6 százalékát fedezik.

³ A fejezetben szereplő számadatok az OECD, valamint a WHO által publikált adatsorokból származnak. A részletes adatsorok megtalálhatók az 4. mellékletben.

1. ábra: Az egészségügyi rendszerek típusai a domináns finanszírozó szerint az EU tagországokban



Forrás: ESKI – Egészségügyi rendszerek (2007)

Nem szabad figyelmen kívül hagyni ugyanakkor, hogy a magán egészségügyi biztosítások súlya és szerepe különböző ebben a térségben. A magánbiztosítások Franciaországban rendelkeznek a legnagyobb részesedéssel a költségek finanszírozásában. Ez annak köszönhető, hogy ott egyből a szolgáltatás igénybe vételekor ki kell fizetni a szolgáltatás árának bizonyos (igen magas) százalékát. Ezt a beteg helyett a biztosítója – igaz csak utólag – megtéríti., Az azonnali fizetés fenyegetettsége miatt a lakosság nagy része rendelkezik ilyen jellegű termékkel. Fontos még kiemelni Németországot is, ahol bizonyos foglalkozások esetén, illetve bizonyos jövedelmi szint felett, törvényes lehetőség van a kötelező állami rendszerből való kilépésre. A „kilépők” teljesen magánjellegű egészségbiztosítást kötnek meg. Érdeemes megvizsgálni Hollandia és Svájc helyzetét is: az első esetében a kiemelkedően magas, míg a második esetében a kiemelkedően alacsony állami hozzájárulás miatt fontos a részletese vizsgálat. Olaszország és Spanyolország esetében pedig az állami szolgáltatások nem megfelelőnek ítélt színvonala (s főként a hosszú várólisták) jelentik a magán egészségbiztosítások táptalaját. Az eddigi országokkal szemben, a skandináv

államok vizsgálatakor ugyanakkor azt tapasztalhatjuk, hogy ott nem igazán jellemző a magánbiztosítások magas aránya. Ez egyrészt az állami finanszírozás magas arányának, másrészt pedig az ellátás magas színvonalának tudható be. Ezen országokban csak a rehabilitációval és táppénzzel kapcsolatos egészségbiztosítási termékek tudtak számottevő sikereket elérni. Összefoglalóan elmondhatjuk, hogy a nyugat-európai országok nagy részében jelentős hagyománya van a magán egészségbiztosításoknak, s az országok többségében ezek már ma is jelentős tényezői az egészségügyi rendszereknek. Természetesen, ettől még ott is adódik lehetőség e termékek súlyának növelésére.

Érdemes megvizsgálni Magyarország szűkebb környezetét is, az Unióhoz nem túl régen csatlakozott többi közép-kelet-európai országot is. Ezen országok többsége a '90-es évek elején nyerte el ismét szabadságát, s ezáltal azt a feladatot is, hogy megfelelő egészségügyi rendszert építsen ki. Szinte valamennyi országra jellemző volt, hogy a rendszerváltás előtt állampolgári jogon ingyenesen elérhető egészségügyi szolgáltató-rendszerrel rendelkeztek. Erről igyekeztek – több-kevesebb sikerrel – átállni társadalombiztosításon alapuló rendszerre. Az vizsgált országok többsége nagyon hasonló (de régió-specifikus) problémákkal küzd: általános az orvosok alacsony fizetés miatti elvándorlása, a kórházak rossz műszaki-fizikai és pénzügyi állapota, a társadalombiztosítási rendszerek erős veszteségessege, a hosszú várólisták, illetve a hálapénz intézménye nehezíti a rendszer hibáinak kijavítását. A megoldási kísérletek is meglehetősen hasonlóak voltak. Szinte minden ország megpróbálkozott a több-biztosítós rendszer létrehozásával. Igazán sikeresek talán csak a szlovénok tudtak lenni, a többi országban vagy csak részben sikerült fenntartani a rendszert (Szlovákia, Románia), vagy kénytelenek voltak visszaalakítani egybiztosítós modellé az új rendszert (Lengyelország, Magyarország). Sok helyen próbálkoztak a vizit-, a recept- és a kórházi napidíj bevezetésével, ám e próbálkozások sem voltak túl sikeresek. Általánosságban elmondható, hogy minden változtatási javaslattal szemben (mindenütt) igen erős társadalmi ellenállás alakult ki, amely sok esetben a nehezen megkezdett reformok gyors végét jelentette.

A finanszírozás szempontjából vizsgálva ezen országokat, elmondható, hogy ebben a régióban a GDP jóval csekélyebb arányát fordítják az egészségügy finanszírozására, mint a korábban vizsgált fejlettebb ország-csoport esetén azt láthattuk. Az állami finanszírozás aránya kicsivel alacsonyabb (73 százalék), mint a nyugati országok esetén, ám ennek szerkezete jelentősen eltér az ott megismert rendszerektől. A közép-kelet-európai országok esetében szinte mindenhol járulékfizetésen alapuló társadalombiztosítási rendszerről beszélhetünk, amelyet azonban az egyéb adóbevételekből kénytelenek az aktuális kormányok, illetve az adófizetők támogatni. A magánfinanszírozás aránya kicsit magasabb ebben a régióban, bár Szlovénia kivételével, a kiegészítő magán egészségbiztosítások nem játszanak jelentős szerepet. Mindez részben a biztosítási kultúra fejletlenségének is betudható

Ugyanakkor nem szabad elfelejteni, hogy ezen országok szabályozási és politikai környezete sem kedvez ezen hosszú távú és nagy kiszámíthatóságot igénylő termékek elterjedésének. Azt azonban érdemes megjegyezni, hogy az elmúlt pár évben növekedésnek indult a magánbiztosítások piaca is, a felsőbb és középrétegek egy része már elkezdett érdeklődni az ilyen jellegű termékek iránt. Összefoglalóan elmondhatjuk tehát, hogy Közép-Kelet-Európa országai jelentős problémákkal küzdenek az egészségügy területén, melyek egy részére a későbbiekben éppen a magán egészségbiztosítások kínálhatnak majd megoldási lehetőségeket.

Mindent összevetve elmondhatjuk, hogy az európai országok nagy részében megindult az egészségügyi rendszerek konvergenciája. A kormányok igyekeznek minél több forrást bevonni az egészségügy finanszírozásába, s ez egész Európában kedvező környezetet, valós piaci igényt teremthet a magán egészségbiztosítások számára.

IV. Az egészségbiztosítások jelenlegi helyzete Magyarországon

Magyarországon a második világháború előtt több magán-egészségbiztosító látta el az egészségügyi szolgáltatások finanszírozását, melyeket az Országos Társadalombiztosítási Intézet (OTI) felügyelt. A szovjet megszállás alatt e biztosító társaságokat államosították (a MÁV Betegségi Biztosító Intézete kivételével) és a szakszervezetek felügyelete alá helyezték a vagyonukat. 1960-tól kezdve a társadalombiztosítás kiterjedt a mezőgazdasági dolgozókra is, majd pedig 1975-től az egészségügyi ellátás állampolgári joggá vált (*OEP: A magyar társadalombiztosítás története*) A rendszerváltást követően az Antall-kormány ismét biztosítási alapúvá tette az egészségügyi rendszert, ám csak egyetlen biztosítót hoztak létre, méghozzá az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat (OEP). Maga az ellátás azóta is Egészségbiztosítási Alapon keresztül történik, ami járulékok, illetve – a járulékfizetésre nem kötelezettek helyetti – központi költségvetési hozzájárulásokon keresztül finanszírozódik. Számos egészségügyi ellátás co-payment rendszerben működik (például: gyógyszerek, fogászat), tehát ezek költségeinek legalább egy részét a szolgáltatás igénybe vevője fizeti. 2007-ben nagyszabású reformfolyamat indult meg az egészségügyben (több-biztosítós rendszer kialakítása, vizitdíj, kórházi napidíj), melynek intézkedéseit a 2008-as ún. „szociális” népszavazás eltörölte.

Az egészségpénztárak a '90-es évek elején, míg a magán egészségügyi biztosítások a '90-es évek végén jelentek meg hazánkban. A magán biztosítások szerepe eddig (még) nem tudott jelentős lenni, míg az egészségpénztárak is inkább egészség-megőrzési szolgáltatásokat nyújtottak, és kedvezőbb adózási feltételeket mellett működhettek.⁴ Magyarországon elterjedt az a nézet, hogy jobb színvonalú egészségügyi ellátáshoz való hozzájutás eszköze a hálapénz, s ez különösen rontja az üzleti egészségügyi biztosítások elterjedésének lehetőségét, az abban való érdekeltséget is (*ESKI, 2006*).

Az OECD adatai alapján Magyarországon az összes egészségügyi kiadás értéke 2009-ben a GDP 7,4 százaléka volt.⁵ Ez az arány az OECD országok között rendkívül alacsonynak tekinthető, az Európai Unión belül is csak Bulgária és Románia, illetve a balti államok esetén találkozhatunk ennél kisebb értékkel. Szintén figyelemre méltó, hogy a kiadások GDP-hez viszonyított aránya az elmúlt években csökkent, ezen belül különösen jelentős az állami hozzájárulás csökkenése (a legutóbbi 5 évben átlagosan évi 2 százalékkal mérséklődött).

⁴ Ezzel a kérdéssel részletesebben is foglalkozom a dolgozat más részein.

⁵ A részletes adatok az 4. mellékletben találhatóak

1. táblázat: Egészségügyi kiadások a szolgáltatás jellege és finanszírozói szerint, 2008 (milliárd Ft)

Megnevezés	Államháztartás			Magánszektor				Összesen
	kormányzat	Társadalom-biztosítás	összesen	Egészség-pénztárak	háztartások	Nonprofit szervezetek	összesen	
Gyógyító ellátás	50,3	596,2	646,5	6,8	183,2	17,5	207,5	854,0
Ebből:								
Fekvőbeteg-ellátás	28,9	377,3	406,2	1,1	32,5	10,0	43,7	449,9
Járóbeteg-ellátás	21,3	198,2	219,4	5,6	148,8	7,4	161,9	381,3
Rehabilitációs célú ellátás	12,0	46,6	58,5	0,4	4,1	4,2	8,6	67,1
Hosszú ápolási idejű ellátás	44,0	24,8	68,8	0,1	1,9	4,2	6,2	75,0
Kiegészítő szolgáltatások	13,9	67,7	81,6	0,0	1,9	0,7	2,6	84,2
Egészségügyi termékek a járóbeteg-ellátásban	19,5	367,8	387,3	29,5	269,1	0,0	298,6	685,9
Prevenció és népegészségügyi ellátás	31,6	18,7	50,2	0,7	0,6	22,9	24,3	74,5
Egészségügyi adminisztráció	1,9	18,5	20,4	3,2	0,0	0,0	3,2	23,6
Egyéb	14,0	3,8	17,9	0,0	0,0	0,0	0,0	17,9
Összes folyó egészségügyi kiadás	187,1	1 144,1	1331,2	40,7	460,8	49,5	551,1	1 882,3
Beruházás	40,9	0,0	40,9	0,1	-	8,4	8,5	49,4
Összes egészségügyi kiadás	228,0	1 144,1	1372,1	40,8	460,8	57,9	559,6	1 931,7

Forrás: KSH: Egészségügyi statisztikai évkönyv 2009

Ennek következtében a kiadások finanszírozásában egyre csökken(t) az állami szerepvállalás, 2009-ben már csak 69,7 százalékot tett ki az állami hozzájárulás aránya, melynek körülbelül 15 százaléka származik közvetlenül a központi költségvetésből, a többi 85 százalék pedig a társadalombiztosítási járulékokból tevődik össze

A háztartások közvetlen hozzájárulása az összes költség 29 százaléka, ami az Európai Unión belül igen magas értéknek számít. A KSH adatai alapján az egészségpénztárak részesedése a költségekből 2,2 százalék. A magán egészségbiztosítások részarányának meghatározásakor problémát jelent, hogy a KSH statisztikáiban nem szerepel külön ilyen tétel. Éppen ezért itt kénytelen vagyok a PSZÁF adatsorokra támaszkodni.⁶ Ezek alapján a vizsgált évben a balesetbiztosítások és a betegségbiztosítások együttesen 5,2 milliárd Ft-ot fizettek ki károkra és szolgáltatásokra, vagyis ezek a termékek az összes egészségügyi költség mintegy negyed százalékát tették ki (papíron). Mindez azonban több szempontból is problematikus adat. Egyrészt ebben benne foglaltatnak a különböző utasbiztosítási termékek balesetbiztosítási részére vonatkozó kifizetések is, melyek nem sorolhatók az egészségbiztosítások körébe. Másrészt – s ez a komolyabb probléma – a piaci termékek alapvetően nem természetbeli, hanem pénzbeli szolgáltatásokat nyújtanak az ügyfeleknek, melyek azonban nem egyértelműen jelennek meg az egészségügyi költségek között (például csonttörés esetén „bánapénz, vagy hálapénz”). Így tehát tekinthetjük úgy, hogy e termékek amúgy sem túl magas finanszírozási aránya a valóságban még ennél is jelentősen kisebb.

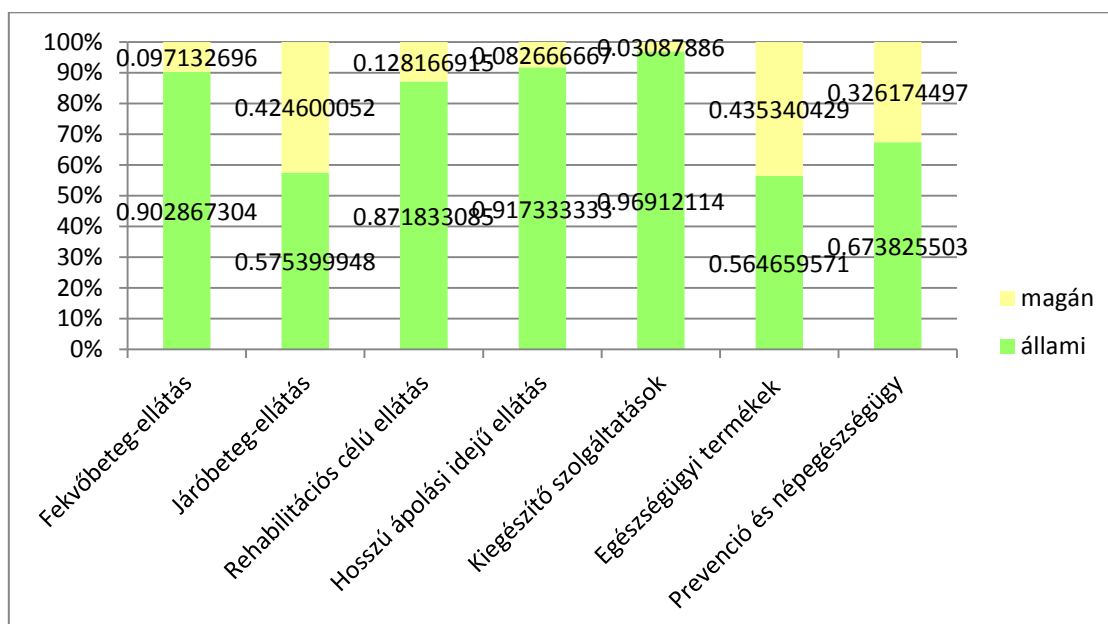
Magyarországon európai viszonylatban elég magas a nonprofit intézmények hozzájárulása az egészségügyi költségekhez, mely főként a megelőzés és a beruházás területén jelentős, s főként az állami szektor hiányosságait igyekeznek pótolni. Fontos megjegyezni, hogy ezek az adatok nem tartalmazzák a sportra, rekreációra, egészségmegőrzésre fordított kiadásokat, melynek köszönhetően a fenti amúgy sem csekély összeg tovább emelkedhet. Összefoglalóan tehát elmondhatjuk, hogy az egészségbiztosítók és egészségpénztárak által potenciálisan finanszírozható szolgáltatások ellenértéke meghaladhatja az évi 500 milliárd forintot, mivel ennyi az egészségpénztárak és a háztartások által finanszírozott összes kiadás összege.

Az 2. ábra alapján látható, hogy két területen igen magas a háztartások hozzájárulása (a prevenció kapcsán már említett a nonprofit szervezeteken túlmenően) az egészségügyi költségekhez: a járóbeteg-ellátás (42,5 százalék) és az egészségügyi termékek, s ezen belül

⁶ A részletes adatsor a 4. mellékletben a 23. táblázatban található.

főként a gyógyszerek esetén (43,5 százalék). Nyilván ezek azok a területek, ahol a leginkább lehetőség van az egészségbiztosítási termékek térnyerésére.

2. ábra: Állami és magán finanszírozás arány ellátás-típusonként (2008)



Forrás: KSH Egészségügyi statisztikai évkönyv 2009

Érdeemes megvizsgálni, hogy jelenlegi rendszer mennyibe kerül a lakosság számára. Amennyiben a magyar lakosság teljes egészére (az egyszerűség kedvéért 10 millió főre) vetítjük az adatokat, akkor kiderül, hogy a társadalombiztosítási rendszer, illetve az ehhez kapcsolódó állami hozzájárulás egy főre jutó összege éves szinten 137 000 forint körül mozog, vagyis minden magyarországi lakosnak havi szinten körülbelül 11 500 forintjába kerül a jelenlegi társadalombiztosítási rendszer. Ehhez adódik hozzá még mintegy havi 4 200 forint a magánszektor kiadásainak arányos részeként (a nonprofit szektort nem számítva). Mindez tehát azt jelenti, hogy minden magyar állampolgár havi szinten 15 700 forintot költ el egészségügyre. Még érdekesebbek ezek az adatok, amennyiben nem a teljes lakosságra, hanem csak annak gazdaságilag aktív részére (amely a KSH adatai alapján ez 2010-ben 4,4 millió fő volt) vetítjük a költségeket. Ebben az esetben már sokkal jelentősebb összegekről beszélhetünk. A társadalombiztosítási rendszer fenntartása éves szinten több mint 310 ezer forintba, azaz havonta 26 ezer forintba kerül minden gazdaságilag aktív dolgozónak. Ehhez adódnak még a havi 9 500 forintos egy főre jutó a magánkiadások.⁷ Összesítve tehát azt kapjuk, hogy a jelenlegi egészségügyi rendszer mindent összevetve minden gazdaságilag

⁷ Ez a megállapítás „nem teljesen korrekt”, mivel a magánkiadásokból részt vállalnak a gazdaságilag nem aktív állampolgárok is (például a nyugdíjasok), ám véleményem szerint érdemes még így is ezt megvizsgálni.

aktív magyarországi lakosnak havi 35 ezer forintjába kerül. Ezt nagyon érdemes figyelembe venni akkor, amikor egy egészségbiztosítási termék árazását készítik.

Magyarországon a magán egészségbiztosításoknak két formája létezik. Az első forma a pénzbeli és/vagy természetbeli szolgáltatásokat nyújtó, üzleti biztosító által kínált egészségbiztosítás, míg a második eset a nonprofit, önszerveződő egészségpénztárak által kínált, alapvetően természetbeli szolgáltatásokat kínáló, kiegészítő, egészségcélú megtakarítás.

Az üzleti biztosítók által nyújtott egészségbiztosítások (melyeket a későbbiekben részletesen áttekintek) egy része csak készpénzes szolgáltatásokat nyújt a hazai piacon. Egyéni kockázat-elbírálás alapján kalkulálnak díjakat, ám adókedvezmény csak 2012 óta kapcsolódik hozzájuk (*Biztosítási Szemle, 2010*). Ez a forma főként azért nem tudott hazánkban (eddig) elterjedni, mivel nem igazán tud megoldást kínálni (jelenleg még) a lakosság legfontosabb egészségüggyel kapcsolatos problémáira (például a magántulajdonú ellátás kedvezőbb árú igénybevétele, egyéni igények figyelembe vétele). A biztosítók természetbeli szolgáltatások révén ugyanis még nem tudnak igazi kiegészítést kínálni az állami szolgáltatások mellé, ehelyett inkább a kezelések formális vagy informális költségeinek fedezését tűzték ki célul maguk elé. Ezek a termékek viszont nem igazán felelnek meg a jelenlegi piaci igényeknek, mivel a biztosítási esemény bekövetkeztekor térítendő biztosítási összeg semmilyen kapcsolatban sincs a ténylegesen felmerülő költségekkel. A biztosító által térített díj tehát csupán egyfajta „bánatpénz” szerepét tölti be ezekben a konstrukciókban.

Az első valódi egészségbiztosítás (tehát amelyik elsősorban természetbeli szolgáltatásokat nyújt) Magyarországon 2000-ben jelent meg, az ING termékpalettáján. A ma is létező „Kórházi hotelszolgáltatás” nevű termék a MÁV Kórházzal történő együttműködés eredményeként jött létre. (az ún. Vitalitás osztályon helyezik el a biztosított betegeket, ám erről bővebben még később lesz szó). Sajnos azonban ez a konstrukció sem tudta beváltani a hozzá fűzött reményeket, nem tudott országos szinten elterjedni.⁸ A sikertelenségnek több oka is van: a széles körben elterjedt hálapénz, a magánbiztosítás profitorientáltsága, az orvosok egyéni érdekei, illetve a kórházak és az egész rendszer rugalmatlansága (*ESKI, 2006*). Amíg ezekben a tényezőkben nem lesz számottevő változás, addig az életbiztosítási termékek helyzete továbbra is igen nehéz lesz hazánkban. Nem szabad azonban figyelmen kívül hagyni, hogy javulás is tapasztalható ezen a területen, ami abban is megmutatkozik, hogy immár több természetbeli szolgáltatási kínáló egészségbiztosítási termék is jelen van a

⁸ Ez a piac jelenlegi állapotából látható.

magyar piacon. Sőt, már a politika is felfigyelt a kérdés fontosságára, s adókedvezmények formájában támogatja a terjedését.

Érdemes megvizsgálnunk az önkéntes egészségügyi pénztárakat is, mint az egészségbiztosítások egyik ténylegesen működő „formáját”. A magyar piacon jelenleg a PSZÁF nyilvántartása szerint 37 egészségpénztár működik, összesen több mint 900 ezer taggal és mintegy 54 milliárd forint kezelt vagyonnal (2009 végén). A pénztárak közül 12 pénztár vagyona éri el az 1 milliárd forintot, ezek összesen lefedik a piac közel 90 százalékát. Az 5 legnagyobb pénztár részesedése 55 százalék, mind a kezelt vagyon, mind pedig a pénztári tagok számának tekintetében. Az egészségügyi pénztárak alapvetően 3 nagy csoportba sorolhatók (ESKI, 2006):

- nagy vállalatok köré szerveződő egészségpénztárak (például: Postás, Honvéd, Vasutas Egészségpénztár)
- egészségügyi szolgáltatók köré szerveződő egészségpénztárak (például: Patika, Danubius Gyógyüdülők Egészségpénztár)
- pénzügyi szervezetek köré szerveződő egészségpénztárak (például: OTP, MKB, Axa Egészségpénztár)

E három típus közül a harmadik csoportba tartozók közül kerülnek ki a piacvezető pénztárak. Mindez főként annak köszönhető, hogy ezen pénztárak mögött ott áll egy tőkeerős bank vagy biztosító valamilyen kapcsolódó termékkel, illetve jól szervezett értékesítési hálózat. Éppen ezért várható, hogy ez a típus fogja a jövőben is meghatározni az egészségpénztárak piacát.

Érdemes megvizsgálni, hogy milyen szolgáltatásokat finanszíroztak a pénztárak tagjai a pénztárakon keresztül. A PSZÁF adatai alapján messze a legnagyobb tétel a gyógyszerek vételárának támogatása, mely az összes kiadás 51,4 százalékát tette ki 2008-ban. Ez nem meglepő, ismerve, hogy a magyar háztartások az egészségügyön belül a gyógyszerekre költik a legtöbb pénzt. A második legnagyobb tétel a gyógyászati segédeszközök vásárlása (25,7 százalék), majd pedig a társadalombiztosítás által támogatott szolgáltatások kiegészítése következik (15, 8 százalék). Érdemes még megemlíteni a sporttevékenységhez kapcsolódó kiadásokat (3,1 százalék), illetve a gyógyterápiás és közfürdőben igénybe vett szolgáltatásokat (1 százalék) is. (KSH).

Az egészségpénztárak bevételeinek 82 százaléka a munkáltatók hozzájárulásaiból érkezett 2009-ben, s csupán 18 százalék származott a tagok befizetéseiből, illetve egyéb bevételekből (*PSZÁF Idősorok*). Mindez arra enged következtetni, hogy az egészségpénztárak sikerében kulcsszerepet játszik a hozzájuk kapcsolódó adókedvezmény, illetve a vállalati

költségeként való elszámolhatóság. Az egészségpénztári számlára érkező munkáltatói befizetés gyakorlatilag béren kívül juttatást jelent a munkavállalók számára, s így nem tudja kiépíteni erre épülő „készpénzes” szolgáltatói piacot (ESKI, 2006). Az itt létrejött megtakarítások sajnos túl kicsik ahhoz, hogy kialakítsanak egy érték versenyző magán egészségügyi szolgáltató piacot.

Érdemes részletesebben is megvizsgálni az egészségpénztárak és az egészségbiztosítások adózásának szabályait, mivel 2012-re jelentős változások következtek be ezen a területen. A 2. táblázatban látható, hogy az egészségpénztárakon belül legnagyobb tételt kitevő munkáltatói hozzájárulások, a korábbi évekhez hasonlóan, továbbra is kedvezményes adókulccsal adóznak (25% helyett 16% az szja) (*berkalkulator.org*). Ezzel szemben egészen 2012-ig, ha egy munkáltató béren kívüli juttatásként szeretett volna egészségbiztosítást kötni munkavállalója számára, akkor ez után „normálisan”, a munkabérrel azonos mértékben, kellett adót fizetnie. Általánosságban elmondhatjuk, hogy az állami rendszernél jobb egészségügyi szolgáltatás elérésének 3 lehetséges módja van: egyrészt lehet egészségpénztáron keresztül, másrészt egészségbiztosításon keresztül, illetve harmadrészt pedig közvetlen fizetéssel. Az első esethez számos adókedvezmény kapcsolódik, míg a másodikhoz (eddig) gyakorlatilag semmi. A harmadik eset azért érdekes, mivel ennek is két része van: a számla ellenében megvásárolt szolgáltatás, illetve a hálapénz. Ezen utóbbinál gyakorlatilag az a döntő kérdés, hogy az orvos legális, vagy illegális úton jut hozzá a szolgáltatás ellenértékéhez. Ezek alapján logikus volt a szereplők döntése: a cégek inkább egészségpénztárba fizetnek, mintsem egészségbiztosításba; míg a magánszemélyek főként magánrendelések és hálapénz útján igyekeztek hozzájutni a jobb minőségű ellátáshoz.

Az eddig kialakult gyakorlathoz képest 2012-ben komoly változások következtek be. Egyrészt a korábbi évekhez képest növekedett az egészségpénztári befizetések utáni adó mértéke (korábban nem kellett egészségügyi hozzájárulást – EHO-t – fizetni), másrészt az egészségpénztári szolgáltatások köréből kikerült számos korábban népszerű lehetőség (például: gyógyfürdő, gyógyüdülés, fitnesz, rekreációs üdülés, életmódjavító kúrák) (*Patika Pénztár*). Ez ugyan önmagában is kellemetlenül érintheti a pénztárakat, ám ennél sokkal lényegesebb változások történtek az egészségbiztosítások adózásának területén. 2011-ig csak a teljes és maradandó munkaképtelenségre szóló betegségbiztosítás díja volt adómentes. Ezt terjesztették ki az idei évben minden visszavásárlási értékkel nem rendelkező betegségbiztosításra (*adobeallas.info*). Mindez a piaci szereplők véleménye szerint döntően fogja befolyásolni a hazai magán egészségbiztosítások szerepét és jövőjét. A Generali és a MABISZ közös előrejelzése szerint például a törvénymódosítás következtében pár éven belül

akár 50 milliárd forintosra is nőhet a piac mérete (*Biztosítási Szemle, 2011*). Ezek alapján jól érzékelhető, hogy változások döntően fogják befolyásolni a teljes hazai egészségügyi szektor finanszírozását.

**2. táblázat: Az önkéntes egészségpénztári befizetésre és szolgáltatásokra vonatkozó
2012. január 1-től érvényes adójogszabályok**

Munkáltatói hozzájárulás	A hozzájárulás teljes összege értékhatár nélkül a vállalkozás érdekében felmerült költség, munkavállalónként havi 27 900 Ft-ig, (a mindenkor minimálbér 30%-a). A hozzájárulás teljes összegének 1,19-szerese után a munkáltató további 16%-os szja-t valamint 10%-os EHO-t fizet.
Egyéni befizetés	1. A befizetett összeg 20%-ának visszaigényléséről rendelkezhet a tag az adóbevallásban (az önszegélyező pénztárral együtt 100.000 Ft, a nyugdíjpénztárral együtt 120.000 Ft) oly módon, hogy az összeg közvetlenül a patikakártyára kérhető jóváírásra, a 2020 előtt nyugdíjba vonulók esetén az igénybe vehető adókedvezmény 150 ezer Ft. 2. A pénztártag által az adóévben prevenciók céljából igénybevett szolgáltatás összegének 10%-a SZJA-kedvezményben részesül. 3. A pénztártag által az adóévben legalább 24 hónapra lekötött összeg 10%-a SZJA-kedvezményben részesül.
Egészségpénztári szolgáltatások	Adómentes (kiegészítő egészségbiztosítási) szolgáltatás 1. Gyógyszertár: gyógyszer, csecsemőápolási termékek, illetve minden OGYI, MEEI engedéllyel ellátott termék 2. Optika 3. Gyógyászati segédeszköz 4. Orvosi ellátás, fogászat 5. Nem kártyával – keresőképtelenség idejére táppénz Adóköteles (életmódjavító) szolgáltatások 1. sporteszközök 2. természetgyógyászat 3. OGYI engedéllyel nem rendelkező gyógyhatású termékek, gyógyteák, fog- és szájaápolási termékek

Forrás: www.patikapenttar.hu

Érdemes még pár szót szólni az egészségpénztári befizetések időtávjáról is. Szintén a PSZÁF adatai alapján elmondható, hogy az egészségpénztári befizetések körülbelül a fele kerül rövidtávon, tehát egy éven belül elköltésre, míg a másik fele gyakorlatilag hosszú távú egészségügyi célú megtakarítást képez. Ebben a tudatos megtakarítási szándékon felül (ami sajnos nem igazán jellemző egyébként a magyar társadalomra) nagy valószínűség szerint

megjelenik az is, hogy a tagok egyszerűen elfelejtkeznek erről a juttatásról és nem használják fel a rendelkezésükre álló forrásokat (*ESKI, 2006*).

Összefoglalóan az egészségbiztosítások jelenlegi magyar piacáról elmondhatjuk, hogy az üzleti alapú magán egészségbiztosítások szerepe még elhanyagolható. Vannak ugyan olyan kezdeményezések, melyek már megfelelnek a klasszikus egészségbiztosítások kritériumainak és az ügyfelek felmerülő igényeinek is, ám ezek a magyar piacon egyelőre még nem tudtak számottevő sikert elérni. Ezzel szemben az egészségpénztárakról elmondható, hogy – ha nem is számottevő, de mindenképpen – már most is észrevehető szerepük van a piacon, igaz azonban, hogy ezt főként a hozzájuk kapcsolódó adókedvezményeknek köszönhetnék. Bevételeik nagy része a munkáltatók befizetéséből adódik; míg a tagok a pénztárakon keresztül főként gyógyszereket, illetve gyógyászati segédeszközöket vásárolnak. A jelenlegi helyzeten jelentősen változtathatnak azonban a 2012-es adójogszabály-módosítások, melyek most már egyértelműen igyekeznek elősegíteni a magán egészségbiztosítások elterjedését. Emellett is azonban várhatóan még jó pár évnek el kell telnie, míg érdemi változás következik be a piacon.

V. Egészségbiztosítási termékek Magyarországon

A következő fejezetben a hazai piacon jelen lévő termékekkel foglalkozom.⁹ Először röviden áttekintem őket, majd pedig igyekszem különböző releváns szempontok szerint csoportosítani őket, végül pedig részletesebben bemutatom az egészségbiztosítási piac fejlődését elősegítő termékeket.

V. 1. A hazai piaci konstrukciók¹⁰

1. ING Kórházi hotelszolgáltatás

Az ING „Kórházi hotelszolgáltatás” című terméke gyakorlatilag egy különböző életbiztosításokhoz köthető *kiegészítő biztosítási termék*. A biztosítás célja, hogy a kórházi fekvőbeteg ellátást igénybe vevő ügyfelek exkluzív körülmények között gyógyulhassanak. Ennek megfelelően a biztosító *természetbeli szolgáltatást*, tehát minőségi kórházi hotelszolgáltatást nyújt a biztosított kórházi ápolásának tartamára az Állami Egészségügyi Központban (korábbi MÁV Kórházban) található Vitalitás Osztályon. Mindez a következő szolgáltatásokat jelenti a gyakorlatban:

- barátságos, otthonos környezetben kialakított, *maximum 2 ágyas* exkluzív berendezésű *légkondicionált szoba*, hozzá tartozó fürdőszobával (zuhanyozó, WC), korszerű betegágygal, hűtőszekrénnel, tévékészülékkel, telefon- és Internet-kapcsolattal;
- az ápolási környezet tisztán tartásának gondos megszervezése és biztosítása;
- a *beteg választásához* és egészségi állapotához *igazodó étrend*, amely minőségi alapanyagok felhasználásával készül;
- a beteg *gyógyítási folyamatának* (szakvizsgálatok, műtétek) *megszervezése* a Vitalitás osztály orvosainak irányításával;
- az egészségügyi ellátást végző szakorvosok egyéni érdekeltségi rendszerének fenntartása s ezáltal a *hálapénz kiváltása*;
- a fejlett országok egészségügyi ellátásában elfogadott arányú *ápoló személyzet* biztosítása, amely lehetővé teszi, hogy a beteg a kórházi ápolás során több odafigyelésben, törődésben részesüljön;

⁹ A fejezetben szereplő adatok forrása minden esetben az adott biztosító hivatalos honlapja, illetve a www.biztositasifeltetelek.hu című gyűjtőoldal, ahol az összes biztosítási termékekkel kapcsolatos szabályzat elérhető

¹⁰ A bemutatott termékekről egy részéről további információk találhatóak a 3. mellékletben

- a Vitalitás osztályon szolgáltatást nyújtó személyzet (osztályos orvosok, nővérek és egyéb kiszolgáló személyzet) gondos kiválasztása, rendszeres továbbképzése.

A kiegészítő biztosítás mellé *további kiegészítő termékek* kötésére is van lehetőség:

- Díjmentesítés rokkantság esetén kiegészítő biztosítás
- Halál esetére szóló kiegészítő biztosítás
- Baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás
- Baleseti rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás
- Járulékszolgáltatás rokkantság esetén kiegészítő biztosítás
- Kritikus betegségekre illetve halálra szóló kiegészítő biztosítás
- Műteti térítésre szóló kiegészítő biztosítás
- Kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítás

2. ING Medicina Egészségbiztosítási csomag

Az ING „Medicina Egészségbiztosítási csomag” nevű terméke valójában az ING által kínált kiegészítő biztosításokból összeállított csomag. A Medicina csomag alkotóelemei összegbiztosítások, amelyek a biztosítási esemény bekövetkeztekor a *biztosítási összeget* (vagy annak meghatározott többszörösét) fizetik ki a biztosítottnak azzal a céllal, hogy pótolja a váratlanul fellépő egészségügyi problémák következtében kieső jövedelmet, és anyagi biztonságot nyújtson a családnak. A csomag *három biztosítást* foglal magába: a Kritikus betegségekre szóló biztosítást, a Műteti térítésre és a Kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítást. Ezek szolgáltatásai, illetve a fontosabb feltételek:

- Kritikus betegségnek számít a rosszindulatú daganat, a szívinfarktus, az agyi érkatasztrófa és a veseelégtelenség illetve koszorúér vagy szerv transzplantációs műtét.
- A biztosítás kockázati része a biztosított *váratlan halála* esetén a haláleseti kedvezményezett anyagi biztonságát garantálja.
- A műteti térítésre és a kórházi napi térítésre szóló biztosítások műtét, illetve kórházi ápolás esetén nyújtanak fedezetet a felmerülő *pótlólagos költségekre*.
- A *biztosított gyermekének megbetegedése* esetén is igénybe vehető a biztosítás szolgáltatása.
- A kedvezményezett részére a biztosítási összeget fizeti ki a biztosító, ha a biztosított tartamon belül elhalálozik, ha rosszindulatú daganatot, szívinfarktot, agyi

érkatasztrófát vagy veseelégtelenséget diagnosztizálnak, illetve koszorúérműtétet vagy szervátültetést hajtanak végre.

- Bizonyos műtétek elvégzésekor a Műtéti térítés kiegészítő biztosítás összege is kifizetésre kerül, melynek mértéke arányosan *nő a műtét súlyosságával*. A legsúlyosabb esetekben ez 500%-os térítést jelenthet.
- Kórházi ápolás esetén a Kórházi napi térítés kiegészítő biztosítás szolgáltatásaként a biztosítási szerződésben meghatározott kórházi napi térítésnek megfelelő összeget fizetjük ki.

A csomag mellé *további kiegészítő termékek* kötésére is van lehetőség:

- Díjmentesítés rokkantság esetén kiegészítő biztosítás
- Halál esetére szóló kiegészítő biztosítás
- Baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás
- Baleseti rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás
- Járulékszolgáltatás rokkantság esetén kiegészítő biztosítás
- Kórházi hotelszolgáltatást nyújtó kiegészítő biztosítás

3. ING Esszencia Egészségmegőrző Program

Az ING „Esszencia Egészségmegőrző Program” című terméke feltételeiben és szolgáltatásaiban is megfelel a Medicover Spring nevű termékének, így e termék részletes bemutatásától itt most eltekintek.

4. Generali TestŐr élet-, egészség- és balesetbiztosítás

A Generali „TestŐr” nevű életbiztosítási terméke mellé olyan *kiegészítő biztosításokat* kínál, melyek betegség esetén fellépő többletköltségek fedezetét szolgálják. A termék garantált biztosítási összegű *pénzbeli szolgáltatást* kínál, s az alábbi kockázatokra köthetők kiegészítő egészségügyi biztosítások:

- *Kórházi napi térítés* biztosítás (kórházi fekvőbeteg ellátás esetén napi térítés).
- *Műtéti térítés* biztosítás (A térítés mértéke a biztosítási szerződésben szereplő biztosítási összegtől és a műtét orvosi besorolásától függ.)
- *Kiemelt kockázatú betegségekre* vonatkozó biztosítás (rosszindulatú daganatos megbetegedés, szívinfarktus, agyi érkatasztrófa, krónikus veseelégtelenség, AIDS diagnosztizálása, szívkoszorú-ér műtét (by-pass) diagnosztizálása, illetve műtéte, valamint a fenti okokból bekövetkező halál esetén nyújt támogatást.)

- Orvosszakértői intézet által megállapított I-II. csoportos *rokkantság* (egyszeri biztosítási összeg szolgáltatás 79%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás esetén)
- Orvosszakértői intézet által megállapított I-II-III. csoportos rokkantság (Egyszeri biztosítási összeg szolgáltatás I-II-III. csoportos rokkantság esetén. Ha az egészségkárosodás 50-79%-os mértékű és a biztosított még rehabilitálható, akkor a biztosító a biztosítási összeg felét fizeti ki.)
- *Baleset vagy betegség miatti fekvőbeteg-részesülés miatti keresőképtelenség esetén napi térítés* biztosítás (keresőképtelenség esetén az önrész letelte után napi térítés, legfeljebb 120 nap egy évben)

5. Generali Exkluzív egészségbiztosítás magánkórházakban

A Generali „Exkluzív egészségbiztosítás magánkórházakban” nevű terméke már megfelel a klasszikus egészségbiztosítás kritériumainak, hiszen olyan *önállóan is köthető* biztosítási termék, amely *természetbeli szolgáltatásokat* nyújt az ügyfelek számára. A biztosítóval szerződött magánkórházban, állami vagy önkormányzati kórházakban a biztosító átvállalja a biztosított *ténylegesen felmerülő költségeit*, az alábbi esetekben:

- *Kórházi fekvőbeteg ellátás és műtéti térítés:* a biztosítóval szerződött magánkórházban a biztosító átvállalja a kórházi fekvőbeteg ellátás és a műtéti beavatkozás *ténylegesen felmerülő költségeit*. A szolgáltatásokat a biztosítóval szerződött állami és önkormányzati kórházakban is igénybe veheti, ahol az átlagot meghaladó, színvonalas kórházi elhelyezés, az a' la carte étkezés és a humánus, betegközpontú ápolás költségeit a biztosító átvállalja. Amennyiben a biztosított a biztosítóval nem szerződött egészségügyi szolgáltatónál veszi igénybe a kórházi fekvőbeteg ellátás és műtéti beavatkozás szolgáltatást, utólag biztosítási összeg szolgáltatást nyújt a biztosító számára.
- *Kiemelt kockázatú betegségek diagnosztizálása:* a biztosító anyagi támogatást nyújt az ügyfélnek, hogy a szükséges kezeléseket minél előbb megkezdhesse. Biztosítási események: rosszindulatú daganatos megbetegedés, szívinfarktus, agyi érkatasztrófa, szívkoszorúér-műtét (by-pass), krónikus veseelégtelenség, szervátültetés, AIDS.
- *Egészségügyi költségterítés:* a biztosító a biztosítási összeg 50%-ának erejéig kifizeti az ambuláns vizsgálatok, kezelések, laborvizsgálatok, valamint a fogászati kezelések költségeit. A biztosítási összeg további 50%-ának erejéig a biztosító kifizeti a rehabilitációs költségeket, gyógyászati segédeszközök beszerzési költségeit, a mentési és szállítási költségeket.

Az itt felsorolt szolgáltatásokon felül az alábbi *extra szolgáltatásokat* is kínálja a biztosító ügyfeleinek:

- Ingyenes egészségügyi szűrővizsgálat
- Ingyenes évenkénti kontrollvizsgálat
- Családi kötés lehetősége és előnyei
- A magas színvonalú egészségügyi ellátást nyújtó fekvő- és járóbeteg szakrendelőt is működtető *Telki Magánkórházzal* kötött együttműködési szerződés keretében minden Exkluzív biztosítással rendelkező ügyfél *10% kedvezménnyel* veheti igénybe a kórház valamennyi egészségügyi szolgáltatását, függetlenül attól, hogy az a biztosító által térített vagy nem térített szolgáltatás-e.

3. táblázat: A Generali „Exkluzív egészségbiztosítás magánkórházakban” termékének szolgáltatási limitjei

Biztosítási szolgáltatások	Biztosítóval szerződött		Biztosítóval nem szerződött egészségügyi szolgáltatónál
	magánkórházban	kórházban	
kórházi fekvőbeteg ellátás	költségátvállalás	költségátvállalás	10 000 Ft / nap
műtéti térítés	költségátvállalás	500 000 Ft	500 000 Ft
kiemelt kockázatú betegségek diagnosztizálása	500 000 Ft	500 000 Ft	500 000 Ft
egészségügyi költségtérítés	100 000 Ft	100 000 Ft	100 000 Ft
éves szolgáltatási limit	1 500 000 Ft/év		

Forrás: www.general.hu

6. Uniqa Med Help

Az Uniqa „Med Help” nevű terméke azért különleges, mivel *alapvetően pénzbeli szolgáltatást* nyújtó egészségügyi biztosítás, azonban számos *természetbeli szolgáltatást* is nyújt extra szolgáltatásként az ügyfelei számára. Hasonlóan az ING „Medicina” termékéhez, a biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító itt is a biztosítási összeget fizeti ki a biztosítottnak azzal a céllal, hogy pótolja a váratlanul fellépő egészségügyi problémák következtében kieső jövedelmet, és anyagi biztonságot nyújtsanak a családnak. Ezen felül számos *extra szolgáltatás* is jelen van a termékben:

- Jelentős összegű szolgáltatások komolyabb egészségi problémák vagy szülés esetén
- Gyógyulási támogatás
- Kórházi napi térítés, a beteg gyermek kórházi tartózkodása esetére is
- Advance Medical társaságon keresztül nyújtott *két további ingyenes szolgáltatás* (például: nemzetközi konzultáció)
- Med Help szerződéssel rendelkező ügyfelek automatikusan igénybe vehetik az *UNIQA VitalClub* szolgáltatásait
- *24 órás orvosi infovonal*, melyet a biztosítással rendelkező ügyfelek korlátlanul hívhatnak
- lehetőség van a *Telki Magánkórház szolgáltatásainak* térítésére a biztosító terhére

4. táblázat: Az Uniqa „Med Help” termékének biztosítási összegei

Biztosítási szolgáltatások	Bázis	Standard	Optimum	Prémium
Kórházi napi térítés*	5 000 Ft/nap	7 500 Ft/nap	10 000 Ft/nap	25 000 Ft/nap
Műtéti térítés (1. csoport)	25 000 Ft	50 000 Ft	100 000 Ft	125 000 Ft
Műtéti térítés (2. csoport)	50 000 Ft	100 000 Ft	200 000 Ft	250 000 Ft
Műtéti térítés (3. csoport)	100 000 Ft	200 000 Ft	400 000 Ft	500 000 Ft
Műtéthez kapcsolódó gyógyulási támogatás	7, 14 vagy 28 napra eső kórházi napi térítés összege			
Kritikus betegségek	–	250 000 Ft	500 000 Ft	1 500 000 Ft
TB I–II. rokkantság	500 000 Ft	1 000 000 Ft	2 000 000 Ft	2 000 000 Ft
Csonttörés	10 000 Ft	15 000 Ft	25 000 Ft	25 000 Ft
Szülési támogatás	25 000 Ft	50 000 Ft	100 000 Ft	100 000 Ft

Forrás: www.uniqa.hu

7. ACE Számlafizetés-védelmi biztosítás

Az ACE European Group Magyarországi Fióktelepe által kínált számlafizetés-védelmi biztosítás olyan önálló termék, amely azt a *szolgáltatást* vállalja, hogy a biztosítási esemény bekövetkezte esetén a biztosító egy meghatározott időtartamig átvállalja az ügyfél rendszeres

kiadásainak egy részét. A termékek bármilyen *rendszeres havi fizetési kötelezettséghez* kapcsolhatók, legyen az banki hitelrészlet, életbiztosítási díj, vagy akár egy egyszerű villany- vagy gázzsámla is. A lehetséges biztosítási események a következők:

- Balesetből eredő: halál, állandó teljes munkaképtelenség, átmeneti teljes munkaképtelenség
- Betegségből eredő: halál, átmeneti teljes munkaképtelenség
- Munkanélküliség: munkahely önhibán kívüli elvesztése (nem a Biztosított kezdeményezi a munkaviszony megszüntetését, illetve nem a munkáltató mond fel a Munkavállaló alkalmatlansága, hozzáállása miatt)
- Rettegett betegségek

8. Medcover Spring

A Medcover Biztosító Magyarországi Fióktelepe által kínált „Spring” nevű biztosítás olyan valódi egészségbiztosítási termék, amely esetében a *természetbeli szolgáltatás* alapvetően a *biztosító tulajdonában lévő*, illetve a vele szerződő *egészségügyi ellátó-intézményekben* történik. A program keretében a szükséges egészségügyi ellátásokhoz az ügyfél gyorsan, előre egyeztetett időpontban, várólisták nélkül juthat hozzá a csomag fedezeti értékéig. A különböző biztosítási csomagok az alábbi szolgáltatásokat tartalmazzák:

5. táblázat: A Medcover „Spring” termékének szolgáltatásai

Biztosítási szolgáltatások	Classic	Top	Exclusive	Exclusive Hosp.
Éves limit	500 000 Ft	1 000 000 Ft	2 000 000 Ft	3 000 000 Ft
Alapellátás	X	X	X	X
Időpont-foglalás, 24 órás telefonos ügyelet	X	X	X	X
Éves prevenció	X	X	X	X
Primer járóbeteg-ellátás	X	X	X	X
Standard laborvizsgálatok	X	X	X	X
Standard diagnosztikai vizsgálatok	X	X	X	X
Terhesség megállapítása	X	X	X	X
Járóbeteg-ellátás minden területen		X	X	X

Teljeskörű laborvizsgálatok			X	X
Teljeskörű diagnosztikai vizsgálatok			X	X
Ambuláns (kis)műtétek			X	X
Terhességgondozás			X	X
Házivizit, orvoslás Budapest 60 km-es körzetében			X	X
Kórházi fekvőbeteg ellátás VIP szinten				X
Betegszállítás				X
Egynapos sebészet				X

Forrás: www.medicover.hu

9. Uniqa MediQa

Az Uniqa Biztosító immár a második betegségbiztosítási termékével jelent meg az elmúlt évben a hazai piacon. A termék fő célja, hogy magas színvonalú ellátást és kulturált, emberközpontú környezetet teremtsen a betegek számára. A szolgáltatáscsomag tartalmaz szűrővizsgálatokat, időpont-egyeztetés alapján gyors kiszolgálást, illetve az Uniqa Med forródróthoz való hozzáférést is. A biztosítási díj fix, nem változik a kor előrehaladtával. A csomag már gyermekekre is megköthető 1 éves kortól, illetve a személyre szabhatóság jegyében 4 különböző csomag közül lehet választani. Az Uniqa ebben a termékben együttműködik a Medicoverrel a szolgáltatások során.

6. táblázat: Az Uniqa „MediQa” termékének szolgáltatásai

Biztosítási szolgáltatások	Bázis 60	Standard 60	Optimum 65	Prémium 65
Ellátás-szervezés és Uniqa Med forródrót	X	x	X	X
Alap szűrővizsgálat (2 évente)	X	X	X	X
Emelt szűrővizsgálat (2 évente)	-	-	-	X
Belgyógyászat + alap-labor és alap-diagnosztikai vizsgálatok	X	X	X	X
Szakorvosi vizsgálatok	Évente 2	Évente 12, afölött önrész-fizetési kötelezettség		
Fejlett diagnosztika	-	-	Éves limit: 300 000 Ft	Éves limit: 500 000 Ft
Egynapos sebészet	-	-	Éves limit: 300 000 Ft	Éves limit: 300 000 Ft
Otthonápolási támogatás	-	-	-	200 000 Ft
Betegszállítás	-	-	Éves limit: 150 000 Ft	Éves limit: 150 000 Ft

50%-ot elérő maradandó egészségkárosodás	-	-	1 500 000 Ft + rehabilitációs támogatás	5 000 000 Ft + rehabilitációs támogatás
Össejt levétel	-	-	-	150 000 Ft gyermekenként
Szív- és érrendszeri kockázatbecslés, tanácsadás	X	X	X	X
20% kedvezmény a Medicover Egésségpontjaiban	X	X	X	X
Második orvosi vélemény	-	-	X	X

Forrás: www.uniqqa.hu

10. Union PrivateMed

Az Union jelent meg eddig utoljára a hazai egészségbiztosítási piacon. A szolgáltatáscsomag alapvetően a járóbeteg szakellátáshoz, egynapos sebészethez és nagy értékű diagnosztikai vizsgálatokhoz kapcsolódó *szolgáltatásszervezésre* és azok finanszírozására fókuszál. Emellett *baleseti maradandó egészségkárosodás* és baleseti égés esetén is nyújt szolgáltatást. Ezen felül mindennap 24 órán át üzemelő *telefonos ügyintézés és kapcsolattartást* is lehetővé tesz. A háziorvosi beutaló alapján a szükséges ellátást a biztosító szervezi meg és a biztosítottakra nem vonatkoznak *a várólisták*, mivel a biztosítás fedezi az ellátás költségeit. A csomag ezen felül tartalmaz egy éjjel-nappal üzemelő, telefonos *orvosi ügyfélszolgálatot* és *második orvosi szakvélemény* kérésének lehetőségét is. Kiegészítő biztosítást lehet kötni kórházi ápolás során felmerülő költségek fedezetére (Hospital Plusz), illetve egyéb egészségügyi szolgáltatásokra – mind például betegszállítás, gyógyászati segédeszköz igénybevétele, vagy otthonápolás – is (Help Extra). A csomagnak létezik egyéni, *családi és csoportos változata* is, ebben az esetben a szolgáltatási limitek természetesen eltérőek. A biztosításhoz kármentesség esetén *díjkedvezmények* is kapcsolódhatnak.

7. táblázat: Az Union PrivateMed termékének szolgáltatási limitek egyéni csomag esetén

Biztosítási szolgáltatások	Arany	Platina	Gyémánt
Járóbeteg-szakellátás	Költségtérítés, éves limit 200 000 Ft	Költségtérítés, éves limit 300 000 Ft	Költségtérítés, éves limit 400 000 Ft
Orvosi képalkotó diagnosztikai eljárások	Költségtérítés, éves limit 250 000 Ft	Költségtérítés, éves limit 500 000 Ft	Költségtérítés, éves limit 500 000 Ft
Egynapos sebészeti ellátás	Költségtérítés, éves limit 300 000 Ft	Költségtérítés, éves limit 500 000 Ft	Költségtérítés, éves limit 500 000 Ft
Baleseti maradandó egészségkárosodás 31-100%	2 000 000 Ft	2 000 000 Ft	2 000 000 Ft
Baleseti égés	500 000 Ft	500 000 Ft	500 000 Ft
Orvosi Call Center	x	x	x
Második orvosi vélemény	x	x	x

Forrás: www.unionbiztosito.hu

V. 2. A hazai egészségbiztosítási piac elemzése, értékelése

A fentiekben igyekeztem röviden összefoglalni a hazai piacon megtalálható összesen 10 különböző egészségbiztosításként értékesített terméket. Még mielőtt azonban ezeket különböző releváns szempontok szerint megpróbálnám csoportosítani, fontos megjegyezni, hogy valójában nem is 10, hanem csak 9 különböző termékről beszélhetünk. Ennek oka az, hogy az ING Esszencia Egészségmegőrző Program (3. számú) teljes egészében megegyezik a Medicover Spring termékkel (8. számú); csupán a választható szolgáltatás-csomagok nevében tér el egymástól a két konstrukció. Mivel az ING terméke esetén a promóciós anyagok és a biztosítási feltételek is a Medicover hasonló dokumentumai alapján készültek (konkrétan: a Medicover logója szerepel valamennyin), így a továbbiakban csak az eredeti, tehát a Medicover Spring nevű termékével foglalkozom.

Az egészségbiztosítási piacról általánosságban elmondhatjuk Magyarországon, hogy meglehetősen szűk: csupán pár szereplő van jelen rajta még jelenleg. Ennek okaival a korábbiakban már részletesen foglalkoztam. A piacon összesen öt biztosító és két külföldi biztosító fióktelepe van jelen jelenleg. E szereplők mellett más (élet)biztosítók is (például: Axa, Allianz) kínálnak különböző kiegészítő biztosításokat. Ezek azonban csak névleg egészségügyi biztosítások, mivel alapvetően pénzbeli szolgáltatást nyújtanak. (Emiatt ebben a fejezetben el is tekintek a további vizsgálatuktól.) Összefoglalóan: Magyarországon jelenleg csak az ING, a Generali, az Uniqa, az ACE, a Medicover és az Union foglalkozik komolyan az egészségbiztosítási termékek értékesítésével.

A következőkben a különböző termékekre az alábbi módon fogok hivatkozni: (1) ING Kórházi hotelszolgáltatás; (2) ING Medicina egészségbiztosítási csomag; (4) Generali TestŐr; (5) Generali Exkluzív egészségbiztosítás magánkórházakban; (6) Uniqa Med Help (7) ACE Számlafizetés-védelmi biztosítás (8) Medicover Spring és Uniqa MediQa és (10) Union PrivateMed.

A termékeket először célszerű aszerint csoportosítani, hogy önálló biztosítási termékről van-e szó, vagy pedig csupán más biztosítási termékekhez köthető kiegészítő biztosításról. Az (1) termék esetén egyértelműen egy (bármely életbiztosítási termék mellé választható) kiegészítő biztosításról beszélhetünk, a (2) terméket valójában kiegészítő biztosítások csomagjának tekinthetjük, míg a (4) esetben egy konkrét életbiztosítási termék mellé ajánlott kiegészítő biztosításról beszélhetünk. Ezzel szemben az (5), (6), (7), (8), (9) és (10) konstrukciók teljesen önálló biztosítási termékek, melyek nem függenek más biztosítások megkötésétől.

A legfontosabb csoportosítási ismerv a szolgáltatás jellege. Alapvetően két különböző típust különböztethetünk meg a hazai piacon: egyrészt jelen vannak a betegség esetén pénzübeli szolgáltatást nyújtó termékek, másrészt pedig a természetbeli szolgáltatást nyújtó konstrukciók. Klasszikus értelemben az egészségbiztosítások körébe általában csak a második csoport tartozik, ám mivel hazánkban az első típusú konstrukciókat is egészségbiztosításoknak nevezik, ezért (röviden) e termékekkel is foglalkozom. A pénzübeli szolgáltatást nyújtó termékek közé tartozik a (2) és (4) konstrukció, míg egyértelműen természetbeli szolgáltatást nyújtanak az (1), (5), (7), (8), (9) és (10) termékek. A (6) termék egy kicsit a két csoport között helyezkedik el, hiszen alapvetően pénzübeli szolgáltatást nyújt a biztosítási esemény bekövetkezése esetén, azonban ezen felül különböző természetbeli juttatásokat is tartalmaz.

Az eddigiekben alapján érdemes részletes vizsgálat alá vetni a klasszikus egészségbiztosítási feltételeknek megfelelő önálló termékeket, melyek irányt mutathatnak a piac fejlődésének. Ennek megfelelően a továbbiakban csak az (5), a (6) a (8) és a (10) termékekkel fogok részletes foglalkozni (a (7) termék vizsgálatától szűk szolgáltatási köre miatt, a (9) termék vizsgálatától pedig a többi termékkel való átfedései miatt eltekintek).

V. 3. Releváns egészségbiztosítási termékek összehasonlítása

A következőkben igyekszem összehasonlítani a négy (Generali – Exkluzív egészségbiztosítás; Uniqa – Med Help; Medicover – Spring, Union PrivateMed), az egészségbiztosítási piac továbbfejlődése szempontjából legjelentősebb terméket. Mivel mindegyik termék más biztosító konstrukciója, ezért ebben a részben a biztosítók nevével (tehát Generali, Uniqa, Medicover és Union) fogok hivatkozni a termékekre. A biztosító mentesülésére, illetve a kockázatviselésből kizárt tevékenységekre vonatkozó pontos szabályokat a 3. Melléklet tartalmazza.

8. táblázat: Alapvető információk 3 egészségbiztosítási termékről

	Generali	Uniqa	Medicover	Union
Biztosító	Generali-Providencia Biztosító Rt	UNIQA Biztosító Zrt.	Medicover Försäkrings AB (publ) Magyarországi Fióktelepe	UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
Biztosított életkora	18-	18 – 65	18 – 60	0,5-60
Előzetes orvosi vizsgálat	szükséges	szükséges	szükséges	szükséges
Területi hatály	egész világ	műtét és kórházi ápolás: EU; egyéb: egész világ	Magyarország	betegség: Magyarország; baleset: egész világ
Díjfizetés	folyamatos	egyszeri vagy folyamatos	egyszeri vagy folyamatos	folyamatos
Várakozási idő	3 hónap	6 hónap	3-6 hónap	1 hónap
Éves szolgáltatási limit	1 500 000 Ft / év	nincs	csomagonként változó (500 000 – 3 000 000 Ft / év)	nincs aggregált limit, szolgáltatásonként van
Biztosítási tartam	1 év, automatikusan meghosszabbodik	1 év, automatikusan meghosszabbodik	1 év, automatikusan meghosszabbodik	egyéni és családi esetben 6 vagy 9 év, csoportos esetben 1 év
Biztosítási esemény bejelentése	15 napon belül	8 napon belül	Ha nem Medicover intézményben, akkor 15 napon belül, sürgősségi esetben 2 napon belül	8 napon belül

Forrás: www.biztositasifeltetelek.hu, általános szerződési feltételek

Érdemes megvizsgálni azonban, hogy mik e termékek biztosítási eseményei, illetve, hogy milyen szolgáltatást vállal a biztosító a biztosítási esemény bekövetkezte esetén.

9. táblázat: A Generali Exkluzív termékének biztosítási eseményei és szolgáltatásai

Generali	
Biztosítási esemény	Szolgáltatás
Váratlan betegség vagy baleset, melynek következtében, a biztosított kórházi fekvőbeteg ellátásban részesül.	<i>Biztosítóval szerződött magánkórház</i> vagy <i>kórház</i> esetén kizárólag természetbeli szolgáltatás.
	<i>Biztosítóval nem szerződött</i> egészségügyi szolgáltató igénybevétele esetén a biztosító szolgáltatása kizárólag a biztosítási összeg.
	Egy biztosítási éven belül maximum 150 nap.
Váratlan betegség vagy baleset, melynek következtében a biztosított műtétre szorul.	<i>Biztosítóval szerződött magánkórház</i> esetén a biztosító a magánkórház számára megtéríti a műtéti költségeket.
	<i>Biztosítóval szerződött kórház</i> és a <i>biztosítóval nem szerződött</i> egészségügyi szolgáltató igénybevétele esetén biztosítási összegnek az elvégzett műtét besorolása szerinti százalékos mértéke.
A kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség diagnosztizálása vagy az alább felsorolt orvosi beavatkozások elvégzése: szívizomelhalás (szívinfarktus); rosszindulatú daganatos betegség; agyi érkatasztrófa; krónikus veseelégtelenség; szívkoszorúérműtét; szervátültetés	A biztosítási esemény időpontjában, az éves szolgáltatási limiten belül, a hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget téríti és ezzel a szerződés kiemelt kockázatú betegségekre vonatkozó része megszűnik.
Váratlan betegség vagy baleset miatt felmerülő költségek.	a) a biztosító a biztosítási összeg 50%-áig megtéríti az <i>ambuláns</i> vizsgálat, ambuláns kezelés, fogászati kezelés, valamint laborvizsgálat költségeit.
Váratlan betegség vagy baleset miatt felmerülő költségek.	b) a biztosító a biztosítási összeg további 50%-áig megtéríti: – a rehabilitációs költségeket – a gyógyászati segédeszközök beszerzésének, vagy más, a kezeléshez szükséges eszközök (például kötszer) szükséges mennyiségben való beszerzésének a költségét. – a mentési költséget, amely akkor válik szükségessé, ha a biztosított balesetet szenvedett és ennek következtében sérülten mentésre szorul, vagy baleset következtében meghal, és holtteste csak mentéssel hozzáférhető, illetve egészségi állapota miatt betegség következtében mentésre szorul – a szállítási költséget, amely akkor merül fel, ha baleset vagy betegség miatt a biztosítottat a kezelésre alkalmas kórházba, illetve orvoshoz, valamint orvosi javaslatra onnan hazaszállítják, vagy a biztosított meghal, és holttestét elszállítják.
	A biztosító egy biztosítási éven belül legfeljebb a hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget téríti.

Forrás: www.general.hu és www.biztosititasifeltetelek.hu

10. táblázat: Az Uniq Med Help termékének biztosítási eseményei és szolgáltatásai

Uniq	
Biztosítási esemény	Szolgáltatás
A biztosított baleseti vagy betegségi eredetű; vagy 1-14 év közötti gyermeke balesettel, műtéttel vagy heveny fertőző betegséggel kapcsolatos folyamatos (legalább 4 napos) kórházi fekvőbeteg gyógykezelése.	Nem baleseti eredetű folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés esetén a napi térítési összeg és a kórházban töltött napok számának szorzata kerül kifizetésre.
	Baleseti eredetű gyógykezelés esetén a nem baleseti eredetű gyógykezelés térítési díjának kétszerese kerül kifizetésre.
	Sürgősségi okokból külföldön történő gyógykezelés esetén a nem baleseti eredetű gyógykezelés térítési díjának négyszerese kerül kifizetésre.
	Egy biztosítási éven belül maximum 90 nap
A kockázatviselés tartama alatt végrehajtott olyan műtét , mely a kockázatviselési tartamon belüli baleset vagy diagnosztizált betegség miatt vált szükségessé.	Nem baleseti eredetű műtétnél a műtéti csoporttól függő biztosítási összeg kerül kifizetésre (1. csoport: napi térítési összeg 7 napra számított összege; 2. csoport: 14 napra; 3. csoport: 28 napra).
	Baleseti eredetű műtéteknél a nem baleseti eredetű értékek kétszerese kerül kifizetésre.
	Sürgősségi okokból külföldön végrehajtott műtét esetén a nem baleseti érték négyszerese kerül kifizetésre.
A kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli súlyos és váratlan betegségek : a) szívinfarktus (szívinfarktus) b) rosszindulatú daganatos betegség c) agyi érkatasztrófa d) krónikus veseelégtelenség	A szerződésben meghatározott biztosítási összeg kerül kifizetésre. A szolgáltatás kifizetésének feltétele, hogy a biztosított a biztosítási esemény bejelentésekor életben legyen.
A biztosított kockázatviselés tartamán belüli csonttörése (nem számít csonttörésnek a csontrepedés és a fogtörés)	A szerződésben meghatározott biztosítási összeg kerül kifizetésre. Az egy eseményből fakadó többszörös, vagy több csontot érintő csonttörések is egy eseménynek számítanak.
A biztosított kockázatviselési tartamán belül bekövetkezett betegsége vagy balesete miatt, a magyar társadalombiztosítási szerv által jogerősen megállapított és a biztosító orvosi szakértője által is elismert 100%-os mértékű, tartós munkaképesség-csökkenése	A szerződésben meghatározott biztosítási összeg kerül kifizetésre.
A biztosítottnak a kockázatviselés kezdetétől számított 1 év eltelte utáni szülése	A szerződésben meghatározott biztosítási összeg kerül kifizetésre.

Forrás: www.uniq.hu és www.biztositasifeltetelek.hu

11. táblázat: A Medcover Spring termékének biztosítási eseményei és szolgáltatásai

Medcover	
Biztosítási esemény	Szolgáltatás
A Biztosítottnak - ennek a tartamnak a kezdetéhez képest előzmény nélküli - betegsége vagy balesete . Biztosítási eseménynek csak olyan egészségügyi szolgáltatás igénybevétele minősül, amelyet a Medcover Zrt.-nél , mint egészségügyi szolgáltatónál, vagy rajta keresztül , a szolgáltató szervezésében, tudtával illetve jóváhagyásával vett igénybe a Biztosított	A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége a Szerződésben/Kötvényen, valamint a Feltételekben és különösen annak elválaszthatatlan részét képező Szolgáltatások Listájában meghatározott orvosi, egészségügyi és egyéb szolgáltatásokra illetve azok költségtérítésére terjed ki a Biztosítottra vonatkozó biztosítási fedezet tartalma és szolgáltatási korlátai szerint. A szolgáltatások listája a biztosítási csomagtól függ, melyet a termék rövid leírásánál már ismertettem.

Forrás: www.medcover.hu, www.ing.hu és www.biztositasifeltetelek.hu

12 táblázat: Az Union PrivateMed termékének biztosítási eseményei és szolgáltatásai

Union	
Biztosítási esemény	Szolgáltatás
Járóbeteg-szakellátás A kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkező váratlan betegsége miatt szükségessé váló egészségügyi ellátása, mely ellátás járóbeteg szakellátás keretén belül valósul meg, amennyiben az orvosilag indokolt és szükséges. A biztosító az egészségügyi szakellátás szolgáltatásának igénybevételére egy hónap várakozási időt köt ki a szerződés hatálybalépéséhez képest.	A szolgáltatások megszervezésének és a biztosító költségvállalásának feltétele, hogy a biztosított egészségi állapotának további vizsgálata vagy egészségének megőrzése érdekében az alapellátás orvosa, vagy magánorvos, vagy egyéb szakorvosi vizsgálat alapján indikált esetben rendelkezzen a további ellátásához szükséges (szak)orvosi beutalóval. A biztosító szolgáltatásának további feltétele hogy az ellátásra vonatkozó igényt az ellátásszervező jelen Különös Biztosítási Feltételek alapján megalapozottnak minősítse.
Egynapos sebészeti ellátás A kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett betegsége következtében szükségessé váló olyan tervezhető, tervezett gyógyászati beavatkozása, amely a biztosított ambuláns műtéti kiválasztása és kivizsgálása szempontjainak függvényében az e célra kialakított egyéb feltételrendszerekkel működő intézményben történik, és a biztosított adott intézményben tartózkodása nem haladja meg a 24 órát. A biztosító az egynapos sebészeti ellátás szolgáltatásának igénybevételére három hónap várakozási időt köt ki a szerződés hatálybalépéséhez képest.	Az alábbi szakellátások <i>beutaló nélkül</i> is igénybe vehetők: szemészet, gégeszet, bőrgyógyászat, urológia, általános sebészet, nőgyógyászat és tüdőgyógyászat. A biztosítási esemény bekövetkeztekor, az orvosi beutaló birtokában további ellátási igényét a biztosított telefonon bejelenti az ellátásszervezőnek, aki munkanapokon áll rendelkezésre, és a bejelentést követő <i>öt munkanapon belül</i> megszervezi az első kapcsolatfelvételt a biztosított és az orvos között, majd ezt követően megszervezi az egészségi állapotának megfelelő egészségügyi ellátást, mindannyiszor, ahányszor arra a biztosítottnak szüksége van, de legfeljebb a szerződésben szereplő éves térítési limit mértékéig. A telefonbeszélgetések visszakérhető formában rögzítésre kerülnek.
Orvosi képalkotó diagnosztikai eljárások A biztosítottnak a további gyógyulásához szükségessé váló, a következő pontokban részletezett orvosi diagnosztikai eljárások valamelyike, melyre a	Az ellátásszervezővel <i>szerződött szolgáltató</i> esetén a szolgáltatás költségeit teljes egészében megtéríti a biztosító az ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a

biztosítottra vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett, szakorvos által, vizsgálati leletekkel dokumentáltan megállapított betegsége miatt van szükség. Ide tartozik: PET-CT, Cardio-CT, MR, CT	szolgáltatónak. Az ellátásszervezővel <i>nem szerződött egészségügyi szolgáltató</i> esetében a biztosító az ellátásszervező előzetes engedélye alapján és az általa meghatározott összeg erejéig téríti meg az ellátás költségeit a biztosítottnak utólag, számla ellenében. Amennyiben a biztosított az adott ellátásra vonatkozó éves limitjének 90%-át már felhasználta, a biztosító oly módon vállalja az egészségügyi ellátás megszervezését, hogy a költségeket utólag, számla ellenében téríti meg a biztosított részére az éves limit erejéig.
Baleset A biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében az emberi szervezet anatómiai szerkezetében változás következik be, és az így létrejött elváltozás szakorvosilag igazolt módon sérüléssel jár.	Baleseti maradandó egészségkárosodás Ha a biztosított a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező balesete miatt a balesettől számított két éven belül legalább 31%-os mértékű baleseti eredetű maradandó egészségkárosodást szenved (megrokkán), úgy a biztosító a baleseti maradandó egészségkárosodás kockázatának a biztosítási esemény időpontjában hatályos biztosítási összegéből az egészségkárosodás mértékének megfelelő százalékot, de legfeljebb a biztosítási összeg 100%-át kifizeti.
	Baleseti égés A biztosított égési sérülése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott 100%-os biztosítási összegnek az alábbi táblázatban meghatározott, az égéskárosodás mértékének megfelelő százalékát fizeti ki.

Forrás: www.unionbiztosito.hu és www.biztositasisfeltetelek.hu

Összefoglalóan elmondhatjuk, hogy bár a négy vizsgált termék szolgáltatásai és feltételei között sok átfedés tapasztalható, alapvetően más irányból közelítik meg a helyzetet. A Generali bizonyos előre meghatározott területeken (kórházi tartózkodás, műtét, rettegett betegségek és felmerülő extra költségek) nyújt – alapesetben természetbeli – szolgáltatásokat, a biztosítási éves limitjéig. Ezzel szemben az Uniqa meghatározza azon biztosítási események körét (kórházi tartózkodás, műtét, rettegett betegségek, csonttörés, rokkantság és szülés), melyek esetén kifizeti az előre meghatározott, ám a tényleges költségektől nem függő biztosítási összeget (illetve annak bizonyos százalékát). A Medicover alapvetően más irányból fogja meg a kérdést: ők vállalják, hogy a biztosított bármilyen betegsége vagy balesete esetén természetbeli szolgáltatást nyújtanak – amennyiben a bekövetkezett biztosítási esemény nem volt kizárva a szerződésben (a részletes kizárásokat a 3. melléklet tartalmazza). Az Union is az előzőektől eltérő terméket forgalmaz. Az ő esetükben alapvetően a háziorvos által előírt vizsgálatok megszervezésén és finanszírozásán van a hangsúly (természetesen a limitek

erejéig). Ők tehát kiemelten a várólisták kikerülését célozzák meg, s ezen felül még fix biztosítási összeget biztosítanak baleseti rokkantság és égés esetére is.

Látható tehát, hogy alapvetően más a megközelítés az egyes termékekénél, s ebből fakadnak a további különbségek is. Nem lehet általános érvénnyel és egyértelműen eldönteni, hogy melyik megközelítés a legjobb: mindenkinek az egyéni igényeinek legjobban megfelelő terméket kell kiválasztania amennyiben a jövőben egészségügyi biztosítást kíván majd kötni.¹¹

¹¹ A biztosítási szolgáltatásokkal kapcsolatban további információk találhatóak a 3. Mellékletben.

VI. Az egészségbiztosítás lehetséges szolgáltatásai Magyarországon

Az előzőekben megvizsgáltuk, hogy a fontosabb európai országokban hogyan épül fel az egészségügyi rendszer, illetve milyen szerepet tölt be a magán egészségbiztosítás a különböző rendszerekben. Ezt követően megnéztük a piac jelenlegi helyzetét, illetve a piacon jelen lévő termékeket. Itt az idő, hogy átgondoljuk, hogy milyen (további) termékekre lehet igény hazánkban. A korábban részletesen megvizsgált termékek esetén már találkoztunk a **kórházi fekvőbeteg ellátásra, a műtéti térítésre, a különböző labor- és szakorvosi vizsgálatokra és a kiemelt kockázatú betegségekre** vonatkozó biztosításokkal, így ezek további vizsgálatától itt most eltekintek. Mindez természetesen nem azt jelenti, hogy e biztosítási termékek ne lennének lényegesek, sőt: úgy vélem, hogy egy piacon megjelenő új terméknek ilyen típusú szolgáltatásokat is nyújtaniuk kell. Ebben a fejezetben inkább azt szándékozom megvizsgálni, hogy milyen extra, kiegészítő szolgáltatások építhetők még be a termékekbe.

1. **Fogorvosi kezelés:** ez a szolgáltatás szinte egyetlen európai országban sem tartozik bele az államilag finanszírozott ellátások körébe, így már régóta a magán egészségbiztosítások „célpontjai” közé tartozik.¹² Magyarországon a társadalombiztosítás szinte csak az alap- és sürgősségi ellátást finanszírozza.¹³ Bár hazánkban a fogorvosi ellátás európai mércével mérve színvonalas és olcsó, egy hazai családot még így is komolyan meg tud terhelni egy ilyen típusú kezelés finanszírozása.¹⁴ Ehhez hozzáadódik, hogy a magyar lakosság fogazatának állapota meglehetősen rossz (*Egészségügyi Minisztérium, 2006*) Emiatt úgy vélem, lenne igény ilyen típusú termékekre. Az antiszelekció reális veszélye miatt azonban mindenképpen szükséges lesz majd az ügyfelek előzetes vizsgálatának az előírása, illetve a komolyabb/drágább fogászati beavatkozást megelőző biztosítói orvos hozzájárulásának a kikötése.
2. **Nőgyógyászat:** tipikusan olyan szolgáltatás Magyarországon, melyet az ügyfelek szívesebben vesznek igénybe magánorvosi rendelőkben (*ESKI, 2006*). Ennek a költségeit fedezni lehetne akár egy egészségbiztosítási termék segítségével is. A megfelelő színvonalat képviselő magánrendelőkkel történő szerződéskötéssel a biztosítók természetbeli szolgáltatásokat nyújthatnak az ügyfeleknek. Ugyanakkor fontos átgondolni, hogy az ilyen jellegű költségek szórása mekkora lenne, illetve,

¹² Például Angliában: PrivateHealth.co.uk

¹³ A finanszírozott kezelések pontos listája: 48/1997. (XII. 17.) NM rendelet 2. számú melléklete

¹⁴ Bővebben erről a Magyar Fogászati Turizmus Fejlesztő Program honlapján

hogy mennyire tekinthető-tekintendő véletlenszerűnek ezen szolgáltatások igénybevétele (például: rendszeres szűrővizsgálatok)

3. **Bőrgyógyászat:** a lélektani érzékenység miatt itt szintén magas a magánrendelések aránya (ESKI, 2006). Emiatt az előző ponthoz hasonló megoldási javaslatok lehetségesek ezen a területen is.
4. **Terhesség és szülés:** a legtöbb piaci termékből a terhesség és az ezzel kapcsolatos költségek ki vannak zárva, vagy pedig csak egy egyösszegű támogatást biztosítanak az ilyen esetekre. A szüléssel kapcsolatban ugyanis sok esetben elvárt, szinte kikényszerített a hálapénz (akár előre történő) fizetése.¹⁵ Emellett ilyenkor sok egyéb, kiegészítő költség is felmerül. S mivel a család jövedelme is kevesebb ebben az időszakban, így mindenképpen érdekes lehetne egy – főleg járadékos – formában térítő biztosítási (kiegészítő)termék.
5. **Alternatív gyógyászat:** jelenleg sem a társadalombiztosítás, sem pedig egyéb más magán egészségbiztosítás nem terjed ki a különböző alternatív gyógyászati módszerek (például: akupunktúra, homeopátia) költségeinek fedezésére. Ennek ellenére ezen szolgáltatások egyre nagyobb, néha szinte hisztérikus népszerűségnek örvendenek (Ipolyi-Topál, 2006). E terület biztosítási fedezése nem egyszerű, hiszen ezen eljárások jelentős része nem tudományosan igazolt („élettapasztalat” útján igazolt sok esetben)¹⁶, így nehéz elejét venni a csalásoknak. Emiatt tehát a biztosítónak csak pénzbeli szolgáltatást szabad vállalnia, amely felhasználható bármelyik „divatos” természetgyógyásznál, azaz a szolgáltatás sikerességéért semmifajta felelősséget nem szabad vállalnia. Alternatív megoldást az jelenthetne, ha a biztosító olyan magánkórházzal szerződne, amelyiknél megbízik az ilyen eljárások sikerében és megfelelő saját szakembereket is alkalmaz a szolgáltatások biztosításához. Ebben az esetben a csalással járó kockázatok jelentős része már nem a biztosító vállát terhelné. Így talán be lehetne építeni ezt a területet is valamely termékbe.
6. **Várakozási idő csökkentése:** a magyar egészségügy egyik legnagyobb problémája a hosszú várólisták létezése.¹⁷ Ennek csökkentésében más országok példája alapján (például: Spanyolország, Olaszország) szerepet játszhatnak az egészségbiztosítások. Mindez természetesen főként a magánorvosi rendelők és magánkórházak kapacitásának bevonásával lehetséges (illetve az állami rendszerben finanszírozási

¹⁵ Érdekes összefoglaló cikk a témakörrel található a medicaonline.eu honlapon

¹⁶ Számos kritikus cikk található itt: www.szabadgondolkodo.hu

¹⁷ Az OEP például külön adatbázist tart fent, ahol a kórházak várólistáinak honlapja vannak összegyűjtve.

okokból fel nem használt kapacitások kihasználásával). Úgy gondolom, hogy – a már jelenleg sem túl rózsás – helyzet várható további romlásával egyre szélesebb rétegek lesznek hajlandók akár rendszeresen is fizetni csak azért, hogy felmerülő egészségügyi problémáik azonnal, illetve a jelenleginél is sokkalta gyorsabban kezelésre kerüljenek. A hazai piacon legutóbb megjelent termék, az Union PrivateMed kifejezetten ezt célozza.

7. **Hálapénz:** a régiós egészségügyi rendszer „rákfenéje” a hálapénz intézménye.¹⁸ Ennek kezelésére több megoldási javaslat is létezik már a magyar piacon. Az egyik lehetőség a betegség esetén egy összegű biztosítási díj, vagy pedig a kórházi költségekre vonatkozó napidíj térítése, amely magasabb összegek esetén – ugyan nem kimondva, de – a fizetendő hálapénz fedezetéül is szolgálhat. A másik módszer a magánkórházakkal való szerződés, ahol egyértelműen megtiltják az orvosoknak a hálapénz elfogadását. Nyilván ez utóbbi módszer tudja csak valóban előrébb mozdítani a helyzetet, illetve ez az, ami beilleszkedik a klasszikus egészségbiztosítások filozófiájába.¹⁹
8. **Ápolás:** komoly gondot jelent hazánkban (és egész Európában) a hosszútávú és az időskori ápolás kérdése. Hollandiában és Németországban igen jó kezdeményezések vannak ezen a területen, ám még ott sem lehet tudni, hogy milyen eredményre vezetnek majd a még alakuló reformok (*ESKI, 2007*). Amennyiben belegondolunk, az időskori ápolás sok esetben (kalkulációs szempontból) megfeleltethető a klasszikus életbiztosítási termékek alaphelyzetének²⁰. Megoldási lehetőség lehetne például az idősek otthonával való szerződés a biztosító részéről, s így egyfajta örökjáradékos kifizetésű életbiztosítási konstrukció alkalmazása egy egészségbiztosítási termékben belül. Egyszerűbb megoldásként azonban az heti 1, 2... 7 napos otthoni ellátást – ápolást szolgáló személyzet bérének fizetését nyújtó luxus-termék is kifejleszthető.
9. **Kórházi hotelszolgáltatás:** a hazai piacon az ING rendelkezik ilyen tartalmú kiegészítő biztosítással. Ez a szolgáltatás különösen abban az esetben lényeges, ha a biztosító olyan magánkórházakkal áll szerződésben, ahol nincs lehetőség komolyabb műtétek elvégzésére, illetve fekvőbeteg-ellátásra. Éppen ezért érdemes lehet kiegészítő jelleggel beépíteni egészségbiztosítási termékbe ezt a szolgáltatást oly módon, hogy a biztosító vagy fenntart egy saját osztályt valamelyik kórházban (lásd

¹⁸ Bővebben: 2. melléklet

¹⁹ Bővebben: 1. melléklet

²⁰ Bővebben: www.pszaf.hu

ING Vitalitás osztály), vagy pedig valamely színvonalasabb szolgáltatást is nyújtani képes állami kórházzal köt együttműködési megállapodást.

10. **Extrémспорт:** az ilyen esetek szinte minden termékből ki vannak zárva, éppen a várhatóan nagy kárhányaduk miatt. Ennek ellenére érdemes elgondolkozni azon, hogy bizonyos nagyságú (egyéb biztosítású termékű) állomány mellett már lehet, hogy sikerül olyan kedvező feltételeket kialkudni egy-egy magánkórháztól, hogy megérje a (drága) „extrémспорт-biztosítást” is kínálni az ügyfeleknek.
11. **Szakorvosi konzultáció:** az Uniqa Med Help és az Union PrivateMed termékében láthatunk gyakorlati példát ennek a hazai megvalósulására. Érdekes lehet megvizsgálni a külföldi konzultáció beépítésének lehetőségét, főleg a magasabb szolgáltatású termékváltozatokba. Kifejezetten ilyen szolgáltatást kínál például a Best Doctors nevű nemzetközi szervezet.
12. **Speciális kezelések:** több olyan betegség is van, melynek kezelése az országon belül csak egy helyszínen történik (vagy akár extrém esetben hazánkban nincs is lehetőség az adott kezelésre). Ilyen esetekben további extra költségek merülhetnek fenn, melyekre fedezetet nyújthatna egy egészségbiztosítási termék.
13. **Számlafizetés:** ilyen jellegű termék található a hazai piacon az ACE European Group Magyarországi Fióktelepének forgalmazásában. A termék lényege, hogy ha bármilyen baleset, betegség vagy haláleset történne, a biztosító vállalja, hogy meghatározott időtartamig kifizeti a biztosított helyett a havi számláit, banki hitelrészletét vagy akár életbiztosítási díjait. Ez a konstrukció önálló termékként vagy inkább extra szolgáltatásként népszerű és jól kommunikálható lehetne az ügyfelek számára.
14. **Táppénz:** 2011. május 1-ével ismét (az elmúlt évekhez hasonlóan) változott a táppénz szabályozása. Ennek megfelelően jelenleg maximum bruttó 5200 forintot kaphatnak naponta a keresőképtelenné váló biztosítottak, s ezt az összeget is csupán maximum egy éven keresztül (*OEP Tájékoztató, 2011*). Ez az összeg gyakorlatilag alig elegendő a megélhetésre, különösen akkor, ha a család eltartójával történik valami. Éppen ezért ezen a területen komoly lehetőség adódhat a magán egészségügyi biztosítások számára. Érdemes esetleg elgondolkozni a skandináv modellen, ahol a munkáltató egyik béren kívüli juttatása a táppénz-biztosítás (*ESKI, 2006*), illetve azon is, hogy érdemes lehet összekötni egy ilyen terméket a számlafizetési-biztosítással is.
15. **Rokkantság:** ami talán még egy halálesetnél is komolyabb „nehézségeket” jelenthet a család számára, az a tartós munkaképtelenség. Az állami társadalombiztosítási rendszerben ugyan jelen van a rokkantnyugdíj intézménye, ez azonban nem jelent

minden esetben elegendő fedezetet a kieső jövedelemmel szemben. S tudjuk: elég komoly kezdeményezések irányulnak a rokkantnyugdíjasok ismételt munkába állítására. Éppen ezért célszerű lenne olyan járadékos szolgáltatású biztosítás termék kidolgozása, mely fedezhetné a rokkantak kieső jövedelmét. A korábbiakban már láthattuk egyébként, hogy több mai piaci termék is tartalmaz baleseti rokkantság esetén egy összegű térítést. Itt azonban a járadék-vásárlási lehetőségéről lenne szó.

16. **Rehabilitáció:** a rokkantsággal szoros kapcsolatban áll a rehabilitáció finanszírozása is. Ilyen szolgáltatás biztosítása szintén a magánkórházakkal, illetve rendelőintézetekkel együttműködve lehetséges. Fontos feltétel, hogy ilyen esetben elő kell írni, hogy a biztosító csak akkor téríti meg a kezelés költségeit, ha a beteg a teljes kezelés-sorozatot végigcsinálja. A kötelezettség tehát kétoldalú lesz: a beteg sem hagyhatja abba a sokszor fájdalmas és megerőltető gyakorlatokat.²¹ Ilyen típusú termékekre több nemzetközi példa is van, különösen az Egyesült Államokban népszerűek az ezek a modellek (Asztalos, 1997).
17. **Gyógyszerek:** a magyar lakosság gyógyszerekre fordítja a legtöbb közvetlen hozzájárulását az egészségügyben (*PSZÁF Statisztikák*). A piacon való megjelenéshez a gyógyszertárakkal való együttműködésre van szükség, a már ma is létező egészségpénztári rendszerhez hasonló módon. Különösen a rövid ideig tartó, ám nagyon drága gyógyszeres kezelésekre, illetve a hosszú ideig tartó, krónikus betegségek alap-gyógyszereire vonatkozóan lehetne külön terméket kifejleszteni.
18. **A biztosítási védelem kiterjesztése:** az Uniq Med Help nevű termékében található az a szolgáltatás, hogy a biztosító abban az esetben is kifizeti a kórházi kezelésre vonatkozó napidíjat, amennyiben nem az ügyféllel, hanem annak 14 évnél fiatalabb gyermekével történik valami. Természetesen ezt a szolgáltatást is lehet természetben biztosítani, és ez a termék is nagyon jól kommunikálható az ügyfelek felé. Érdemes megvizsgálni azonban nem csak a fiatalabb, hanem az idősebb, a szülői, nagyszülői generáció felé való kiterjesztés lehetőségét is, illetve az ápolási és a gyógyszer-biztosítási termékkel való „csomagba kötés” ötletét is.
19. **Indokolt plasztikai műtét:** a legtöbb hazánkban elérhető termék kizárja a plasztikai műtétek esetén történő térítést. Több helyen kivételt képez azonban az úgy nevezett indokolt plasztikai műtétek köre, amely általában valamilyen speciális betegség, vagy baleset miatt szükséges „helyreállító-korrigáló” műtétet tartalmazza. Ezt be lehet

²¹ A Medcover Spring termékében ez elő is van írva.

építeni a termékbe, ahol azonban különös figyelmet kell majd fordítani a csalások kiszűrésére is.

20. **Szolgáltatásszervezés:** az orvosokkal való időpont-egyeztetés hosszadalmas és fáradtságos feladat. Ebben igyekszik segítséget nyújtani az Union PrivateMed terméke, mely átvállalja az ügyféltől az adminisztrációs és szervezeti feladatok egy részét. Ez a szolgáltatás véleményem szerint rendkívül népszerű lehet a jövőben, különösen a kórházi kapacitások szűkítése idején.

A fentiekben igyekeztem összeszedni, hogy milyen lehetséges területek, igények léphetnek fel a magyar piacon, melyeket a biztosítók ki tudnak elégíteni. A lista természetesen nem kizárólagos és e szolgáltatások egy része valószínűleg nem is működtethető gazdaságosan. Más részük pedig talán technikailag nem valósítható meg. Mégis mindenképpen érdemes figyelembe venni ezeket a lehetséges területeket, amikor egy új terméket kidolgoz a biztosító. Rendkívül lényeges, hogy ezen ötletek korlátlanul összekapcsolhatók, így sok csomagba kötve egy sor különböző igényt lehet a segítségükkel kielégíteni. Természetesen más, új igények is felléphetnek a piacon a későbbiekben, a jelen pillanatban azonban ezek tűnnek a leglényegesebbeknek, illetve olyanoknak, amelyeket különösen sikeresen lehetne fedezni a magán egészségügyi biztosítások segítségével.

VII. Következtetések

Dolgozatom első részében áttekintettem az európai egészségügyi rendszereket, különösen finanszírozási szerkezetük és problémáik alapján, illetve részletesen igyekeztem megvizsgálni a magán egészségbiztosítások szerepét az egyes rendszerekben. Azt tapasztaltam, hogy a nyugat-európai országokban nagy hagyománya van e konstrukcióknak, s az országok többségében már most jelentős tényezői az egészségügyi rendszereknek. Ezzel szemben a közép-kelet-európai régióban nincsenek számottevően jelen e termékek, s szerepük még elhanyagolható az egészségügyi költségek fedezésében. Úgy gondolom ugyanakkor, hogy az egészségügyi rendszerek hosszú távú finanszírozási problémái sajnos megfelelő táptalajt fognak kínálni e termékek elterjedéséhez, ám ehhez – főként a kelet-európai országok esetén – alapvetően meg kell változnia a jelenlegi szabályozói és fogyasztói magatartásnak is.

Az európai helyzet áttekintése után rátértem konkrétan a magyar egészségügyi rendszer vizsgálatára. Hazánkban az állami finanszírozás aránya az összes költség között kimondottan alacsony. A háztartások közvetlen finanszírozása ennek megfelelően magas, nagyon is elgondolkodtató, hogy ennek ellenére sem tudtak a magán egészségbiztosítások komoly szerepet betölteni eddig a piacon. Mindez több tényezőnek is „köszönhető”: az egészségpénztárak adókedvezményei, a hálapénz elterjedtsége, a rendszer rugalmatlansága és az ügyfelek igényeinek nem megfelelő piaci termékek egyaránt szerepet játszanak a sikertelenségben. Az elmúlt időszakban ugyan némi javulás tapasztalható a piacon: egyre több a természetbeli szolgáltatást kínáló termék, a szabályozó hatóság is lépéseket tett termékek helyzetének könnyítésére adókedvezmények formájában, illetve a lakosság egyre nagyobb része érdeklődik e konstrukciók iránt.

A magyar piacon összesen 9 különböző egészségbiztosítási termék található. Ezek között vannak csupán kiegészíthető formában köthető, illetve csak pénzbeli szolgáltatást nyújtó konstrukciók is, melyek valójában nem is felelnek meg a klasszikus egészségbiztosítások feltételeinek. Négy olyan önálló termék van jelen a piacon, amely a fejlődés egy-egy lehetséges útját mutatja be. A termékek szolgáltatásai és feltételei között ugyan sok átfedés tapasztalható, azonban alapvetően más irányból közelítik meg a helyzetet. A Generali Exkluzív egészségbiztosítási terméke bizonyos előre meghatározott területeken nyújt – alapesetben természetbeli – szolgáltatásokat a biztosítási éves limitjéig. Ezzel szemben az Uniqa Med Help terméke szintén meghatározza a biztosítási események (kicsit tágabb) körét, melyek esetén kifizeti az előre meghatározott, ám a tényleges költségektől nem függő biztosítási díjat (illetve annak bizonyos százalékát). Igaz, ők ezen felül több kiegészítő

természetbeli szolgáltatást is kínálnak az ügyfeleknek. A Medcover Spring terméke alapvetően más irányból közelíti meg a kérdést: ők vállalják, hogy a biztosított bármilyen betegsége vagy balesete esetén természetbeli szolgáltatást nyújtanak – amennyiben a bekövetkezett biztosítási esemény nem volt kizárva a szerződésben. A piacon legutóbb megjelent Union PrivateMed terméke pedig főként szolgáltatásszervezést és egyéb természetbeli szolgáltatásokat biztosít a többi termékénél hosszabb időtávon. Fontos, hogy itt jelenik meg először díjengedmény (Búnusz) kármentesség esetén, valamint a családi kötés lehetősége is. Látható tehát, hogy alapvetően a megközelítés más és más a termékek esetén, s ebből fakadnak a további különbségek is. Nem lehet egyértelműen eldönteni, hogy melyik megközelítés a legjobb, mindegyik egy-egy lehetséges irányt mutat a piaci szereplők számára.

Dolgozatom utolsó szakaszában áttekintettem, hogy milyen termékekre, milyen kockázatok fedezésére lehet igény az ügyfelek részéről. Az itt felsorolt 20 lehetséges igény egy része talán nem fedezhető gazdaságosan magán egészségügyi biztosításokon keresztül, azonban mindenképpen érdemes figyelembe venni őket, amikor egy új termékkel kíván egy biztosító belépni erre a még elég fejletlen piacra.

Az egészségbiztosítások magyarországi piaca jelenleg még egy igen fejletlen, nem túl kedvező, ám javuló környezetben lévő ágazat, amelyben azonban nagyon komoly fejlődési-fejlesztési potenciál rejlik. A nyugat-európai példákból kiindulva láthatjuk, hogy ezen a területen sok lehetőség van; csak meg kell várni a megfelelő környezet kialakulását és ki kell találni, hogy hogyan lehet a hazai igényeknek megfelelő konstrukciót összeállítani. Kutatásom fő üzenete ezért az, hogy az egészségbiztosításokban már most is olyan hatalmas és egyre növekvő lehetőségek vannak, hogy már most érdemes lehet „nekiállni” a termékfejlesztésnek, a csak később, s a várhatóan kedvező irányba forduló piaci lehetőségek kiaknázása érdekében.

Irodalomjegyzék

Valamennyi link ellenőrizve: 2012. március 25-én.

ACE: <http://www.aceeurope.hu/AceEuropeRoot/ACEHungary/>

Adobevallas.info: 2012-től a munkáltató által kötött betegségbiztosítások díja adó- és járulégmentessé válik (2012. január 16.)

Elérhető: <http://adobevasallas.info/penzugyi-hirek/2012-tol-a-munkaltato-altal-kotott-betegsegbiztositasok-dija-ado-es-jarulekmentesse-valik.html>

Bányár, József: Életbiztosítás (Aula Kiadó, Budapest, 2003)

Berkalkulator.org: Természetbeni juttatások 2012 – ellátások és pontos definíciók

Elérhető: <http://berkalkulator.org.hu/termeszeten-bi-juttatasok-2012-ellatasok-es-pontos-definiciok.html>

Best Doctors: www.bestdoctors.com

Biztosítási feltételek: <http://biztositasifeltetelek.hu/>

Biztosítási Szemle: Így kerülhető el a várólista és a hálapénz (2011. december 5.)

Elérhető: http://www.biztositasiszemle.hu/cikk/hazaihirek/eletbiztositas/igy_kerulhető_el_a_varolista_es_a_halapenz.793.html

CompLex Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye: <http://net.jogtar.hu>

Dr. Asztalos, László György: Biztosítási Kézikönyv (Biztosítási Oktatási Intézet, Budapest 1997)

Dr. Futó, Gábor: Társadalombiztosítás (Penta Unió Oktatási Centrum, Budapest, 2010)

Egészségbiztosítás: <http://egeszsegbiztositas.lap.hu/>

Egészségügyi Minisztérium: A magyar lakosság fogászati állapota (2006. május 29.)

Elérhető: <http://www.eum.hu/archivum/hirek/magyar-lakossag>

Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet: <http://www.eski.hu/>

Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet: Egészségügyi rendszerek az Európai Unió régi tagállamaiban (2007)

Letölthető: http://www.eski.hu/new3/kiadv/zip_doc/Nyugat_Europa.pdf

Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet: Magán és kiegészítő egészségbiztosítások lehetőségei Magyarországon (2006)

Letölthető: http://www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2006/magan_biztositasok.pdf

Forgács Anna: Az egészségügy, mint világprioritás (Külkereskedelmi Főiskolai Füzetek 16. szám, 5-10. o., 2006)

Letölthető: http://elib.kkf.hu/okt_publ/szf_16_01.pdf

Forgács, Anna – Vallyon, Andrea: Egészségügyi rendszerek hatékonysága az Európai Unióban és az unión kívül (EU Working Papers, 6. évf, 2. szám, 3-29.o, Budapest, 2003)

Letölthető http://elib.kkf.hu/ewp_03/ewp_0302_07.pdf

ING: <https://www.ing.hu/public/main/kezdoldal>

Ipolyi-Topál Gitta: Jó üzlet a homeopátia (Hetek, XII. évf. 3. szám, 2008. január 18.)

Elérhető: http://www.hetek.hu/életmod/200801/jo_uzlet_a_homeopatia

GE Healthymagination: <http://www.healthofnations.com>

Generali: <https://www.generali.hu/>

KSH: Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2009

KSH: http://portal.ksh.hu/portal/page?_pageid=37,115776&_dad=portal&_schema=PORTAL

Magyar Fogászati Turizmus Fejlesztési Program: <http://www.mftf.hu/aktualis>

Medicaonline.eu: Hálapénz a szülészobában – kiszámoltuk: milliárdokat rakunk a borítékba (2010. október 08.)

Elérhető: http://www.medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/halapenz_a_szuloszoban_kiszamoltuk_milliardokat_rakunk_a_boritekba

Medicover: <http://www.medicover.com/huhu/Default.aspx>

Németh, György: Az egészségbiztosítási rendszerekről - nemzetközi összehasonlításban I. (Egészségügyi gazdasági szemle, 45. évf. 5-6. szám 2-19.o, Budapest, 2007)

Letölthető: <http://www.weborvos.hu/adat/egsz/2007dec/2-19.pdf>

OECD: <http://stats.oecd.org>

OEP: A magyar társadalombiztosítás története

Elérhető:

www.oep.hu/portal/page?_pageid=34,32914&_dad=portal&_schema=PORTAL

OEP: Betegfogadási lista

Letölthető:

http://www.oep.hu/pls/portal/docs/PAGE/SZAKMA/OEPHUSZAK_EUSZOLG/ALAPSZAKELL/VÁRÓ%20ÉS%20BETEGFOGADÁSI%20LISTÁK/VLISTA_LINKEL_2011.06.16.PDF

OEP: Tájékoztatás a 2011. május 1-jén hatályba lépő, keresőképtelenséget, illetve táppénzt érintő jogszabályváltozásokról

Letölthető: [http://www.oep.hu/pls/portal/docs/PAGE/SZAKMA/OEPHUSZAK_EUSZOLG/ALAPSZAKELL/TÁJÉKOZTATÁS%20A%20JOGSZABÁLYVÁLTOZÁSRÓL%202011%2005%2001%20\(2\).PDF](http://www.oep.hu/pls/portal/docs/PAGE/SZAKMA/OEPHUSZAK_EUSZOLG/ALAPSZAKELL/TÁJÉKOZTATÁS%20A%20JOGSZABÁLYVÁLTOZÁSRÓL%202011%2005%2001%20(2).PDF)

Patikapenztar.hu: Adó 2012

Elérhető: http://www.patikapenztar.hu/alap.php?main_menu=1&sub_menu=ado

PrivateHealth.co.uk: Dental Insurance

Elérhető: <http://www.privatehealth.co.uk/healthinsurance/insurance-dentalinsurance/>

PSZÁF: www.pszaf.hu

Solymosi Tamás: Mai magyar egészségügy – helyzetelemzés és kibontakozás (Védegylet, 2005)

Letölthető: <http://www.konzilium.hu/plafon/ve.pdf>

Szabadgondolkodo.hu: Alternatív orvoslás

Elérhető: <http://www.szabadgondolkodo.hu/szkeptikus/alternativ-orvoslas/>

Uniq: http://www.uniq.hu/uniq_hu/

Union: <http://www.unionbiztosito.hu/>

Wikipedia: <http://wikipedia.org>

WHO: <http://www.who.int/en/>

1. melléklet: Az egészségbiztosítások elmélete

I. Az egészségbiztosítások besorolása ²²

A hagyományos (ún. németes) biztosítási kultúrában a széles értelemben vett személybiztosítások esetében mindenkor valamely természetes személy életére, egészségi állapotára, munka- és jövedelemtermelő képességére vonatkozó megállapodás képezi a biztosítás tárgyát. A szűken értelmezett személybiztosításoknál a természetes személyek normális (szokásos) életmenetét feltételezve kötik meg a szerződést. Az ún. egészségügyi, avagy pótló típusú személybiztosításoknál azonban az élő személy nem normális, hanem éppen rendkívüli életmenete (pl: baleset vagy betegség) miatt jön létre a biztosítás. Ezzel szemben az angolszász besorolásban az életbiztosítási ág(azatok) fogalma lényegében megegyezik a szűken vett személybiztosításokkal. A pótló személybiztosításokkal kapcsolatos szemlélet azonban eltér a hagyományos értelmezéstől, hiszen itt valamennyi élő személyt ún. emberi tőkejószággként is megítél. Az egészséget óriási vagyoni értéknek tartó társadalmakban ezért a baleset esetén valójában értékvesztést, betegség esetén pedig érték-helyreállítást, illetve annak az igényét, illetve fedezetét említik meg. Ebből a szempontból tehát jogilag és közgazdaságilag megalapozottan sorolódnak a pótló jellegű személybiztosítások az (emberi tőkében megtestesülő) vagyonbiztosítások körébe. A fenti elveknek megfelelően az Európában általánosan elfogadott besorolásban (mely az élet-ágot 9, míg a nemélet-ágot 18 ágazatba sorolja) pár kisebb kivételtől eltekintve²³ az **egészségügyi biztosításokat a nemélet-ágban szerepelnek.**

II. Az egészségbiztosítások rendezőelvei

Az egészségügyi, illetve a vagyon- és jövedelempótló személybiztosításokba két neméletbiztosítási ágazat (a baleset- és a betegségbiztosítások), illetve azok kombinációi tartoznak. Tekintsük át e két ágazat legfontosabb rendezőelveit.

²² A melléklet **nem saját munka**, „dr. Asztalos László: Biztosítási kézikönyv” egészségbiztosítással kapcsolatos részének rövidített, átdolgozott változatát tartalmazza.

²³ A klasszikus életbiztosításokhoz kiegészítő jelleggel kötött pótló személybiztosítások (I. ágazat) és az Egyesült Királyságban és Írországban művelt csoportos és hosszú távú ún. folyamatos egészségügyi biztosításokat (permanent health insurance) (IV. ágazat) számítanak kivételnek.

II.1. A Balesetbiztosítások rendezőelvei

Balesetté nyilvánításhoz 4 tényező együttes léte szükséges:

- (a) külső erőbehatás (pl: összeütközés)
- (b) hirtelenség (a normális emberi reakcióidőn belüli követelménye)
- (c) a sérült akaratától való függetlenség
- (d) testi (fiziológiai, vagy akár pszichikai) rongálódás

Ezek alapján a balesetbiztosítási terméket a következő nyolcféle elem, illetve szempont kombinációjaként kaphatjuk meg:

- 1) A *biztosítottak köre* alapján beszélhetünk **egyéni** vagy **csoportos** biztosításokról. A csoportos fogalmon belül megkülönböztethetünk valódi csoportos biztosításokat, illetve burkolt csoportos ügyleteket, melyek csupán több egyéni szerződés együttes kezelését jelentik.
- 2) A *szolgáltatások kiterjedtsége* alapján beszélhetünk **általános** (a szerződésben ki nem zárt valamennyi kockázatra kiterjed a biztosító vállalása), illetve **speciális** (azt határozzák meg tételesen, hogy csak milyen további kiegészítő feltételek mellett jöhet szóba egy kockázat vállalása) egészségügyi biztosításokról.
- 3) A *szolgáltatások tartama* szerint három alapesetet különböztethetünk meg:
 - a) kizárólag baleset miatt bekövetkező (**baleseti**) **halál**-biztosítások
 - b) az egészségügyi és munkavégzőképesség **tartós** (részleges vagy teljes mértékű) csökkenését kifejező **rokkantsági** biztosítások
 - c) az ideiglenes munkaképtelenség és az átmeneti egészségügyi, illetve munkavégzőképességbeli állapot-romlás miatt adódó vagyon- és jövedelemveszteség pótlását szolgáló biztosítások
- 4) A *szerződők köre* alapján rengeteg ismérv szerint lehet csoportokat képezni. Ezek közül a legjellemzőbbek: azonos **foglalkozásúak**, ugyanazon a **munkahelyen** dolgozók, hasonló **beosztásúak**, azonos **területi** egységben lakók, stb.
- 5) A különösen veszélyeztetett, ún. speciális kockázatú csoportokra kidolgozott *speciális biztosításoknál* is számos tényezőt alapján lehet különbséget tenni. A legjellemzőbbek: **életkor** (pl:4-18 év), **foglalkozás** (pl: tanuló, bányász), választott **utazási eszköz** (pl: gépjármű, repülőgép), **különleges terület** (pl: valamely háborúban álló ország), stb.

- 6) A *szolgáltatás módja* szerint megkülönböztetünk egyösszegű és járadékbiztosításokat. Ez utóbbinál a szolgáltatás tarthat élethosszig vagy egy meghatározott időszakig (pl: a felépülésig) tart a járadékfizetés.
- 7) A *díjfizetés módja* szerint beszélhetünk egyszeri vagy folytonos díjas termékekről.
- 8) A *szerződés típusa* szerint lehet szó:
 - a) kizárólagos **balesetbiztosításról**
 - b) kizárólag **egészségügyi biztosításról** (baleset és betegségbiztosítások együttesen)
 - c) életbiztosítási ágazatba tartozó kockázatvállalással együttesen, ún. **kapcsolódó** biztosításról
 - d) nem-életbiztosítási (vagyonbiztosítási) kockázatokkal is közös védelemről, azaz **összetett (komplex)** biztosításról.

II.2. A betegségbiztosítások rendezőelvei

A betegségbiztosítások a szociális biztonság, illetve a szociálpolitika fontos kiegészítő elemei. A gyakorlatban az állampolgárok egészségügyi ellátásában ez képezi a társadalombiztosítás és az önkéntes kölcsönös biztosítópénztárak mellett az ún. harmadik oszlopot. A betegségeknek különös jellemző az objektív és a szubjektív kockázat szoros összefüggése, mivel a betegség érzete és a tényleges betegség megléte nem választható el egymástól. Éppen ezért a jól kialakított biztosítási rendszernek az egészség-megőrzésére is ösztönöznie kell a biztosított egyéneket (pl: önrész alkalmazásával).

A betegségbiztosításokat az alábbi három módon célszerű csoportosítani:

- 1) A *szolgáltatás terjedelme* alapján beszélhetünk:
 - a) **Teljes (univerzális)** betegségbiztosítás: a társadalombiztosítást helyettesítő intézményként jöttek létre, így az egészség helyreállításával kapcsolatos szinte mindenfajta kockázatot átvállalnak (pontosabban mindent, ami nincs kizárva). Az ilyen termékek jellemzője, hogy csak további külön szolgáltatásként vállalják a jövedelempótlást, illetve a haláleseti kifizetés is viszonylag alacsony.
 - b) A középrétegek számára különösen jelentősek az ún. **alapvető (basic)** avagy az ún. **lényeges (major)** betegségekre kiterjedő szolgáltatást nyújtó termékek, melyek nagyjából lefedik az átlagos egészségügyi kockázatokat.
 - c) Rendkívül népszerűek az ún. **részleges**, gyakran csak egy előre meghatározott egészségügyi funkcióra, szakorvosra (pl: fogászat) kiterjedő szolgáltatású betegségbiztosítások.

- 2) A *társadalombiztosítással való viszony* alapján beszélhetünk **teljesen helyettesítő** vagy **kiegészítő-pótló** jellegű biztosításokról. Ebből a szempontból külön érdemes vizsgálni kórházi ápolás többlet-költségeit fedező, a táppáncz-kiegészítést nyújtó, illetve a kiutazási (külföldi konzultációs) lehetőséget nyújtó biztosításokat.
- 3) A betegségbiztosításoknál fontos csoportosítani a várakozási (lappangási) idő alapján is. A normál várakozási idő esetén általában csak pár napot (esetleg néhány betegségre maximum 3 hónapot) kötnek ki. Rendkívüli várakozási időt (6-8 hónapot) ott írnak elő, ahol a kezelés biztosított általi elhalasztása ésszerűnek tűnhet (pl: fogásza).
- 4) A biztosítottak egészségvédelmére való ösztönzést közvetlenül szolgálja a (kármentességi) díjengedmény, amely „kártalanság” esetén díjvisszatérítést jelent a gyakorlatban. Közvetve szolgálhatja ezt a célt a biztosító (főként kisebb biztosítási egyesületek) esetleges nyereségéből való részesedési lehetőség is.

III. Legfontosabb egészségügyi biztosítások

III.1. Az egyéni egészségbiztosítások

- 1) **Kórházi kiadásokra szóló biztosítások:** ezek a termékek a kórházi **(alap)ellátásra** és/vagy az **egyéb** pótlólagos, kiegészítő kórházi költségekre (pl: laboratórium-, műtőhasználat) koncentrálnak. Az első csoportban a térítés a *tényleges költségek* elve alapján, a *taksált* (előre pénzösszeggel meghatározott) vagy pedig extra *szolgáltatással* kerülhet meghatározásra. Az egyéb költségeknél jellemző a *korlátozás*, illetve az ellátási *költségekhez való hozzákapcsolás* (pl: maximalizálhatják egy abszolút összegben a költségeket, vagy az átlagos költségszint előre meghatározott többszöröséig térítenek). Jellemző a termékre a beteg *hozzájárulásának* (tehát 10-20% önrésznek) elvárása. E termékek általában *teljes biztosítások*, tehát csak a tételesen kizárt kockázatokra nem térít a biztosító.
- 2) **Az operációs (abszolút összegű) költségeket fedező biztosítások:**
 - a) Az ún. *listás* biztosításoknál tételesen meghatározzák, hogy egy műtét mennyibe kerül a biztosítónak.
 - b) Az ún. *viszonylagos értékű* biztosításoknál a különböző bonyolultságú műtétek egymáshoz viszonyított arányát egy pontrendszer segítségével határozzák meg, s a biztosított tetszés szerinti X pontot vásárolhat a befizetett díja fejében, melyet a különböző műtétekre használhat fel.

- c) A megfelelő összehasonlítási alapot kínáló nagyvárosokban használják az ún. *ésszerű és méltányos költségek* alapján történő térítési rendszert. Ilyenkor a biztosító az adott területen jellemző költséghatárokon belüli térítést vállalja (pl: egy szív-műtétért 1-1,5 millió Ft-ot térít).
- 3) **A vizsgálatok költségeire vonatkozó biztosítások:** itt a *szolgáltatás terjedelme*, illetve a hazai vagy *külföldi szakértő* igénybevételének lehetősége jelenthet eltérést a termékek között.
- 4) **Az ún. alap avagy lényegi egészségbiztosítások:** átmenetet képez a teljes és a részleges biztosítások között, így népszerű tömegterméknek tekinthető. Ezek a termékek kiterjednek szinte minden *szokásos* betegségre, illetve azzal összefüggő költségre, ugyanakkor igen nagyszámú *kizárás* és – általában az összköltségre vonatkozó – *mérték-korlátozás* is jellemző a termékekre. Fontos jellemző a *szolgáltatási időszak*, amely szükséges önrészek miatt érdekes (nem mindegy, hogy egy szív-roham után egyszer, vagy évente újra és újra fizetni kell-e önrészt). Az *önrészeknek* több típusát is megkülönböztethetjük:
- a) az ún. *esetenkénti önrész* esetén minden egyes betegségnél, illetve receptnél a biztosítottnak részt kell vállalnia
 - b) az *évenkénti önrésznél* az év folyamán összesen, illetve az esetleg többször felmerülő költségek összegére is csak egyszer kell a biztosítottnak vállalnia a saját részét
 - c) sok esetben engedélyezik az év utolsó negyedéből s következő évre vonatkozó *átcsoportosítást*, illetve a *családtagok önrész-terhelésének összevonását*
 - d) az ún. közös (baleseti) önrész, ahol az egyszerre balesetet szenvedett családtagoknak is csak egyszer kell teljesíteniük az önrészt
- Fontos jellemzője a terméknek a viszonylag magas *saját megtartási arány* vállalása. A felesleges igénybevétellel szemben általában *százalékos* mértéket vagy meghatározott *összegű* feltétlenül vállalt kiadást jelent (az első X kiadás mindenképpen csak a biztosítottat terheli).
- 5) **Munkaképtelenség miatti jövedelem-kiesésre vonatkozó biztosítások:** A biztosító időszakosan (pl: havonta), illetve meghatározott időszakig (pl: maximum 52 hétig) fizet. Jellemző a várakozási időszak előírása. Sok esetben – kiindulva az öregedéssel együtt járó magasabb egészségügyi költségekből – nem változatlan, hanem az életkorral *emelkedő díjtételű* biztosítást ajánl a biztosító. A biztosítás díjfizetési kötelezettségének időleges felfüggesztése is ésszerű jellemzője a termékeknek. Fontos kiemelni az ún. *rehabilitációs szándék* kétoldalú és előzetes rögzítését, mely szerint a biztosított vállalja, hogy a (néha

rendkívül fájdalmas) rehabilitációs szakaszt végig fogja csinálni, és cserébe a biztosító pedig vállalja, hogy fizeti az állapot-javítás költségeit. A szerződés lényeges része a baleset vagy betegség miatt elveszített testrész vagy élet miatt fizetendő biztosítási összegek táblázata (ún. *csonkolási táblázat*) is.

Lényeges kérdés, hogy hogyan definiáljuk a tartós munkaképtelenség, a rokkantság fogalmát. A *teljes rokkantság* meghatározása országonként eltérő lehet:

- a) a liberális felfogás szerint mindenki ide tartozik, aki az eddigi munkáját ugyanazon a helyen, illetve ugyanabban a munkakörben nem képes ellátni;
- b) szigorúbb felfogás szerint csak az minősül tartósan rokkantnak, aki az adott szaktudását nem tudja – még átképzés után sem – semmiféleképpen, illetve valahol máshol kamatoztatni;
- c) még szigorúbb felfogás szerint csak az minősíthető rokkantnak, aki már sehol, illetve semmiféle jövedelmet nem tud szerezni;
- d) újabban elterjedőben van a tényleges kieső jövedelem elvéből kiinduló szemlélet, mely szerint ha valaki ismét munkát talál (más területen), akkor csak a jövedelem-különbségre tarthat igényt.

A rokkantság kevésbé súlyos esete az ún. *részleges rokkantság*, ami azt jelenti, hogy egy vagy néhány fontos, a jövedelemszerzéssel kapcsolatos feltételt valaki tartósan nem tud teljesíteni. Ilyenkor az illető a csökkenő jövedelméhez kiegészítést igényel a biztosítójától. Ennek a fogalomnak az egyik változata a *kiegészítőnek* nevezhető *rokkantosítás*, mely szerint csak akkor térít a biztosító, ha az alapvető foglalkozás körében és legalább adott mértékű a jövedelem-csökkenés.

- 6) **Ápolási biztosítások:** a társadalombiztosítás csak viszonylag rövid ideig tudnak, illetve akarnak ápolást biztosítani az idősebb – nem feltétlenül beteg vagy rokkant –, ápolásra szoruló állampolgárok számára. Éppen ezért van szükség ezekre a termékekre. Legjellemzőbb vonásai a következők:

- a) Gyakorlatilag garantált a *megújíthatóság*: szó lehet csak a biztosított által felmondható, csak meghatározott feltételek (pl: díj nem fizetés) miatt a biztosító által nagy nehezen felmondható, vagy meghatározott korig semmiképpen nem felmondható szerződésekről.
- b) Lehetséges a saját *otthonában* való ápolás, illetve a például öregek otthonán belüli ápolás is.

- c) Nincs szükség előzetes kórházi vizsgálatra, azonban előírnak (általában 1 éves) *várakozási időt*.
- d) Kétszeresen (napi, illetve élethossziglani összegben) is *korlátozott* a biztosító szolgáltatása, ami azonban a legtöbb országban automatikusan *infláció-követő*.
- e) Mindezt összevetve e biztosítások általában kimondottan *drágának* számítanak.

A fontosabb egyéni egészségbiztosítási-típusok és jellemzőik rövid összefoglalása után érdemes áttekinteni az **aktuális problémákat**, vitatottabb kérdéseit:

- 1) Az antiszelekció korlátozása végett a legtöbb egészségbiztosításnál létezik a szerződésben egy *előéletre vonatkozó kitétel*. Eszerint a korábban például alkoholistának minősülő személyek biztosítási szolgáltatásra való jogosultsága csak például 2 évvel a szerződés megkötése után lép érvénybe.
- 2) Bizonyos esetekben ún. *lappangási időt* állapítanak meg a már korábban megszerzett, ám nem is tudatosult betegségek kiszűrése céljából.
- 3) Komoly jogi és szabályozási problémát jelent az *ismétlődő betegségek*, illetve a rokkantság kezelése. Általában ilyenkor a második betegségnél már nincs várakozási idő.
- 4) A biztosító kimenthetőségének *elévülése* itt is érvényes. Eszerint általában 2 év után a biztosító akkor sem tagadhatja meg a szolgáltatást, ha utólag rájön olyan lényeges, a betegség kialakulásában döntő szerepet játszó, ám a biztosított által elhallgatott múltbeli eseményre.
- 5) Többszörös biztosítás esetén alkalmazzák a biztosítási összeghez viszonyított ún. *megosztási arányok* elvét. Eszerint a biztosított több biztosítása alapján is csak a tényleges elmaradó jövedelmének a kiegészítését kaphatja meg. Az egyes biztosítások konkrét teljesítése az együttesen vállalt biztosítási összeghez viszonyított részarányainak kell, hogy megfeleljen.
- 6) A legtöbb egészségbiztosítás tartalmazza a *foglalkozásváltásra* vonatkozó előírást, mely szerint a kockázatosabb foglalkozásra való váltás együtt jár a díj megemelkedésével is.
- 7) Általában van lehetőség a például díjfizetés elmaradása miatt felmondott szerződések *reaktiválására*, ám a legtöbb esetben a biztosítónak joga van ezt megtagadni.

III.2. Csoportos egészségbiztosítások

A csoportos egészségbiztosítások két szempontból is határsávba tartoznak: egyrészt átmenetet, sokszor kombinációs jelentenek az élet- és a nem-életbiztosítások között, másrészt

pedig *átmenetet* képeznek a magánbiztosítás, a társadalombiztosítás és a vállalati nyugdíj- és egészségpénztárak között. Az ilyen termékek **közös jellemzői** a következők:

- 1) Több személyt *egyetlen szerződés* keretében, ez a szerződés az ún. törzskönyv.
- 2) Az ilyen biztosítások általában keveset ígérnek, ám ezt *olcsón* tudják teljesíteni.
- 3) Az egyéni kockázat-elbírálás elmarad, a helyét a csoport egészéből adódó *közösségi kockázatok* elemzése váltja fel.
- 4) Jellemző a tapasztalatok, a *tényleges károk* tapasztalatai alapján történő díjképzés.
- 5) Bizonyos *alapelveket*, illetve *előfeltételeket* a biztosítottaknak teljesíteni kell:
 - a) a csoport csak *véletlenszerűen* állhat össze.
 - b) a biztosítások díja általában az *átlagos életkor* alapján határozódik meg, ezért a különböző életkorúak jelenléte megkönnyíti a kockázatkiegyenlítődést.
 - c) a biztosítási szolgáltatások *egységesek*, egyformák mindenki számára.
 - d) jellemző a biztosítások egyszerűsége, s általában a *munkabérfizetéshez* való kapcsoltsága.
 - e) általában csak a teljes munkaidőben foglalkoztatottak, és ők is csak bizonyos várakozási idő után csatlakozhatnak a szerződéshez, amely kizárólag csak a munkával, illetve munkába járással közvetlenül kapcsolatos károk esetén nyújt szolgáltatásokat.

A legjellemzőbb csoportos egészségbiztosítások:

- 1) **Alapvető kiadásokra fedezetet nyújtó biztosítások:** ez a termék általában a kórházi, az operációs, az ambuláns kezelés, illetve az egyéb felmerülő költségek fedezéi valamilyen fix költséghatárig.
- 2) **Lényeges kiadásokra vonatkozó biztosítások:** két fajtájuk ismert:
 - a) Az első az alapt biztosítás kiegészítését jelenti jóval magasabb költség-határok mellett. Általában 20%-os saját megtartást és az összköltségre vonatkozó felső határt is tartalmaznak.
 - b) Ún. átfogó, önálló biztosításként való terjesztés esetén a saját megtartás és a vállalt önrész rengeteg különböző kombinációja létezik. Gyakori az éves önrész, illetve a családi önrész-összevonás alkalmazása
- 3) **(Csoportos) munkaképtelenség miatti jövedelempótló biztosítások:** rövid távú esetben csak fél évig nyújtanak szolgáltatást, míg hosszabb távú esetben X év elteltével már a szaktudásnak, átképzésnek és rehabilitációnak megfelelő új munkahely megszerzésére

vonatkozó törekvést elvárják a biztosítottól. Általában a kieső jövedelem 51-70%-át térítik szolgáltatásként.

- 4) **Fogászati kezelésekre vonatkozó biztosítások:** itt általában megtalálhatók az egészségbiztosítások klasszikus megoldási (önrész, felső összeghatár, stb.), újdonságként az előzetes konzultációs kötelezettséget fontos megemlíteni.
- 5) **Kék kereszt (Blue Cross):** az Egyesült Államokban elterjedt biztosítási modell, mely a biztosító már nem a biztosítottnak, hanem közvetlenül a kórházaknak utalja át a kórházi ápolással összefüggő térítést. Egyének, családok és csoportok egyaránt tagjai lehetnek a rendszernek. Az intézmény sajátossága az egész Amerikát behálózó rendszerben van, mivel az egységes elvek alapján könnyen folytatható a biztosítás munka- vagy lakóhely-változtatás esetén is.
- 6) **Kék pajzs (Blue Shield):** nem kórházi, hanem egyéb (pl: operációs, laboratóriumi) költségek fedezetét teremti meg, hasonlóan egységesített elvek alapján az Egyesült Államokban. Jellemző az adott környéken ésszerű díjak felszámításának elfogadása, a sebészek listás árakon való fizetése és a biztosított előzetes konzultációs kötelezettségének előírása.
- 7) **Egészségmegőrző pénztárak (HMO):** átfogó védelmet nyújtanak az alapvető és a fontos kockázatok ellen, általában havonta kell egy előre meghatározott díjat befizetni, jellemző az esetenkénti önrész alkalmazása, illetve átlépési lehetőség van átlépésre a Kék Pajzsba vagy a Kék Keresztbe. Jellemző továbbá, hogy a HMO szakemberei nem esetenkénti díjazást kapnak, hanem havi fizetést, illetve nyereség-visszajuttató rendszerek ösztönzik őket a költséghatékonyságra. Három alapvető fejtája léteik:
 - a) *Csoportos*, vagy *zárt* modell esetén meghatározott az az intézményi és személyi kör, akiket a biztosítottak igénybe vehetnek. Ezek az intézmények általában az adott pénztárak tulajdonában vannak.
 - b) *Egyéni*, vagy *nyílt* modell esetén magasabb díj ellenében a HMO-körén kívüli, ám azzal szerződésben álló intézmények is igénybe vehetővé válnak.
 - c) *Nyitott (végű)* modell esetén lehetőség van a HMO-n kívüli igények korlátozott mértékű teljesítésére is.
- 8) **Kedvezményezett ellátó-gondoskodó szervezetek (PPO):** olyan intézményrendszer, ahol a szervezők (pl: a biztosító) összefogják a különböző egyéni és csoportos biztosítottakat, s így nagy tömegben léphetnek fel az egészségügyi intézményekkel szemben, illetve orvosolják a likviditási nehézségeiket, s így árkedvezményt tudnak elérni a díjaknál. A PPO-k esetenkénti számla-kiegyenlítést vállal az egészségügyi

intézményekkel szemben, illetve itt nincs szükség arra, hogy az adott helyen dolgozók több, mint a fele belépjen a rendszerbe (ellentétben a HMO-kkal)

- 9) **Rugalmas csomagok:** a munkáltató X összeget, illetve pontot vásárol, s ad a dolgozójának, aki olyan szolgáltatásra használja fel (és ott), amilyenre akarja. Ennek a rendszernek előfeltétele, hogy a dolgozó beleegyezzen fizetése egy részének egy – egészségügyi célokra rugalmasan felhasználható – zárt számlára való (adókedvezménnyel járó) átutalásába. Ilyen módon gyakorlatilag egy három forrásból (munkáltató, munkavállaló, állam) származó egészségszolgáltatás-bank alakulhat ki, melyből a munkavállaló tetszés szerint hívhat le szolgáltatásokat.

IV. A magán egészségbiztosítások csatlakozási formái

Érdemes még áttekinteni, hogy a különböző magán-egészségbiztosítási formák milyen módon tudnának csatlakozni a jelenlegi társadalombiztosítási rendszerhez (*ESKI, 2006 alapján*). Ezek az összekapcsolódási lehetőségek erősen elméleti jellegűek, megvalósításuk nagyban függ a szabályozói környezettől, azonban még így is érdemes átgondolni a lehetőségeket.

1) Helyettesítő biztosítás

- a) **Résztétel a kötelező társadalombiztosítási rendszerben:** ekkor a biztosító a közfinanszírozási rendszerben vesz részt. Ekkor a biztosító nem végezhet önálló járulékgyűjtést, illetve a csomagok összetételében sincs döntési jogköre. Az ilyen rendszerek alapja a szolidaritási elv, tehát általában központi járulékgyűjtés, illetve ennek alapján fejkvóta szerint történik a finanszírozás. Ebben a rendszerben lehetséges, hogy a biztosító kiegészítő szolgáltatásokat kínáljon a biztosítottak számára többletdíj fejében. Ekkor már nem teljesen érvényesül a szolidaritási elv, hiszen lehetőség van az ügyfelek szegmentálására a kiegészítő termékek szerint. Ilyen rendszer van érvényben például Belgiumban is.
- b) **Nem mindenkre kiterjedő társadalombiztosítás üzleti alapú kiegészítése a rendszerből kimaradókra:** olyan országokban érdekes ez a rendszer, ahol (döntően a történelmi hagyományok miatt) bizonyos rétegnek lehetősége van kilépni a szolidaritáson alapuló kötelező társadalombiztosítási rendszerből (pl.: Németország). Számukra az üzleti biztosítók szervezhetnek helyettesítő szolgáltatást.

2) Kiegészítő biztosítás:

- a) **Co-payment finanszírozása:** a kötelező co-payment befizetése bizonyos országokban feltétele a társadalombiztosítás által támogatott szolgáltatás igénybevételének (pl.: Franciaország). Ennek a díjnak a megfizetése lehet a biztosító szolgáltatása ebben a modellben.
 - b) **Közfinanszírozott intézményekben igénybe vett nem közfinanszírozott szolgáltatások:** tipikusan ilyen típusú szolgáltatások az orvosválasztás, az időpontválasztás, vagy a kórházi hotelszolgáltatások.
 - c) **Nem közfinanszírozott intézményekben igénybe vett szolgáltatások:** alapvetően ide tartoznak az ellátási csomagban szereplő ellátások magánintézményekben való igénybe vétele, illetve a nem ellátási csomagba tartozó szolgáltatások igénybe vétele (pl.: fogászat, alternatív gyógymódok)
- 3) **Egyes kockázatokat átvállaló biztosítások:** ez az ellátási csomagok átrendezését jelenti, vagyis azt, hogy bizonyos kockázatokat (tehát nem tevékenységeket) a közfinanszírozási körből áthelyezünk az üzleti finanszírozás körébe. Ez gyakorlatilag a közegészségügyi rendszer „profiltisztítását” jelenti. Tipikusan átadható kockázatok: balesetbiztosítás, táppénz, önként vállalt kockázatok (pl.: extrém sportok), külső érdekből vállalt kockázatok (pl.: versenysport), illetve harmadik fél által okozott károk kezelése.

Az itt felsorolt modellek valamelyikének kialakítása a szabályozó hatóság feladata, mindegyik verzió esetén van azonban olyan terület, ahol a magán egészségbiztosítók be tudnak lépni a piacra és ott sikeresen tudnak is működni.

Források:

Banyár, József: Életbiztosítás (Aula Kiadó, Budapest, 2003)

Dr. Asztalos, László György: Biztosítási Kézikönyv (Biztosítási Oktatási Intézet, Budapest 1997)

Dr. Futó, Gábor: Társadalombiztosítás (Penta Unió Oktatási Centrum, Budapest, 2010)

Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet: Magán és kiegészítő egészségbiztosítások lehetőségei Magyarországon (2006)

letölthető: http://www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2006/magan_biztositasok.pdf
PSZÁF: www.pszaf.hu

2. melléklet: Egészségügyi rendszerek Európában

Az egészségügyi rendszerek típusai²⁴

Az Európai Unió egészségügyi és jóléti rendszereit általában két csoportba szokták sorolni. Az első típus **Bismarck** porosz kancellár nevéhez kötődik, aki az 1800-as évek végén megteremtette a társadalombiztosítás alapjait. Napjainkban ez a rendszer azt jelenti, hogy egy ország (gyakorlatilag) minden állampolgára a biztosítási alap tagja, amely finanszírozza az állampolgárok egészségügyi ellátását. Az egészségügyi szolgáltatók lehetnek magán- vagy állami tulajdonban. A piac erősen szabályozott, ám a szolgáltatók csak csekély mértékben versenyeznek egymással, az együttműködés a jellemzőbb. Ebbe a kategóriába lehet sorolni például Németországot, Ausztriát, Hollandiát és Franciaországot. A modellt alkalmazó országok megosztanak aszerint, hogy a biztosítás terhére igénybe vett szolgáltatásokat térítés nélkül (pl.: Luxemburg), valamilyen felhasználói díj (vizitdíj, kórháti napidíj) kifizetése mellett (pl.: Németország, Ausztria) vehetik igénybe, vagy pedig fizetni kell a szolgáltatások igénybevételekor, ám a biztosítótól utólag visszatérítést kap az ügyfél (pl.: Franciaország, Belgium). A legtöbb országban több biztosító is jelen van a rendszerben, a legtöbb Németországban működik, szám szerint 162.²⁵

A második modell **Beveridge** brit közgazdász nevét viseli, aki társaival együtt a második világháborút követően alkotta meg a brit szociálpolitika alapelveit. A modell alapja az adóból finanszírozott egészségügyi rendszer, ahol az egészségügyi szolgáltatók állami tulajdonban vannak. Alapvetően ezen alapelvek alapján szerveződik Nagy-Britannia, Írország, a skandináv és a mediterrán országok egészségügyi rendszere. Ezen belül is a brit és az ír rendszer a centralizált formát képviseli, míg az északi és a mediterrán országokat a decentralizált, alapvetően regionális szinten szerveződő és irányított egészségügyi rendszer jellemzi.

A két modell között a különbséget az jelenti, hogy adó vagy biztosítás alapon működnek-e. Finanszírozás szempontjából ez nem jelent nagy eltérést, hiszen a biztosítási járulékok is jövedelemhez kötődnek, illetve a biztosítási rendszerek is tartalmazznak kiegyenlítő mechanizmusokat is. Mindkét rendszer kötelező, a lakosság nagy részét lefedi, illetve mindenki egyenlő jogokat kap a szolgáltatásokhoz való hozzáférésre. Az egészségügyi rendszerek közötti tényleges különbségek a funkciókban tapasztalhatók: a rendszereket a

²⁴ Ez az alfejezet nem önálló kutatási eredményeket tartalmaz, hanem az ESKI Egészségügyi rendszerek az Európai Unió régi tagállamaiban (2007) című tanulmányának foglalom össze benne.

²⁵ Forrás: <http://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/krankenkassen-liste/>

finanszírozási eszközök gyűjtése, forrása mellett a finanszírozási alapok összevonásának, a szolgáltatások megvásárlásának módjának, a nyújtott szolgáltatások körének és a lakosság önrész fizetésének alkalmazásának módszerváltozatai együttesen jellemzik.

Az Európai Unió országai – függetlenül attól, hogy milyen egészségügyi rendszert működtetnek – hasonló nehézségekkel küzdenek: egyrészt az egészségügyi kiadások növekedése a lakosság elöregedése, a növekvő fogyasztói elvárások, illetve a technológiai fejlődés következtében; másrészt pedig a szűkösen rendelkezésre álló források, csökkenő járulékos- és/vagy adóbevételek, illetve a közkiadások csökkentésére vonatkozó gazdasági nyomás nehezíti a rendszerek működtetését. Ennek megfelelően a tagállamok hosszú távú reformtörekvései alapvetően az ellátás egyenlő elérhetőségének biztosítására, a minőség javítására, illetve a megfelelő szintű források és költség-hatékonyság mutatók elérésére vonatkoznak. A reformok következtében több országban megfigyelhető az állami és a magán elemek keveredése az egészségügyben, s a korábban élesen elkülöníthető rendszerek egyfajta konvergenciát mutatnak napjainkban.

A reformok sikerességéről elmondható azonban, hogy a rendszerek alapvető vonásait kevés helyen érintették (a hollandiai 2006-os reform kivételével egyetlen ország sem változtatta meg a forrásteremtés alapvető rendszerét), illetve sok esetben a kormányzatok rengeteg energia befektetésével is csupán marginális eredményeket értek el. Igyekeztek fokozni a költségérzékenységet, melyhez mind a kínálati, mind pedig a keresleti oldalon eszközöket kerestek:

- a *co-payment* szerepének növelése (pl.: Németország, Ausztria)
- a biztosítók közötti *verseny* fokozása (pl.: Németország, Hollandia)
- új szolgáltatások befogadása esetén a *technológiai eljárás-értékelés* alkalmazása (pl.: Nagy-Britannia)
- *koordinált betegellátás*, háziorvosi szerep erősítése (pl.: Franciaország)
- a *finanszírozó és a szolgáltató szerep szétválasztása*: a vásárló lehet önkormányzat (pl.: Svédország), területi menedzser (pl.: Nagy-Britannia), vagy biztosítási alap (pl.: Hollandia)
- *normatív finanszírozás* elterjedése: DRG jellegű kórházi finanszírozás (pl.: Németország, Nagy-Britannia, Franciaország) fejpénz jellegű finanszírozás az alapellátásban (pl.: Olaszország, Hollandia, Dánia)
- betegek *választási lehetőségeinek* növelése, az egyéni felelősség erősítése (pl.: Nagy-Britannia)

E törekvések közül érdemes bővebben kitérni a különböző co-payment rendszerek, hiszen az egészségügy finanszírozásában egyre növekvő szerepe van a magán egészségügyi kiadásoknak. Ez jelenleg főként az out-of-pocket kifizetéseknek, kisebb részben pedig a magánbiztosítások szélesebb körben történő elterjedésének köszönhető. Az out-of-pocket kifizetéseknek három típusát különíthetjük el: közvetlen kifizetések (nem fedezett szolgáltatások vásárlása), költségmegosztás, illetve a különböző informális kifizetések. A költségmegosztáson belül három direkt forma jelenik meg:

- *flat-rate payment* vagy *fixed fees*: a beteg szolgáltatásonként fix összeget fizet
- *co-insurance*: a beteg a teljes költség előre meghatározott százalékát viseli, a maradék rész a biztosítót terheli
- *deductible*: a beteg a költségeket egy szintig állja, az ezen felüli összeget a biztosító téríti meg

Az Európai Unió tagországaiban tipikusan költségmegosztást alkalmaznak a fogászati kezelésekre és gyógyszerekre, valamint a társadalombiztosításon alapuló rendszerek előszeretettel használják ezt a háziorvosi, a szakorvosi konzultációs, valamint a fekvőbeteg – ellátásra is. A háziorvosi ellátás és a járóbeteg-ellátás során általában fix vagy százalékos költségmegosztás a jellemző, míg a fekvőbeteg ellátásban többnyire a naponként fizetendő co-payment a meghatározó. A co-payment a legtöbb országban felső korlátos, tehát bizonyos összköltségszint felett nem kell tovább fizetni a szolgáltatásokért, azonban ez a határ jelentősen eltér a különböző országok esetén: a legalacsonyabb Svédországban (100 euró), míg a legmagasabb Finnország esetén (600 euró). A gyógyszerek esetén a legáltalánosabb forma a co-insurance, ám egyéb módszereket is alkalmaznak bizonyos országokban (pl.: átalánydíjas rendszer Nagy-Britanniában és Ausztriában, vagy deductible rendszer Finnországban). A fogászati ellátás teljes költsége a betegekre hárul a mediterrán országokban, Hollandiában és Svédországban, míg a többi tagországban jellemző a co-payment rendszer alkalmazása a felnőtt betegekre.

A költségmegosztás legfőbb előnye, hogy visszaszorítja a szolgáltatások szükségtelen igénybevételét és a hatékonyság mikro-szintű előmozdításával makró-szintű megtakarítások érhetők el, ezen felül növelheti az egészségügy bevételeit, amely a lakosság kiegyensúlyozottabb ellátását segíti elő. Ugyanakkor a nem megfelelő tájékoztatás komoly akadályt jelenthet a hatékony ellátásban, illetve a megemelkedett költségek nem a közösségre, hanem az egyénekre hárul, ami a hátrányosabb helyzetű betegeket sújtja alapvetően. Bár

valamilyen szintű költségmegosztást minden ország alkalmaz, ezek szerepe nem meghatározó az állami finanszírozás mellett. Ezen felül fontos még megjegyezni, hogy a co-payment technikák a gyakorlatban gyakran változnak, ami megnehezíti a rendszer működését.

Az európai országok érdekesebb egészségügyi rendszerei

Ausztria²⁶

Az osztrák egészségügyi rendszer a bismarcki modellre épülő társadalombiztosítási rendszer, ahol a hatáskörök megoszlanak a szövetségi kormány és a tartományi hatóságok között. A kötelező betegségbiztosítás a teljes lakosság 99 százalékára terjed ki (8,3 millió fő). A 22 biztosító közül 19 csak betegségbiztosítással foglalkozik, és ezek a társaságok területi és foglalkoztatási kategóriák alapján szervezettek. 2000-ben lehetővé tették, hogy a magas jövedelműek, illetve bizonyos foglalkozásúak (pl.: orvosok) kiléphessenek a kötelező rendszerből és vagy készpénzfizetővé váljanak, vagy pedig magasabb színvonalú magánbiztosítást kössenek.

Az egészségügyi kiadások 31,8 százalékát az államháztartás, 46,8 százalékát pedig a társadalombiztosítási alapok (járulékok) állják. A háztartások közvetlen készpénzfizetése az összes egészségügyi kiadás 15,5 százalékát jelenti, míg a magánbiztosítások a kiadások 4,7 százalékát fedezik. A lakosság körülbelül egyharmada rendelkezik kiegészítő magán betegségbiztosítással, amely elsősorban a receptdíj (5 euró), a kórházi napidíj (8,3-10,5 euró), illetve a járóbeteg-ellátás során kifizetendő hozzájárulást hivatott fedezni.

A szakorvosi ellátás magánpraxisban történik, a kórházak körülbelül 40 százaléka magánkézben van (ebből 15 százalék profitorientált), míg a kórházon kívüli ellátás szereplői közvetlenül a biztosítókkal szerződnek. A kórházak többsége holdingszerű szervezetekbe tömörül, melyek tartományi alapon működnek (a társadalombiztosításon kívül a szövetségi, a tartományi és a helyi önkormányzatok közösen finanszírozzák őket), és központosítottan látják el a feladatokat.

Az egészségügy összes költsége az elmúlt években a GDP 10,3-10,4 százaléka volt, míg 2009-ben elérte a 11 százalékot. Ez az érték az egyik legmagasabb az Unióban. Az egészségügyi kiadások növekedési üteme 2,3 százalék volt az elmúlt 5 évben. Európában az elsők között 2006-ban vezették be az elektronikus betegkártyát, amely az ellátás igénybevételének igazolására szolgál, és amelynek éves díja 10 euró.

²⁶ Forrás: ESKI (2007) és az osztrák Egészségügyi Minisztérium „The Austrian Health Care System” című 2010-es kiadványa

Belgium²⁷

Belgium egészségügyi rendszere alapvetően az állami irányítás alatt álló kötelező egészségbiztosításokra épül. A rendszer kölcsönös egészségbiztosító pénztárakból áll, melyek közül az egyikhez az állampolgároknak fel kell iratkozniuk. Az összes egészségügyi kiadás 2009-ben a GDP 10,9 százaléka volt, amely meglehetősen magasnak számít európai viszonylatban. A kiadások növekedési üteme az elmúlt 5 évben 1,8 százalék volt, ami viszont jelentősen elmarad az európai átlagtól.

Az egészségügyi költségek fedezetéül főként a biztosítókhoz befolyt járulékok (63,7 százalék) szolgálnak, melyeket kiegészítenek az államháztartás bevételeivel (11,3 százalék), míg a háztartások a kiadások 20,1 százalékát finanszírozzák közvetlenül. A profitorientált magánbiztosítások szerepe jelenleg még nem jelentős (4,8 százalék), azonban a kötelező biztosítás háttérbe szorulásával növekszik.

A kötelező biztosítás a lakosság 99 százaléka számára biztosít fedezetet. Az egyes biztosítók által nyújtott térítés mértéke a felhasznált szolgáltatások jellegétől, a szolgáltató tulajdonosától és a biztosított társadalmi helyzetétől függ. A biztosítók kiegészítő biztosításokat is kínálnak az alapbiztosítás által nem fedezett költségekre. Az alapellátásban az orvosi kezelés estén az önrész mértéke általában 10 és 25 százalék között mozog. A költség-hozzájárulás éves szinten felülről korlátos, ám a korlát nagysága függ a biztosított jövedelmétől. A szakorvosi ellátásban az önrész mértéke átlagosan 40 százalék körül mozog. Belgiumban egy bizonyos összeg feletti a befizetett önrész levonható a jövedelemadóból. Kórházi kezelés esetén felvételi díjat, valamint kórházi napidíjat is fizetni kell, illetve az ápolási otthonokban való elhelyezés is egy fix díj megfizetése esetén történik.

2002-ben nagyszabású reformot hajtottak végre Belgiumban, melynek keretében a rászorultság alapú mentességek helyett átfogó támogatási rendszert hoztak létre, amely maximált keretösszeget állít ad a házastársak éves egészségügyi kiadásaira az egész család jövedelemviszonyai alapján.

²⁷ Forrás: ESKI (2007) és a belga Egészségügyi Minisztérium és az European Observatory on Health Systems and Policies „Belgium – Health system review” című 2010-es kiadványa

Bulgária²⁸

A többi kelet-európai országhoz képest Bulgária viszonylag sokat költ az egészségügyre, hiszen 2009-ben az összes költség elérte a GDP 6,9 százalékát. Ennek az összegnek a 60,9 százalékát az állam finanszírozza a járulék és adóbevételekből, míg a maradék részt szinte teljes egészében a lakosság közvetlen hozzájárulásai teszik ki (39,4 százalék). Több régiós országhoz hasonlóan komoly gondot jelent a hálapénz intézménye, ami nélkül nehéz hozzáférni a szolgáltatásokhoz. Szintén problémát jelent az, hogy a kórházak elavultak, alacsonyok a bérek, a kórházak komoly finansziális problémákkal szembesülnek és az egész rendszer rendkívül hatékonytalanul működik.

Bulgária 1999-ben állt át a kötelező biztosítási rendszerre, melyet a Nemzeti Egészségbiztosító Alap működtet, mint egyetlen állami, nonprofit intézmény, aki szerződik az állami és a magánszolgáltatókkal is. Az országban szintén található co-payment rendszer, amely a fogászati, fizioterápiás kezelésekre, illetve a kórházi tartózkodásra terjed ki.

Dánia²⁹

Dániában az egészségügyi ellátás finanszírozása alapvetően az állami adóbevételekből, illetve a különböző helyi adókból történik (az összes kiadás 84 százaléka). A Pénzügyminisztérium határozza meg az egészségügyi ellátás gazdasági kereteit az ország költségvetésének elfogadásakor. Az egészségügyi rendszer decentralizált, a megyék gondoskodnak az egészségügyi szolgáltatások többségéről, illetve a finanszírozásról.

A dán egészségügyi rendszer két csomagot kínál a lakosság számára. Az első csoportot veszi igénybe a lakosság 98 százaléka, ők térítésmentesen vehetik igénybe a fekvőbeteg- és háziorvosi ellátást, illetve a különböző népegészségügyi programokat. Ezen felül bizonyos területek szakorvosaihoz szabadon fordulhatnak, ám a legtöbb szakorvoshoz csak háziorvosi beutalóval juthatnak be, amelynek hiányában az ellátás összes költsége őket terheli. A második csomagot választók minden orvoshoz szabadon fordulhatnak, ám a kórházi ellátás költségeinek kivételével az igénybe vett szolgáltatások esetén önrészt kell fizetniük.

Az egészségügyre fordított magánkiadások az össze kiadás 14,1 százalékára rúgnak, illetve a lakosság körülbelül 30 százaléka rendelkezik magánbiztosítással (a teljes kiadások 1,8 százaléka), melyek főként a szemészeti, fogászati, illetve a fizioterápia költségeit fedezi. Dániában az összes egészségügyi kiadás értéke a GDP 11,5 százalékát éri el, ami a negyedik

²⁸ Forrás: az OECD honlapja és az European Observatory on Health Systems and Policies által készített „Bulgaria – Health system review” című 2007-es tanulmány

²⁹ Forrás: ESKI (2007) és az European Observatory on Health Systems and Policies által készített „Denmark – Health system review” című 2007-es tanulmány

legmagasabb érték az Unióban. A kiadások növekedési üteme 3,3 százalék volt az elmúlt időszakban átlagosan, ami éppen az európai átlagnak felel meg.

Egyesült Királyság³⁰

Nagy-Britannia egészségügyi rendszere a Beveridge-modellre épül, az egészségügyi ellátás állampolgári alapon biztosított, adóalapú és a szolgáltatások nagy részét állami intézményrendszer látja el. Az ellátást az Országos Egészségügyi Szolgálat (NHS) koordinálja. A rendszert létrehozó törvény kimondja, hogy minden állampolgár ingyenesen és egyenlő mértékben kell, hogy hozzáférjen az egészségügyi ellátáshoz.

Az összes egészségügyi kiadás mértéke a 2000-es évek elejéig a GDP 7 százaléka körül mozgott, ez azonban azóta fokozatosan növekedve 2009-ben már elérte a 9,8 százalékos szintet. A kiadások növekedési üteme majd nem évi 5 százalék volt, ami jelentősen meghaladta az európai átlagot. A rendszer sajátossága, hogy az állami kiadások aránya az összes kiadásból a második legmagasabb az EU-n belül (84,1 százalék). Ezzel párhuzamosan a rendkívül alacsony az egyének közvetlen hozzájárulása a költségekhez (10,5 százalék). A magánbiztosítások részaránya ennek megfelelően szintén viszonylag alacsony (4,2 százalék).

Az állami egészségügyi ellátásban nincs önrészfizetési kötelezettség, illetve szintén nincs co-payment az NHS által finanszírozott kórházi ellátással kapcsolatban. A fogorvosi kezelés esetén van önrészfizetés, ám itt is van a rendszerben éves felső limit az összes önrészre vonatkozóan. Az orvosi ellátási esetek 90 százaléka a háziorvosoknál történik, beutaló nélkül nem lehet szakorvosi ellátást igénybe venni. A betegeknek receptenként díjat kell fizetniük (ennek mértéke 7,1 font volt 2009-ben), illetve az orvosok csak bizonyos gyógyszereket írhatnak fel az NHS költségére.

Nagy-Britanniában az egészségügyi rendszer komoly problémákkal küzd (krónikus orvoshiány, kórházi ágyak csökkenése), amelyet valamennyire sikerült kezelni az elmúlt évek reformjaival, amely többek között lehetővé tette, hogy magánkórházakban is finanszírozza az állam a (nem sürgős) műtéteket, illetve lehetővé tette a fizetős ápolási szolgáltatásokat.

³⁰ Forrás: ESKI (2007) és Sean Boyle „The UK Health Care System” című 2008-as tanulmánya

Finnország³¹

Finnország egészségügyi rendszere alapvetően a helyi adóbevételekre épül (az összes költség 58,5 százaléka), míg a nemzeti társadalombiztosítást (15,8 százalék) a munkaadók és a biztosított munkavállalók finanszírozzák. Az egészségügyi ellátás megszervezéséért a helyi önkormányzatok felelősek, akik évente megállapodást kötnek a szolgáltatásokról a kórházi körzetekkel. A kórházak monopolhelyzetben vannak, az önkormányzatok csak kiegészítő szolgáltatásokat vásárolhatnak az adott kórházi körzeten kívülről. Mivel nincs központi szabályozás, ezért a szolgáltatások árszínvonala a különböző körzetekben eltérő.

2009-ben az összes egészségügyi kiadás a GDP 9,2 százalékát tette ki, amely kicsit alacsonyabb az EU tagországok átlagánál. A költségek növekedési üteme (2,8 százalék) is elmarad az európai átlagtól.

A háztartások közvetlen hozzájárulása viszonylag magas (20,1 százalék) az össze kiadáshoz, mindez a '90-es években tapasztalható nagymértékű költség-növekedésnek, illetve gazdasági recessziónak köszönhető. Az alacsony jövedelműek sem mentesülnek a fogyasztói díjak alól, azonban 2000-ben felső korlátot vezettek be a magán egészségügyi kiadások éves szintjére.

Az önkéntes magán egészségügyi biztosítások szerepe a magas költségek ellenére továbbra sem jelentős (jelenleg csupán a költségek 2,2 százalékát fedezik ilyen módszerrel), s e biztosítások a rehabilitációs szolgáltatásokban piacán jelentősek csak igazán.

Franciaország³²

Franciaország egészségügye országos egészségbiztosítási rendszerre épül, amelyet az Általános Társadalmi Hozzájárulás (CSG), az adóalapú finanszírozási elemek, illetve különböző kiegészítő biztosítási formák tesznek teljessé. Az egészségügyre fordított kiadások mértéke a második legmagasabb Európában, 2009-ben elérte a 11,8 százalékot. Ez azonban nem minden esetben jelenik meg az ellátás színvonalában, sokkal inkább az ellátás magas árszínvonalára utal.

Franciaországban az egészségbiztosítás kötelező, gyakorlatilag a lakosság teljes egészére kiterjed. Az egészségbiztosítási rendszer három nagy biztosítóból, illetve több száz kisebb biztosítóból tevődik össze. A három legnagyobb biztosító közül a legjelentősebb az állami tulajdonú CNAMTS, amely az ipari és kereskedelmi dolgozók, az állami alkalmazottak

³¹ Forrás: ESKI (2007) és a SITRA (The Finnish Innovation Fund) által finanszírozott „The Finnish Health Care System” című 2009-es tanulmány

³² Forrás: ESKI (2007) és az European Observatory on Health Systems and Policies által készített „France – Health system review” című 2010-es tanulmány

(a lakosság körülbelül 82 százaléka), illetve a legszegényebb rétegek (a lakosság 1,6 százaléka) biztosítója, valamint ez látja el 16 regionális és több mint 100 helyi biztosító felügyeletét is. A CANAM szintén állami tulajdonú és ez látja el a magánvállalkozók (a lakosság 5 százalékanak) biztosítását. A harmadik nagy biztosító az MSA, amely magánkézben van, s ügyfelei a mezőgazdasági és vidéki dolgozók (a lakosság 7,2 százaléka). A nagyok mellett számos tradicionális ágazati (bányászat, tengerészek és kikötőmunkások, vasutasok, stb.) biztosító is működik.

Az egészségügyi kiadások anyagi háttérét 2008-ban elsődlegesen a kötelező biztosítás díjbevétele alkotta (72,6 százalék), s ezt egészítették ki az egyéb adóbevételek (5,4 százalék). Franciaországban kimondottan magas a magánbiztosítások részaránya (13,6 százalék), amely főként a kötelező biztosítások kiegészítésre szolgál, s rendszerben rendkívül sok helyen található co-paymentet téríti meg az ügyfelek számára. Ennek megfelelően a háztartások közvetlen hozzájárulása meglehetősen alacsony, csupán az összes költség 7,7 százalékát teszi ki.

A kiegészítő biztosításokat átfogóan mutuelle-nek szokták nevezni, azonban az országban található körülbelül 1500 kiegészítő biztosító valójában 3 nagy csoportba sorolható. Az első csoport a kölcsönösségi alapon működő szervezetek (mutuelles), melyek olyan nonprofit szervezetek, melyek anyagi alapját a tagdíjak képezik. A második típus a gondoskodást nyújtó egyesületek, melyek esetén az irányítás a munkáltatók és a tagok körébe tartozik, szemben a harmadik csoportot jelentő „egyszerű” biztosító társaságokkal. A közösségi alapon szerveződő nonprofit mutuellek aránya 60 százalék a kiegészítő biztosítások piacán.

A kiegészítő biztosításokra az önrészek magas aránya miatt van szükség Franciaországban. Például egy általános orvosi konzultáció körülbelül 21 euró költséggel jár, melynek a biztosító körülbelül a 60 százalékát utólag visszatéríti. A szakorvosi vizsgálat ennél is drágább, ugyanakkor a visszatérítés mértéke (beutaló esetén) 70 százalékos. A hozzájárulás összege éves szinten maximalizálva van. A kórházból távozó beteg az összes felmerülő költség 20 százalékát köteles téríteni, mely kiegészítő biztosítás nélkül nagyon komoly költségeket jelenthet.

Az elmúlt években az egészségbiztosítás növekvő hiánya miatt igyekeztek megreformálni a rendszert Franciaországban, mely többek között a kórházak számának csökkenésével járt.

Hollandia³³

A holland egészségbiztosítási rendszer alapvető változásokon ment keresztül az elmúlt években, melynek keretében 2006-tól kezdve kötelező az egészségbiztosítás a lakosság számára (kivéve az aktív katonákat és lelkiismereti okból történő elutasítást). A holland rendszer bonyolult és folyamatosan változó, azonban az egyik legjobb alapellátási struktúrával rendelkezik, melyet a betegelégedettségi felmérések is igazolnak.

Az egészségügy összes kiadása az elmúlt évtizedben körülbelül a GDP 10 százaléka közelében mozgott, ám mindez 2009-ben (elsősorban a GDP visszaesésének, illetve a költségek megemelkedésének következtében) 12 százalékra ugrott, ami a legmagasabb érték Európában. A költségek növekedési üteme a korábbi években enyhén elmaradt az európai átlagtól, míg 2009-ben itt is komoly emelkedés volt tapasztalható.

A kórházak finanszírozása teljesítmény alapú, a háziorvosokat fejkvóta, míg a szakorvosokat fee-for-service szerint fizetik. Az egészségbiztosítási törvény meghatároz egy alapsomagot, míg a krónikus ellátás és a költségesebb kezeléseket igénylő betegségek kiegészítő csomagban köthetők. A biztosítótársaságok az egész országra kiterjedten működnek, csak bizonyos taglétszám alatt korlátozhatják tevékenységüket egy adott területre. A biztosítók kötelesek valamennyi hozzájuk forduló ügyfelet befogadni. A biztosítottak jogosultak a biztosítóval szerződésben álló szolgáltatóknál azonnali ellátást kapni, egyéb esetben pedig a felmerült költségeiket téríti meg a biztosító. Hollandiában az egészségbiztosítási rendszert profitorientált magán biztosítótársaságok működtetik, akik közül az ügyfelek szabadon választhatnak. Az egészségügyi szolgáltatók versenyeznek egymással árakban és minőségben.

Az egészségügy finanszírozása fix, ún. névleges járulékok alapján történik melyet minden 18 év feletti biztosított köteles fizetni. A járulékok összege biztosítónként eltér, ám a biztosítók csak egy árat szabhatnak meg egy biztosítási típusra. Ezen a fix díjon felül jövedelemtől függő járulékok is megjelennek a rendszerben. A munkaadó közvetlenül nem fizet járulékot, de köteles visszatéríteni a munkavállalónak az általa befizetett járulékokat. A munkavállalók által befizetett jövedelemarányos járulékok az Egészségügyi alapba kerülnek, ahová a 18 éven aluliak helyett a kormány fizet járulékot. A különböző járulékokból, illetve az adóbevételekből tevődik össze az összes felmerülő költség 82,1 százalékának fedezete, míg a maradék költségeket fele-fele arányban közvetlenül, illetve magán-biztosításokon keresztül fedezik az ügyfelek, illetve jelen vannak még különböző nonprofit szervezetek is a piacon.

³³ Forrás: ESKI (2007) és az angol CIVITAS intézet számára készült „Healthcare Systems: The Netherlands” című 2011-es tanulmány

Fontos még megemlíteni, hogy amennyiben a biztosított nem használ fel adott évben egy meghatározott minimális összeget egészségügyi szolgáltatásokra, akkor a fix biztosítási díjának egy részét visszatérítik számára.

Lengyelország³⁴

1997-ig Lengyelországban állampolgári alapon működő szolidaritási rendszer volt érvényben, ám ekkor áttértek a több-biztosítós rendszerre, melynek során 16 önálló, állami tulajdonú vajdasági biztosító jött létre. Ezt a decentralizált rendszert azonban magas költségei és működési zavarai miatt központosították 2003-ban, így most az Országos Egészségügyi Alap a vajdasági biztosítókön keresztül finanszírozza a rendszert.

Az összes egészségügyi kiadás 2009-ben a GDP 7,4 százalékára rúgott, mely az egyik legalacsonyabb az Európai Unió tagországai között. A kiadások növekedési üteme azonban magas, az elmúlt 5 évben átlagosan 8,4 százalékkal emelkedett az egészségügyre fordított összeg. A kiadások nagy részét társadalombiztosítási járulékokból finanszírozzák (64,5 százalék), illetve szükség van az állami adóbevételek egy részének (az összes költség 7,7 százaléka) átcsoportosítására is a rendszer fenntarthatóságához. Ezen felül rendkívül magas a magánkiadások aránya (24 százalék), melynek nagy része készpénzben fizetett co-payment (Lengyelország esetén ez sok esetben hálapénz), illetve a társadalombiztosítás által nem fedezett kiadások fedezete. A kiegészítő magánbiztosítások rendszere fejletlen, csupán az összes költség 0,6 százalékát fedezik ilyen módon a betegek.

A lengyel egészségügy komoly problémákkal küzd (ágyszámok csökkenése, orvosok elvándorlása, kórházak eladósodása), melynek következtében 2010-ben átfogó reformprogram indult a rendszer átalakítására. Ennek keretében a központi biztosítót fel kívánják darabolni és részben magánosítani kívánják a társadalombiztosítás egy részét is.

Németország³⁵

A német egészségügyi ellátás szervezési szintjei a szövetségi államrendhez kapcsolódnak, az irányítás megoszlik a szövetségi és a tartományi kormányok és a helyi önkormányzatok között. A kötelező egészségbiztosítás az önállóan gazdálkodó, de tartományi fennhatóság alatt álló biztosítókön, illetve a szövetségi szintű és irányítású, az egész lakosságnak szolgáltató biztosítókön alapul. A lakosság körülbelül 85 százaléka részesül a szolidáris alapú és kötelező egészségbiztosításban (a rendvédelmi szervek dolgozóinak

³⁴ Forrás: az OECD és a Lengyel Egészségügyi Minisztérium honlapja

³⁵ Forrás: ESKI (2007) és Reinhard Busse „The German Health Care System” című 2008-as tanulmánya

speciális biztosítás jár), míg a magán egészségbiztosítások aránya 10 százalék körül mozog. Ez utóbbi körbe a vállalkozók, a köztisztviselők, illetve egy bizonyos jövedelmi szintet (4050 euró/hó) meghaladó munkavállalók tartozhatnak. A magánbiztosító a szerződéskötés elején egyszer felmérheti a biztosított kockázatait, ám ezt később nem teheti meg újra, s a szerződést sem vonhatja vissza. A biztosítással nem rendelkezők száma 300 ezer fő körül mozog, s ide tartoznak a legszegényebb és leggazdagabb rétegek is.

Az egészségügyi ellátások összes költsége 11,6 százaléka volt a GDP-nek 2009-ben, s a költségek növekedési üteme egy kicsit elmaradt az európai átlagtól. Az egészségbiztosítást kínáló elsődleges és kiegészítő pénztárak száma a megszűnések és fúziók révén fokozatosan csökken (ma már csak 162 pénztár működik, ellentétben az '90-es években működő több mint ezerrel). A kötelező rendszerben részt vevő állampolgárok egészség-, ápolási-, fogpótlási- és táppénz-járadékot kötelesek fizetni. A járadékok 55 százalékát a munkavállalók, 45 százalékát a munkáltatók állják. Ennek fejében (minden pénztártól) egységes alapszolgáltatásokat kapnak a munkavállalók, mely szolgáltatások a biztosítók összes szolgáltatásának körülbelül a 95 százalékát teszik ki. Az alapszolgáltatásokon felül a pénztárak egyéb extra szolgáltatásokkal igyekeznek meggyőzni az ügyfeleket.

Az ambuláns ellátás esetén az orvosok a Pénztári Orvosok Egyesületével számolnak el, melyek a pénztáraktól fejkvóta alapján kapnak régiókra vonatkozó összdíjazást, melynek az összes felmerülő költséget fedeznie kell. Amennyiben a beteg ellátása természetbeli elv alapján került elszámolásra, akkor ez az ún. elszámolható szolgáltatások katalógusa nevű pontrendszer, illetve a tartományi szinten pénztáranként meghatározott orvosi juttatások rendszere alapján történik. A magánbiztosítások esetén a nyújtott szolgáltatások közvetlenül az orvossal kerülnek elszámolásra a központilag rögzített díjszabás alapján.

Az egészségügyi kiadások fedezete 77 százaléka a kötelező rendszeren keresztül történik, míg a magánkiadások aránya 22 százalék, melyből mintegy 10 százalék magán egészségügyi biztosításokon keresztül történik, míg 12 százalékot co-paymentként fizetnek a betegek. Ide tartozik a kórházi napidíj, a receptdíj, illetve a negyedévente fizetendő vizit-átalánydíj. A biztosítottak 18 havonta válhatnak biztosítót és ezzel a biztosítottak negyede él körülbelül évente. Az egészségügyi szolgáltatók között is egyre nagyobb a magántőke aránya, a kórházak körülbelül egyharmada állami, egyharmada nonprofit és egyharmada profitorientált intézmény.

Olaszország³⁶

Az olasz egészségügyi rendszer minden állampolgár számára nyújtott ingyenes ellátás elvén alapul, míg az egészségbiztosítás csupán önkéntes, kiegészítő elem a rendszerben. Az Országos Egészségügyi Szolgálat háromszintű rendszert jelent (országos, regionális és helyi), mely leginkább a nagy-britanniai NHS-re emlékeztet, ám azzal szemben erősen decentralizált. Minden állampolgárnak a helyi ún. USL-eknél kell feliratkoznia, melyet követően kapnak egy egészségügyi kártyát, illetve megillető őket a szabad háziorvos-választás joga. Két lehetőség van magánbiztosítás kötésére: egyrészt az állampolgáron önállóan köthetnek ilyen, illetve a vállalatok kínálhatnak munkavállalóik és azok családtagjaik számára ilyen lehetőséget. Az többi európai országgal szemben e termékek nem kapcsolódnak össze az állami szektorral, így inkább helyettesítő jellegűek.

Az egészségügyi kiadások a GDP 9 százalékát érték el 2009-ben, ami körülbelül megfelel az európai átlagnak. Az ellátás főként adókból kerül finanszírozásra, míg a privát finanszírozási formák a co-payment bevezetése és a magánbiztosítások iránti kereslet növekedésének következtében az utóbbi években egyre inkább elterjedtek. Az adók egészségügyre fordítandó része közvetlenül a régiókhoz folyik be. Mivel a régiók nagysága és gazdasági fejlettsége erősen eltér, a gazdaságilag gyengébb régiók bevételeinek csak kisebb százalékát tudják egészségügyi kiadásokra fordítani. Ennek kompenzálására szolgál a szolidaritási alap, melyet az általános forgalmi adóból finanszíroznak. A deficitet termelő régióknak joguk van megemelni a helyi adókat, illetve önrészesedést vezethetnek be bizonyos szolgáltatásokra.

Románia³⁷

Románia összes egészségügyi kiadása 2008-ban alig érte el az 5,5 százalékos GDP-hez viszonyított arányt, amely a legalacsonyabb az Európai Unió tagországai között. Mindez fejenként évi 512 amerikai dollárt jelent évente, ami a 40 százaléka a magyar és 55 százaléka a hasonló lengyel értéknek.

Az egészségügyi szolgáltató rendszer szinte teljes egészében állami tulajdonban van. A finanszírozás a munkáltatói és a munkavállalói járulékokból, illetve az állami adóbevételekből történik. Az egészségügy reformja a 90-es évek közepén kezdődött, ekkor alakították ki a jelenleg is működő társadalombiztosítási rendszert és választották szét az egészségügyi

³⁶ Forrás: ESKI (2007) és az European Observatory on Health Systems and Policies által készített „Italy – Health system review” című 2009-es tanulmány

³⁷ Forrás: az OECD honlapja és az European Observatory on Health Systems and Policies által készített „Romania – Health system review” című 2008-as tanulmány

biztosítók és szolgáltatókat, ám valódi verseny nem igazán tudott kialakulni a piacon, így a szolgáltatások minősége sem tudott igazán javulni. Komoly problémát jelent a hálapénz intézménye, amely sok esetben az egyetlen utat jelenti a szolgáltatások megszerzéséhez.

Az egészségügyi kiadások kétharmadának fedezetét az állam biztosítja, illetve nagyon magas a követlen hozzájárulások aránya (28 százalék). 2004-ben fogadták el a magán egészségbiztosításról szóló törvényt, s azóta a piac még kicsi, azonban népszerűsége fokozatosan növekszik a felső és a középosztály körében.

A román kormány nagyszabású fejlesztéseket kezdett 2008-ban az Európai Unió segítségével. A gazdasági válság miatt még nem tudták jelentősen növelni az egészségügyre fordított forrásokat, azonban szeretnék a jövőben növelni az állami egészségügy bevételeit és a privát biztosítások súlyát.

Spanyolország³⁸

A spanyol egészségügyi rendszer finanszírozása az állam adóbevételein (főként az általános forgalmi adón és a jövedelemadón) alapul, ezek fedezik az összes költség kétharmadát. A fennmaradó költségek nagy része (az összes költség 21,3 százaléka) a háztartások közvetlen hozzájárulása, mely módon főként a magán orvosi ellátás és a gyógyszerekre fizetendő co-payment kiadásait fedezik. A magánbiztosítások szerepe a közalkalmazottak esetén kiemelkedően jelentős, akik választhatnak az állami egészségügyi, illetve a három kölcsönösségi biztosító szolgáltatásai közül. Ezen felül is egyre növekszik a magán egészségbiztosítások szerepe (a lakosság közel ötöde rendelkezik ilyen termékkel), mivel kiegészítő jellegüknel fogva segítenek a várólisták enyhítésében.

A rendszer irányítását az elmúlt években igyekeztek decentralizálni, egyre több feladat hárul a tartományokra. Az egészségügyre fordított össze költség 2009-ben elérte a GDP 9,5 százalékát, ami (ellentétben a korábbi évekkel) már meghaladja az európai átlagot.

Svájc³⁹

Svájc egészségügyi rendszere a kötelező egészségbiztosításokra épül, melyhez minden Svájcban élő ember köteles csatlakozni. Ez a biztosítás fedezi az orvosi és a kórházi költségeit a biztosítottnak, ugyanakkor szükség van hozzájárulás fizetésére is. Mindezt két módon teheti meg a biztosított: vagy előre vásárol egy éves keretet (300 és 2500 svájci frank között, természetesen az ennek megfelelő díjért), melyet erre a célja fordít, vagy pedig vállalja, hogy

³⁸ Forrás: ESKI (2007) és az European Observatory on Health Systems and Policies által készített „Spain – Health system review” című 2010-es tanulmány

³⁹ Forrás: az OECD honlapja és az angol CIVITAS intézet számára készült „Healthcare Systems: The Switzerland” című 2011-es tanulmány

valamennyi kezelés árából 10 százalék önrészt vállal (ennek az éves maximuma 700 frank). A magánbiztosítások is népszerűek, melyek fedezetet nyújtanak a kötelező rendszer által nem fedezett kiadásokra (fogászat, kórházi extra szolgáltatások). A kötelező rendszerben a biztosítottnak ugyanolyan díjakat kérhetnek csak a hasonló kockázatú csoportba sorolt ügyfelektől, míg a kiegészítő biztosítások esetén a díjak meghatározása egyéni kockázatfelmérésen alapul.

Svájc összes egészségügyi kiadása a GDP 11,4 százaléka jelenleg, és az elmúlt 10 év átlagát tekintve Svájc költötte a legtöbbet GDP arányosan az egészségügyre Európában. A kiadásokon belül (relative) nagyon alacsony az állami szerepvállalás, a járulékok és az adóbevételek összesen csupán az összes költség 59,5 százalékát fedezik. Ezzel párhuzamosan itt a legmagasabb az egyéni hozzájárulások aránya (30,5 százalék), illetve a magán egészségbiztosítások is igen nagy súlyt képviselnek (9 százalék).

Svédország⁴⁰

A svéd egészségügyi rendszer a kötelező adózáson alapul és lefedi az egész lakosságot. A rendszer három szinten szerveződik (országos, regionális, helyi) és erősen decentralizált. 2009-ben az összes egészségügyi kiadás a GDP 10 százalékát teszi ki, melynek 81,6 százaléka állami bevételekből adódik. A maradék kiadásokat szinte teljes mértékben a lakosság közvetlen hozzájárulásai fedezik, a magánbiztosítások mértéke gyakorlatilag elhanyagolható, ám ennek nagy részét a munkáltatók fizetik, hogy elkerüljék a hosszú idejű táppénzfizetést.

Az orvosi konzultációkért fizetni kell, ezek díja eltér a különböző szakterületek esetén. Svédországban van kórházi napidíj is, ám ettől eltekintve az összes többi önrészre éves limit van bevezetve. A fogászati ellátásért 20 éves kor felett fizetni kell, ám ehhez is hozzájárul a társadalombiztosítás egy fix összeggel. Az idősek és a rokkantak otthoni egészségügyi ellátását a helyi önkormányzati adókból finanszírozzák.

Szlovákia⁴¹

Szlovákiában az állampolgári alapon működő szolidaritási rendszert már 1994-ben felváltotta a kötelező egészségbiztosítási rendszer. A piacon 10 egészségbiztosító jött létre, melyek közül kettő állami tulajdonban volt, a többi 8 pedig állami garanciával működött. 2004-ben komoly reformot hajtottak végre az egészségügyi rendszeren, melynek keretében bevezették a vizitdíjat, a receptdíjat és a kórházi napidíjat, részben privatizálták a kórházakat,

⁴⁰ Forrás: ESKI (2007) és a svéd kormány hivatalos honlapja

⁴¹ Forrás: az OECD honlapja és az European Observatory on Health Systems and Policies által készített „Slovakia – Health system review” című 2011-es tanulmány

a szakorvosok nagy részének engedélyezték a magánpraxis működtetését is. A biztosítóknak már nem volt kötelező a kórházak több mint felével szerződést kötniük, illetve engedélyezték számukra a profitorientált működést egy maximalizált profitszint mellett. Ezeknek a reformoknak egy részét (magánbiztosítók profitja, vizitdíj) eltörölték a 2007-ben egy kormányváltást követően, melynek hatására a magánbiztosítók egy része kivonult a piacról, illetve összeolvadt. Jelenleg egy állami tulajdonú (a lakosság 65 százaléka), és két magántulajdonú (25 és 10 százalék) biztosító működik a piacon.

A szlovák egészségbiztosítás finanszírozása 71,2 százalékban járulékokból történik. Ezt egészítik ki 6,3 százalékkal az egyéb állami bevételek, illetve a háztartások közvetlen hozzájárulásai (26,1 százalék). Szlovákiában a magán egészségbiztosítási rendszer gyakorlatilag nem működik, szerepe elhanyagolható jelenleg. Az elmúlt években jelentősen növekedett az összes egészségügyi kiadás GDP-hez viszonyított aránya Szlovákiában, ma már eléri a 9,1 százalékot, ami már alig marad el az európai átlagtól.

Szlovénia⁴²

Szlovénia egészségügyi rendszere az Egészségbiztosítási Intézet által koordinált kötelező egészségbiztosításra épül. Az Intézet feladata, hogy hatékonyan összegyűjtse és allokálja az állami forrásokat. Az egészségügyi bevételek 71,2 százaléka a társadalombiztosítási járulékokból adódik, ezt csupán csekély mértékben kell egyéb állami forrásokkal kiegészíteni (1,4 százalék). Európában Szlovéniában a második legmagasabb a magán egészségügyi biztosítás részaránya a finanszírozáson belül (13,1 százalék), amely nagyrészt az eleve így létrehozott rendszernek, illetve az egészségügyi költségek folyamatos, magas arányú növekedésének köszönhető. A kiegészítő biztosítások magas részaránya miatt a háztartások közvetlen hozzájárulása átlagon aluli (13,1 százalék) Szlovéniában. Az országban az Egészségügyi Intézet mellett két önkéntes biztosító működik, ők fedik le a piacot. Az összes egészségügyi költség mértéke a GDP-hez viszonyítva a 2000-es években végig 8,2-8,5 százalék körül mozgott, ám ez 2009-ben jelentősen megugrott, így ma már 9,3 százalék ez az érték,

⁴² Forrás: az OECD honlapja és az European Observatory on Health Systems and Policies által készített „Slovenia – Health system review” című 2009-es tanulmány

Források

Valamennyi link ellenőrizve: 2012. március 25-én.

Közös források:

Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet: <http://www.eski.hu/>

Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet: Egészségügyi rendszerek az Európai Unió régi tagállamaiban (2007)

letölthető: http://www.eski.hu/new3/kiadv/zip_doc/Nyugat_Europa.pdf

Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet: Magán és kiegészítő egészségbiztosítások lehetőségei Magyarországon (2006)

letölthető: http://www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2006/magan_biztositasok.pdf

Forgács, Anna – Vallyon, Andrea: Egészségügyi rendszerek hatékonysága az Európai Unióban és az unión kívül (EU Working Papers, 6. évf, 2. szám, 3-29.o, Budapest, 2003)

letölthető http://elib.kkf.hu/ewp_03/ewp_0302_07.pdf

GE Healthymagination: <http://www.healthofnations.com>

Németh, György: Az egészségbiztosítási rendszerekről - nemzetközi összehasonlításban I. (Egészségügyi gazdasági szemle, 45. évf. 5-6. szám 2-19.o, Budapest, 2007)

letölthető: <http://www.weborvos.hu/adat/egsz/2007dec/2-19.pdf>

OECD: <http://stats.oecd.org>

WHO: <http://www.who.int/en/>

Országokspecifikus források:

Ausztria:

http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/1/2/CH1015/CMS1287855495948/the_austrian_health_care_system_2010_e1.pdf

Belgium:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/120425/E94245.PDF

Bulgária:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/80592/E90023.pdf

Dánia:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/80581/E91190.pdf

Egyesült Királyság:

http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/UK_Country_Profile_2008.pdf?section=4061

Finnország:

http://www.isc.hbs.edu/pdf/Finnish_Health_Care_System_SITRA2009.pdf

Franciaország:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/135809/E94856.pdf

Hollandia:

<http://www.civitas.org.uk/nhs/download/netherlands.pdf>

Lengyelország:

<http://www.mz.gov.pl/wwwmzold/index?mr=m0&ms=&ml=en&mi=535&mx=0&mt=&my=464&ma=5166>

Németország:

http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Resources/2008/Health%20Care%20System%20Profiles/Germany_Country_Profile_2008_2%20pdf.pdf

<http://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/krankenkassen-liste/>

Olaszország:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/87225/E93666.pdf

Románia:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/95165/E91689.pdf

Spanyolország:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/128830/e94549.pdf

Svájc:

<http://www.civitas.org.uk/nhs/download/switzerland.pdf>

Svédország:

http://www.sweden.se/upload/Sweden_se/english/factsheets/SI/SI_FS_10_Health%20care%20in%20Sweden/FS10-Health-care-low-resolution.pdf

Szlovákia:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf

Szlovénia:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/96367/E92607.pdf

3. Melléklet: Egészségbiztosítások további feltételei

Generali Exkluzív ⁴³

A biztosító mentesül a szolgáltatás alól, ha:

- a biztosítási eseményt a kedvezményezett szándékosan jogellenesen, vagy a szerződés, illetve a biztosított jogellenesen súlyosan gondatlanul okozták
- súlyosan gondatlanul: rendszeres alkoholfogyasztás következtében, kábítószer fogyasztás következtében; baleset bekövetkezésében közrejátszott az alkoholos befolyásoltság vagy a kábítószer fogyasztás; érvényes forgalmi vagy jogosítvány nélkül gépjármű-vezetés
- a közlési és változás-bejelentési kötelezettségnek az ügyfél nem tett eleget
- a biztosított nem az elvárható módon járt el az adott helyzetben (haladéktalanul orvosi kezelést kell igénybe vennie és ezt a gyógyító eljárás befejeletéig folytatnia kell)
- a biztosítási esemény összefüggésben van a biztosított öngyilkossági kísérletével

Kockázatviselésből kizárt események:

- terhesség
- termékletlenség, mesterséges megtermékenyítés, sterilizáció
- nemi jelleg megváltoztatására irányuló műtét
- fogpótlás
- elmebeteg állapotok, pszichiátriai rendellenességek
- HIV fertőzés (Nem vonatkozik a HIV fertőzésre vonatkozó kizárás a kiemelt kockázatú betegségek diagnosztizálása esetén az AIDS betegségre feltéve, hogy a biztosított az ajánlattételkor nem volt HIV fertőzött)
- radioaktív sugárzás, vagy egyéb ionizáló sugárzás
- háborús esemény, vagy állam elleni bűncselekmény
- a szülésre és annak következményére abban az esetben, ha a fogamzás a biztosítási szerződés hatályba lépése előtt történt (a fogamzás időpontjának a születéstől visszafelé számított 270. napot kell tekinteni),
- az olyan kórházi ápolásokra, amelyeknek célja nem a biztosított egészségi állapota romlásának megakadályozása és helyreállítása (az orvosi szűrővizsgálatra, kivizsgálásra vagy beavatkozásra, a biztosított nem a saját egészségi állapotának helyreállítása érdekében történő kórházi tartózkodására (pl. szülőnek a gyermeke miatti kórházi tartózkodására, szülő ápolása miatti kórházi tartózkodásra), az esztétikai, illetve kozmetikai kezelésekre)
- az olyan jellegű kezelésekre, mint geriátria, rehabilitáció, utógondozás, gyógytorna, fizioterápia, masszázs, fürdőkúra vagy gyógykúra.
- nem minősül balesetnek a porckorongsér és a hasi sérülések
- hivatásos vagy versenyző sportoló esetén külön záradék

⁴³ Forrás: www.generali.hu; www.biztositas szerzodesek.hu

Extra szolgáltatások:

- ingyenes egészségügyi szűrővizsgálat
- ingyenes évenkénti kontrollvizsgálat
- a magas színvonalú egészségügyi ellátást nyújtó fekvő- és járóbeteg szakrendelőt is működtető Telki Magánkórházzal kötött együttműködési szerződés keretében minden Exkluzív biztosítással rendelkező ügyfelünk 10% kedvezménnyel veheti igénybe a kórház valamennyi egészségügyi szolgáltatását, függetlenül attól, hogy az a biztosító által térített vagy nem térített szolgáltatás-e.

Uniq Med Help ⁴⁴

A biztosító mentesül a szolgáltatás alól, ha:

- a betegséget, balesetet, illetve az egészségkárosodást a biztosított, a szerződő vagy a kedvezményezett szándékos, vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő
- súlyosan gondatlanul: szándékosan elkövetett bűncselekménnyel; súlyosan ittas állapot következtében; kábítószer fogyasztás; érvényes jogosítvány nélkül, vagy ittasság melletti gépjárművezetés
- a biztosítási eseményt a megadott határidőn belül nem jelentik be és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak
- a biztosító mentesül a haláleseti összeg kifizetése alól, ha a biztosítási esemény a kedvezményezett szándékos magatartása miatt következett be
- a közlési és változás-bejelentési kötelezettségnek az ügyfél nem tett eleget
- a biztosítási esemény összefüggésben van a biztosított öngyilkossági kísérletével

Kockázatviselésből kizárt események:

- terméketlenség, mesterséges megtermékenyítés, sterilizáció
- nemi jelleg megváltoztatására irányuló műtét
- fogbeültetés
- geriátriai és pszichiátriai rendellenességek
- HIV fertőzés
- radioaktív sugárzás, vagy egyéb ionizáló sugárzás
- háborús, polgárháborús események, terrorcselekmények, felkelés, lázadás, zavargás
- nem baleseti vagy betegségi ok miatti plasztikai műtét vagy esztétikai kezelés
- nem minősül balesetnek porckorong sérülés, rándulás, ficam; versenyszerű sportolás, edzés közbeni sérülések
- különösen kockázatos hobbi, sporttevékenység, extrém sport,
- veszélyesített rendellenesség
- a kockázatviselés előtt megkezdett gyógykezelés
- gyógykezelés vagy gyógyászati beavatkozás miatt bekövetkező egészségkárosodás
- repüléssel kapcsolatos események (kivéve: utas, pilóta vagy személyzet)

⁴⁴ Forrás: www.uniq.hu; www.biztositasszerzodesek.hu

Extra szolgáltatások:

- Ha a biztosítási évfordulón nincs díjfizetési hátralék és az előző évben nem történt biztosítási esemény, akkor a biztosító a szerződőnek visszafizeti az éves biztosítási díj egy hónapra eső részét.
- A Med Help ügyfelei automatikusan igénybe vehetik az Uniq VitalClub szolgáltatásait.
- „UNIQA Orvosi Infóvonal” éjjel-nappal fogadja az ügyfelek hívását, és gyakorló orvosok közreműködésével professzionális segítséget nyújt az egészséggel kapcsolatos kérdésekben. A második orvosi szakvélemény keretében kiemelkedő tapasztalattal és elismertséggel rendelkező nemzetközi orvos specialisták orvosi távszakvéleményt adnak ügyfeleink részére.

Medicover Spring ⁴⁵

A biztosító mentesül a szolgáltatás alól, ha:

- a biztosítási esemény a Biztosított jogellenes magatartásának következménye, vagy a Biztosított szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta
- súlyosan gondatlanul: alkoholos vagy kábítószeres befolyásoltság alatt; indokolatlanul szedett gyógyszer hatása alatt; érvényes forgalmi vagy jogosítvány nélkül gépjárművezetés; közrendi és munkavédelmi szabályok megszegése
- a biztosítási eseményt a megadott határidőn belül nem jelentik be és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak
- a közlési és változás-bejelentési kötelezettségnek az ügyfél nem tett eleget
- a biztosított nem az elvárható módon járt el az adott helyzetben (haladéktalanul orvosi kezelést kell igénybe vennie és ezt a gyógyító eljárás befejeztéig folytatnia kell)
- a biztosítási esemény összefüggésben van a biztosított öngyilkossági kísérletével

Kockázatviselésből kizárt események:

- terméketlenség, mesterséges megtermékenyítés, sterilizáció
- nemi jelleg megváltoztatására irányuló műtét
- fogászati eljárások
- pszichiátriai betegek gyógykezelése, lelki működészavarok
- HIV fertőzés
- radioaktív sugárzás, vagy egyéb ionizáló sugárzás
- háború, harci cselekmények, idegen hatalom ellenséges cselekedetei, zavargások, kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, zendülés, polgárháború, forradalom, lázadás, terrorcselekmény, munkahelyi rendbontás, határvillongások, felkelés vagy tüntetés, felvonulás, sztrájk
- esztétikai céllal végzett kezelés és sebészeti beavatkozás
- versenyző sportolók; autó-motor sportok, extrém sportok

⁴⁵ Forrás: www.medicover.hu; www.biztositasiszerzodesek.hu

- veleszületett rendellenesség
- a kockázatviselés előtt megkezdett gyógykezelés
- jogszabályban meghatározott szerv- és szövetátültetés körébe tartozó egészségügyi szolgáltatások, vagy protézisek, mesterséges és korrekciós segédeszközök beszerzése, beültetése, vagy művesekezelés
- a fekvőbeteg-ellátás illetve egynapos sebészet
- ápolás és haldokló páciensek gondozása, életfenntartó beavatkozások, a geriátriai ellátás, jogszabályban meghatározott krónikus betegségek rehabilitációja, gondozás
- állapotfenntartó infúziós kezelések
- reumatológiai kezelések
- házivizit, betegszállítás, hazaszállítás illetve a halottakkal kapcsolatos egészségügyi szolgáltatások
- orvosi illetve egészségügyi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés
- az emelt szintű egészségügyi (kórházi és hotel jellegű) szolgáltatás
- alkohol, drog vagy kábítószer illetve szenvedélybetegség miatti elvonókúrák, egészségügyi ellátás vagy szolgáltatás
- nem-konvencionális eljárások, természetgyógyászati kezelés, akupunktúra, alternatív gyógyászat, wellness szolgáltatások, gyógytárgyak, logopédiai ellátás, fürdőkúra, fogyókúra, természetes gyógytényezők, fürdő- és klímagyógyintézetek, gyógyhelyek által teljesített szolgáltatások
- az alábbi fertőző betegségekkel összefüggő szolgáltatási igények: TBC, tetanusz, poliovírusok, kanyaró, mumpsz, rubeola, hepatitis B, C vírusfertőzés, diftéria, pertussis, trópusi betegségek, mint malária, sárgaláz, kolera, Dengue-láz, SARS
- szaruhártyán végzett látásjavító műtét, beavatkozás, látásjavító eszközök és szemvizsgálat, hallókészülék és kellékeik, illetve védőoltás vakcinájának beszerzése, költségtérítése
- gyógyszerek, kötszerek, gyógyászati segédeszközök
- megelőzés, és a más jellegű megelőző ellátások, szűrővizsgálatok, orvosi vizsgálatok, ez alól kivételt képeznek a Biztosító által elrendelt egészségfelmérés részét képező szűrővizsgálatok
- az egészségügyi szakértői tevékenység
- művi terhesség-megszakítás
- azok az eseményeket, amelyek oka részben vagy egészben a Biztosított belépését megelőző balesete, vagy olyan betegsége, amely a Biztosító kockázatviselésének kezdete előtti 3 évben bizonyíthatóan fennállott, és amelyet a kockázatviselést megelőzően diagnosztizáltak, a kockázatviselési kezdetet megelőző 3 évben kórisméztek vagy ez idő alatt egészségügyi ellátást igényelt, egészségügyi szolgáltatás igénybevételét tette szükségessé

Extra szolgáltatások:

- Kedvezményes kiterjesztési lehetőség családtagok számára
- Éves orvosi állapotfelmérés térítésmentesen
- Az országban több helyen ellátó-központok: Budapest, Debrecen, Győr, Kaposvár, Kecskemét, Miskolc, Nyíregyháza, Pécs, Szeged, Szekszárd, Székesfehérvár

Union PrivateMed ⁴⁶

A biztosító mentesül a szolgáltatás alól, ha:

- a biztosítási eseményt a kedvezményezett szándékosan jogellenesen, vagy a szerződő, illetve biztosított jogellenesen súlyosan gondatlanul okozta
- súlyosan gondatlanul: rendszeres alkoholfogyasztás vagy esetileg súlyos fokú alkoholos befolyásoltság; kábítószer, kábítószer hatású anyag vagy gyógyszer következtében
- a biztosítási eseményt a megadott határidőn belül nem jelentik be és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak
- a biztosító mentesül a haláleseti összeg kifizetése alól, ha a biztosítási esemény a kedvezményezett szándékos magatartása miatt következett be
- a közlési és változás-bejelentési kötelezettségnek az ügyfél nem tett eleget
- a biztosítási esemény összefüggésben van a biztosított öngyilkossági kísérletével (zavart tudatállapot esetén is)

Kockázatviselésből kizárt események:

- terhesség ideje alatt és a szülés, valamint a szülést követő egy éven belül bekövetkező egészségkárosodás következményeivel abban az esetben, ha a fogamzás a biztosítási szerződés hatálybalépése előtt történt
- terméketlenség, mesterséges megtermékenyítés, sterilizáció
- fogászati eljárások
- közvetlen vagy közvetett összefüggés atomkárokkal
- harci eseményekben vagy más háborús cselekményekben valamely fél melletti aktív részvétel vagy az állam ellen bűncselekményekben való részvétel
- olyan orvosi beavatkozás, amelynek célja esztétikai változtatás, kozmetikai kezelés
- A biztosító nem vállal fedezetet, amennyiben a járóbeteg-szakellátásra az alábbiakból eredően kerül sor:
 - sürgősségi okból, életveszély elhárítása céljából,
 - az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység miatt,
 - katasztrófa miatti ellátás,
 - járványügyi érdekből végzett ellátásokkal kapcsolatban,
 - tüdőgyógyászati gondozás,
 - addiktológiai gondozás,

⁴⁶ Forrás: www.unionbiztosito.hu; www.biztositasiszerzodesek.hu

- alkoholológiai gondozás,
- drogbeteg-ellátás, gondozás,
- foglalkozás-egészségügyi szakellátás,
- akupunktúrás kezelés,
- fogászati szakellátás,
- geriátriai kezelés, gondozás,
- dialízis kezelés,
- nemibeteg gondozás,
- pszichiátriai kezelés,
- gyógypedagógiai kezelés, – fizio- és mozgásterápiás kezelés,
- intenzív betegellátás,
- klinikai onkológiai gondozás,
- aneszteziológiai ellátás keretében vagy
- orvosi képalkotó diagnosztikai vizsgálat miatt kerül sor (PETCT, Cardio-CT, MR, CT).
- A kockázatviselés kezdete előtt bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészek és szervek, illetve ezen sérülések későbbi következményei
- Ha a gyógykezelés során nem tartották be az orvosszakmai előírásokat, és ezen ismételt műtétekre, kezelésekre emiatt került sor, illetve a jelen szerződésben meghatározott egyéb biztosítási esemény következett be az orvosszakmai előírások be nem tartása miatt (orvosi műhiba).

Extra szolgáltatások:

- Második orvosi vélemény
- Orvosi Call Center
- Csalási és csoportos kötési lehelőség
- Kármentesség esetén díjkedvezmény

13. táblázat: Union PrivateMed szolgáltatási limitjei egyéni kötés esetén

Szolgáltatási limitek egyéni csomag esetén							
Főbiztosítás				Kiegészítő biztosítások			
	Arany	Platina	Gyémánt	Hospital Plusz		Help Extra	
Biztosítási szolgáltatások	Limitek	Limitek	Limitek	Biztosítási szolgáltatások	Limitek	Biztosítási szolgáltatások	Limitek
Járóbeteg-szakellátás	Költségtérítés, éves limit 200 000 Ft	Költségtérítés, éves limit 300 000 Ft	Költségtérítés, éves limit 400 000 Ft	Kórházi tartózkodás extra költségei	Költségtérítés, éves limit 225 000 Ft	Gyógyászati segédeszköz	100 000 Ft
Orvosi képalkotó diagnosztikai eljárások	Költségtérítés, éves limit 250 000 Ft	Költségtérítés, éves limit 500 000 Ft	Költségtérítés, éves limit 500 000 Ft	Bármilyen okú műtéti térítés	375 000 Ft, 563 000 Ft vagy 750 000 Ft	Otthonápolás	max. 10 000 Ft / nap; max 100 000 Ft
Egynapos sebészeti ellátás	Költségtérítés, éves limit 300 000 Ft	Költségtérítés, éves limit 500 000 Ft	Költségtérítés, éves limit 500 000 Ft			Betegszállítás	max. 10 000 Ft / nap; max 100 000 Ft
Baleseti maradandó egészségkárosodás 31-100%	2 000 000 Ft	2 000 000 Ft	2 000 000 Ft			Útiköltség térítés	max. 75 000 Ft
Baleseti égés	500 000 Ft	500 000 Ft	500 000 Ft			Össejt levétel	alkalmanként max. 150 000Ft
Orvosi Call Center	x	x	x				
Második orvosi vélemény	x	x	x				

Forrás: www.unionbiztosito.hu

14. táblázat: Union PrivateMed szolgáltatási limitjei 2 fős család esetén

Családi biztosítási limitiek 2 fős család esetén							
Főbiztosítás				Kiegészítő biztosítások			
	Arany	Platina	Gyémánt	Hospital Plusz		Help Extra	
Biztosítási szolgáltatások	Limitek	Limitek	Limitek	Biztosítási szolgáltatások	Limitek	Biztosítási szolgáltatások	Limitek
Járóbeteg-szakellátás	Költségtérítés, éves limit 150 000 Ft	Költségtérítés, éves limit 225 000 Ft	Költségtérítés, éves limit 300 000 Ft	Kórházi tartózkodás extra költségei	Költségtérítés, éves limit 168 750 Ft	Gyógyászati segédeszköz	75 000 Ft
Orvosi képalkotó diagnosztikai eljárások	Költségtérítés, éves limit 187 500 Ft	Költségtérítés, éves limit 375 000 Ft	Költségtérítés, éves limit 375 000 Ft	Bármilyen okú műtéti térítés	375 000 Ft, 563 000 Ft vagy 750 000 Ft	Otthonápolás	max. 10 000 Ft / nap; max 75 000 Ft
Egynapos sebészeti ellátás	Költségtérítés, éves limit 225 000 Ft	Költségtérítés, éves limit 375 000 Ft	Költségtérítés, éves limit 375 000 Ft			Betegszállítás	max. 10 000 Ft / nap; max 75 000 Ft
Baleseti maradandó egészségkárosodás 31-100%	2 000 000 Ft	2 000 000 Ft	2 000 000 Ft			Útiköltség térítés	max. 56 000 Ft
Baleseti égés	500 000 Ft	500 000 Ft	500 000 Ft			Össejt levétel	alkalmanként max. 150 000Ft
Orvosi Call Center	x	x	x				
Második orvosi vélemény	x	x	x				

Forrás: www.unionbiztosito.hu

Megjegyzés:

- Családi csomag esetén a limitiek összeadódnak és szabadon felhasználhatók, kivéve Baleseti maradandó egészségkárosodás, Baleseti égés, Bármely okú műtéti térítés és Össejt levétel esetén.
- A kiegészítő biztosításnál csak az részesül szolgáltatásban, aki rendelkezik kiegészítő biztosítással.

15. táblázat: Union PrivateMed szolgáltatási limitjei 2 főnél nagyobb család, illetve csoportos kötés esetén

Családi biztosítási limitok 2 főnél nagyobb (de maximum 5 fős) család, illetve csoportos biztosítás esetén							
Főbiztosítás				Kiegészítő biztosítások			
	Arany	Platina	Gyémánt	Hospital Plusz		Help Extra	
Biztosítási szolgáltatások	Limitek	Limitek	Limitek	Biztosítási szolgáltatások	Limitek	Biztosítási szolgáltatások	Limitek
Járóbeteg-szakellátás	Költségtérítés, éves limit 100 000 Ft	Költségtérítés, éves limit 150 000 Ft	Költségtérítés, éves limit 200 000 Ft	Kórházi tartózkodás extra költségei	Költségtérítés, éves limit 112 500 Ft	Gyógyászati segédeszköz	50 000 Ft
Orvosi képalkotó diagnosztikai eljárások	Költségtérítés, éves limit 125 000 Ft	Költségtérítés, éves limit 250 000 Ft	Költségtérítés, éves limit 250 000 Ft	Bármilyen okú műtéti térítés	375 000 Ft, 563 000 Ft vagy 750 000 Ft	Otthonápolás	max. 10 000 Ft / nap; max 50 000 Ft
Egynapos sebészeti ellátás	Költségtérítés, éves limit 150 000 Ft	Költségtérítés, éves limit 250 000 Ft	Költségtérítés, éves limit 250 000 Ft			Betegszállítás	max. 10 000 Ft / nap; max 50 000 Ft
Baleseti maradandó egészségkárosodás 31-100%	2 000 000 Ft	2 000 000 Ft	2 000 000 Ft			Útiköltség térítés	max. 37 500 Ft
Baleseti égés	500 000 Ft	500 000 Ft	500 000 Ft			Össejt levétel	alkalmanként max. 150 000Ft
Orvosi Call Center	x	x	x				
Második orvosi vélemény	x	x	x				

Forrás: www.unionbiztosito.hu

Megjegyzés:

- Családi csomag esetén a limitok összeadódnak és szabadon felhasználhatók, kivéve Baleseti maradandó egészségkárosodás, Baleseti égés, Bármely okú műtéti térítés és Össejt levétel esetén.
- A kiegészítő biztosításnál csak az részesül szolgáltatásban, aki rendelkezik kiegészítő biztosítással.

4. melléklet: Adatok

16. táblázat: Összes egészségügyi kiadás a GDP százalékában (OECD)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Australia	8,0	8,1	8,4	8,3	8,5	8,4	8,5	8,5	8,7	n.a.
Austria	9,9	10,1	10,1	10,3	10,4	10,4	10,3	10,3	10,4	11,0
Belgium	8,1	8,3	8,5	10,0	10,2	10,1	9,6	9,7	10,1	10,9
Canada	8,8	9,3	9,6	9,8	9,8	9,8	10,0	10,0	10,3	11,4
Chile	6,6	6,8	6,7	7,5	7,1	6,9	6,6	6,9	7,5	8,4
Czech Republic	6,5	6,7	7,1	7,4	7,2	7,2	7,0	6,8	7,1	8,2
Denmark	8,7	9,1	9,3	9,5	9,7	9,8	9,9	10,0	10,3	11,5
Estonia	5,3	4,9	4,8	5,0	5,1	5,0	5,0	5,2	6,1	7,0
Finland	7,2	7,4	7,8	8,2	8,2	8,4	8,4	8,1	8,4	9,2
France	10,1	10,2	10,5	10,9	11,0	11,1	11,0	11,0	11,1	11,8
Germany	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6	10,7	10,6	10,5	10,7	11,6
Greece	7,9	8,8	9,1	8,9	8,7	9,6	9,6	9,6	n	n.a.
Hungary	7,0	7,1	7,5	8,3	8,0	8,3	8,1	7,5	7,2	7,4
Iceland	9,5	9,3	10,2	10,4	9,9	9,4	9,1	9,1	9,1	9,7
Ireland	6,1	6,7	7,1	7,4	7,6	7,6	7,5	7,7	8,8	9,5
Israel	7,5	8,0	7,9	7,9	7,8	7,8	7,6	7,6	7,7	7,9
Italy	8,1	8,2	8,3	8,3	8,7	8,9	9,0	8,7	9,0	9,5
Japan	7,7	7,9	8,0	8,1	8,1	8,2	8,2	8,2	8,5	n.a.
Korea	4,5	5,1	4,9	5,2	5,3	5,7	6,0	6,3	6,5	6,9
Luxembourg	7,5	7,4	8,3	7,7	8,2	7,9	7,7	7,1	6,8	7,8
Mexico	5,1	5,5	5,6	5,8	6,0	5,9	5,7	5,8	5,8	6,4
Netherlands	8,0	8,3	8,9	9,8	10,0	9,8	9,7	9,7	9,9	12,0
New Zealand	7,6	7,7	8,0	7,9	8,3	8,7	9,1	8,8	9,6	10,3
Norway	8,4	8,8	9,8	10,0	9,7	9,1	8,6	8,9	8,6	9,6
Poland	5,5	5,9	6,3	6,2	6,2	6,2	6,2	6,4	7,0	7,4
Portugal	9,3	9,3	9,3	9,8	10,1	10,4	10,1	10,0	10,1	n.a.
Slovak Republic	5,5	5,5	5,6	5,8	7,2	7,0	7,3	7,7	8,0	9,1
Slovenia	8,3	8,6	8,6	8,6	8,4	8,4	8,3	7,8	8,4	9,3
Spain	7,2	7,2	7,3	8,2	8,2	8,3	8,4	8,5	9,0	9,5
Sweden	8,2	8,9	9,2	9,3	9,1	9,1	8,9	8,9	9,2	10,0
Switzerland	10,2	10,6	10,9	11,3	11,3	11,2	10,8	10,6	10,7	11,4
Turkey	4,9	5,2	5,4	5,3	5,4	5,4	5,8	6,0	6,1	n.a.
United Kingdom	7,0	7,2	7,6	7,8	8,0	8,2	8,5	8,4	8,8	9,8
United States	13,7	14,3	15,2	15,7	15,7	15,7	15,8	16,0	16,4	17,4

Forrás: OECD

17. táblázat: Egészségügyi kiadások éves növekedési üteme reálértéken (%)

	2000- 2001	2001- 2002	2002- 2003	2003- 2004	2004- 2005	2005- 2006	2006- 2007	2007- 2008	2008- 2009
Australia	3,5	4,9	2	4,8	0,4	2,6	2,8	1,5	n.a.
Austria	1,6	1,4	2,1	3,1	1,7	1,7	3,3	2,7	2,2
Belgium	2,6	3	18,9	4,1	0,1	-2,6	2,8	4,5	4,2
Canada	6,1	5,1	2,6	2	2,5	3,2	1,9	2,5	7,4
Chile	4,3	0,8	13,9	-0,6	2,1	-0,8	7,9	11,6	9
Czech Republic	5,1	8,2	8,8	0,9	6,9	2,4	2,4	6,8	10,4
Denmark	5	2,7	2	3,8	3,2	4,7	1,8	0,9	6
Estonia	-0,7	8,2	11,2	10,6	7,2	10,6	11,8	10,8	-1,1
Finland	5	6,8	6,2	4,6	5,3	3	1,1	4,3	0,1
France	2,4	3,5	3,9	2,9	2	0,9	1,5	0,4	2,7
Germany	2,3	2	1,7	-1	2	2,1	1,6	3,2	4
Greece	16,1	6,5	3,7	1,1	12,4	5,3	4	n.a.	n.a.
Hungary	5,8	10,3	15	0,7	7,7	1	-7	-2,3	-3,6
Iceland	0,8	7,9	4,1	1,5	1,3	-1,6	3,1	-0,9	-1,4
Ireland	14,5	9,5	7	5,8	4,4	1,6	5,1	9	-1
Israel	4,2	-3,5	-1,4	2	3,8	0,9	3	4,7	0,1
Italy	3,6	1,7	-0,7	4,2	3,2	2,3	-2,9	3,6	-0,8
Japan	2,8	0,8	3,1	2,1	3,6	1,7	2,4	2,6	n.a.
Korea	16,5	3,6	7,8	5,6	11,9	11,9	9,2	4,5	7,2
Luxembourg	-1,9	13,6	-7,8	9	-0,4	-0,3	-4,9	-6,9	8
Mexico	6,1	2,7	3,1	6,5	0,5	0,8	4,2	1,7	2,4
Netherlands	5,5	6,3	10	3,9	0,4	2,1	3,3	3,7	16,4
New Zealand	4,3	7,3	-0,5	8	6,6	5,9	-1,5	6,2	7,4
Norway	6,1	12,3	2,7	-0,5	-3,9	-3,5	4,4	-3,4	8,4
Poland	7,4	9,8	2,4	4,7	3,8	6,1	10,8	14,5	6,8
Portugal	0,9	0,4	3	4,2	3,4	-2	1,4	0,4	n.a.
Slovak Republic	4	7	8,3	30,1	4,1	12,9	16,5	9,2	8,2
Slovenia	6,6	4,2	2,6	0,9	4,7	4	0,3	11	1,7
Spain	2,9	1,4	14,3	2	2,9	3,3	3,2	4,9	1,5
Sweden	9,4	6,4	2,9	1,3	2,4	2,4	2,2	2,1	1,8
Switzerland	4,9	2,7	2,2	2,2	1,3	-1,3	1,2	2	2,8
Turkey	-3,1	8,7	3,5	8,6	8,6	12,6	7,4	4,5	n.a.
United Kingdom	5,4	6,3	5,2	5,4	6,2	5,1	1,4	3,6	5,2
United States	5	6,7	5,1	2,9	2,3	2,2	2,2	1,6	2,2

Forrás: OECD

18. táblázat: Az állami egészségügyi kiadások éves növekedési üteme reálértéken (%)

	2000- 2001	2001- 2002	2002- 2003	2003- 2004	2004- 2005	2005- 2006	2006- 2007	2007- 2008	2008- 2009
Australia	2,7	5,9	0,8	5,7	0,7	2,1	4,2	2,3	n.a
Austria	0,6	1	1,8	3,2	2,3	1,6	3,9	3,7	2,8
Belgium	3,7	0,8	20,5	5,8	0	-5,3	2,3	6,6	4,4
Canada	5,5	4,5	3,5	2,1	2,5	2,6	2,5	2,9	7,6
Chile	7,1	2,6	-18,9	2,1	2,6	4,4	10,6	13,6	17,4
Czech Republic	4,5	9	8	0,1	4,7	1,7	0,6	3,4	12,3
Denmark	5,4	3	2,1	3,5	3,4	4,9	1,5	1,3	6,5
Estonia	1,2	6,1	11	8,5	8,9	5,6	15,3	14,1	-4,3
Finland	6	7,5	9,3	5,1	5,9	2,2	0,5	4,4	0,4
France	2,4	3,8	2,9	2,7	2	0,8	1	-0,4	3,1
Germany	2	1,6	0,6	-3,2	1,8	1,8	1,6	3,4	4,5
Greece	17,5	1,7	6,9	0	14,2	8,7	1,2	n.a	n.a
Hungary	3,1	12,2	19,3	0,1	7,6	1,3	-9,9	-1,4	-5,4
Iceland	0,7	9,1	3,8	0,9	1,5	-0,9	3,8	-0,8	-2,1
Ireland	15,5	10,3	7,3	7,1	3,8	1,4	5,2	8,8	-3,2
Israel	3,3	-1,6	-3,8	0,7	1,1	0,5	1,8	4,9	0,2
Italy	6,7	1,5	-0,7	6,3	3,5	2,8	-3	4,9	-0,4
Japan	3,5	0,7	2	2,5	4,6	-1	3,6	3,2	n.a.
Korea	31,5	1,3	5,3	5,9	12,6	17	10,2	4,7	11,5
Luxembourg	-2,8	15,3	-9,2	9,8	-0,3	0	-6	-7	n.a.
Mexico	2,1	0,6	3,8	8,9	0,3	1,2	4,6	5,1	5,3
Netherlands	5	5,7	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
New Zealand	2,1	9,4	0,1	6	6,8	6,5	1,4	6,8	7,7
Norway	7,4	12,2	3	-0,6	-3,9	-3,2	4,8	-3,1	8,1
Poland	10,3	8,6	0,6	2,7	4,9	7	12,3	16,7	6,7
Portugal	1,1	3	3,2	2,9	3,3	-3,4	0,8	-0,6	n.a.
Slovak Republic	3,9	6,7	7,4	8,7	5	3,7	14	10,7	4,9
Slovenia	5,5	4,3	0,5	2,6	3,3	4,2	0,3	12,9	1,6
Spain	2,3	1,5	12,6	2,3	3,1	4,4	3,5	6,5	2,9
Sweden	4,5	6,8	3,6	0,6	2,2	2,4	2,5	2,3	1,8
Switzerland	7,7	4,1	3,3	2,3	3,1	-1,8	1,1	2,7	3,1
Turkey	4,8	12,9	5,3	7,6	3,4	13,4	6,6	12,4	n.a.
United Kingdom	6,3	6,2	5,5	7,2	6,9	4,3	1,4	4,9	7,5
United States	7,4	6,1	4,7	3,9	2,5	4,1	2,7	3,6	5,8

Forrás: OECD

19. táblázat: Az állami egészségügyi kiadások aránya az összes kiadásból

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Australia	66,8	66,3	66,9	66,1	66,7	66,9	66,6	67,5	68,0	n.a.
Austria	76,8	76,1	75,8	75,5	75,7	76,1	76,0	76,4	77,2	77,7
Belgium	74,6	75,4	73,8	74,8	76,0	75,9	73,9	73,5	75,0	75,1
Canada	70,4	70,0	69,6	70,2	70,2	70,2	69,8	70,2	70,5	70,6
Chile	52,1	53,5	54,5	38,8	39,9	40,0	42,1	43,2	44,0	47,4
Czech Republic	90,3	89,8	90,5	89,8	89,2	87,3	86,7	85,2	82,5	84,0
Denmark	83,9	84,2	84,5	84,5	84,3	84,5	84,6	84,4	84,7	85,0
Estonia	77,2	78,6	77,1	77,0	75,5	76,7	73,3	75,6	77,8	75,3
Finland	71,3	72,0	72,5	74,6	75,0	75,4	74,8	74,4	74,4	74,7
France	79,4	79,4	79,7	78,9	78,8	78,8	78,7	78,3	77,7	77,9
Germany	79,8	79,6	79,3	78,4	76,7	76,6	76,4	76,4	76,6	76,9
Greece	60,0	60,8	58,0	59,8	59,1	60,1	62,0	60,3	n.a.	n.a.
Hungary	70,7	69,0	70,2	72,8	72,4	72,3	72,5	70,3	71,0	69,7
Iceland	81,1	81,0	81,9	81,7	81,2	81,4	82,0	82,5	82,6	82,0
Ireland	75,1	75,7	76,3	76,5	77,4	77,0	76,8	76,9	76,7	75,0
Israel	62,6	62,0	63,2	61,7	60,9	59,3	59,0	58,3	58,4	58,5
Italy	72,5	74,6	74,5	74,5	76,0	76,2	76,6	76,6	77,5	77,9
Japan	80,8	81,4	81,3	80,4	80,8	81,6	79,4	80,4	80,8	n.a.
Korea	48,6	54,9	53,7	52,4	52,6	52,9	55,3	55,8	55,9	58,2
Luxembourg	85,1	84,3	85,5	84,2	84,8	84,9	85,1	84,1	84,1	
Mexico	46,6	44,8	43,9	44,2	45,2	45,0	45,2	45,4	46,9	48,3
Netherlands	63,1	62,8	62,5	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
New Zealand	78,0	76,4	77,9	78,3	76,9	77,1	77,5	79,8	80,3	80,5
Norway	82,5	83,6	83,5	83,7	83,6	83,5	83,8	84,1	84,3	84,1
Poland	70,0	71,9	71,2	69,9	68,6	69,3	69,9	70,8	72,2	72,2
Portugal	66,0	66,1	67,8	68,0	67,1	67,1	66,1	65,7	65,1	
Slovak Republic	89,4	89,3	89,1	88,3	73,8	74,4	68,3	66,8	67,8	65,7
Slovenia	74,0	73,3	73,4	71,9	73,1	72,1	72,3	72,3	73,4	73,4
Spain	71,6	71,2	71,3	70,3	70,4	70,6	71,3	71,5	72,6	73,6
Sweden	84,9	81,1	81,4	82,0	81,4	81,2	81,1	81,4	81,5	81,5
Switzerland	55,4	56,9	57,7	58,3	58,4	59,5	59,1	59,1	59,5	59,7
Turkey	62,9	68,1	70,7	71,9	71,2	67,8	68,3	67,8	73,0	n.a.
United Kingdom	79,2	79,9	79,8	80,0	81,3	81,9	81,3	81,3	82,4	84,1
United States	43,0	44,0	43,8	43,6	44,0	44,1	44,9	45,1	46,0	47,7

Forrás: OECD

**20. táblázat: A háztartások egészségügyi kiadások (out-of-pocket expenditure)
aránya az összes kiadásból**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Australia	19,8	19,3	18,8	18,3	18,3	18,6	18,7	18	18,2	n.a
Austria	15,3	16	16,2	16,5	16	15,7	15,8	15,4	n.a.	n.a
Belgium	n.a.	n.a.	n.a.	19,8	18,5	18,5	20,3	20,6	20,1	20
Canada	15,9	15,2	15,2	14,5	14,7	14,6	15	14,7	14,6	14,6
Chile	n.a.	n.a.	n.a.	38,9	38,9	39	38	36,6	36,5	34
Czech Republic	9,7	10,2	9,5	10	10,4	10,7	11,3	13,2	15,7	14,4
Denmark	16	15,9	15,8	14,6	14,7	14,8	14,3	13,9	13,5	13,2
Estonia	19,9	19	20,1	20,3	21,3	20,4	25,1	21,9	19,7	20,3
Finland	22,3	21,8	21,3	19,1	18,8	18,5	19,1	19,3	19,1	19
France	7,1	7,2	7	6,7	6,6	6,6	6,6	7	7,4	7,3
Germany	11,1	11,2	11,4	12	13,4	13,4	13,7	13,6	13,3	13,1
Greece	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a
Hungary	26,3	27,7	26,3	23,7	23,4	23,8	23	24,3	23,8	23,7
Iceland	18,9	19	18,1	17	17,4	17,2	16,6	16	16	16,6
Ireland	15,3	15,2	14,6	15,8	15,1	15,3	14,4	13,9	14,4	12,3
Israel	28,3	29,1	26,8	27,6	27,8	29,2	29,3	29,9	28,3	28,8
Italy	24,5	22,1	22,4	22,4	21,2	20,5	19,9	20,1	19,7	19,7
Japan	15,4	15,1	15,6	16,4	16,2	15,4	17	16,1	15,8	n.a
Korea	41,5	36,3	37,4	38	38,3	37,9	35,7	34,7	34,2	32,4
Luxembourg	11,8	12,5	11,8	12,2	11,6	11,6	11,5	12,2	12,4	11,6
Mexico	50,9	52,4	53,2	52,9	51,9	51,7	51,3	50,9	49,3	47,8
Netherlands	9	8,7	8	7,3	7,2	7,1	5,6	n.a.	n.a.	n.a
New Zealand	15,4	17	16,1	n.a.	17	16,9	16,6	14,3	14	13,4
Norway	16,7	15,7	15,8	15,5	15,7	15,7	15,4	15	14,9	15,1
Poland	30	28,1	25,4	26,4	28,1	26,1	25,6	24,2	22,4	22,2
Portugal	24,9	24,9	23,9	24,1	24,4	24,8	26	26,4	27,2	n.a
Slovak Republic	10,6	10,7	10,9	11,7	19,2	22,6	25,9	26,2	25,2	25,6
Slovenia	n.a.	n.a.	n.a.	11,9	11,8	12,5	11,8	13,3	12,5	12,9
Spain	23,6	23,9	23,7	23	22,9	22,5	21,3	20,8	20,6	20,1
Sweden	n.a.	16,6	16,2	15,9	16,3	16,7	16,6	16,5	16,4	16,7
Switzerland	33	31,8	31,6	31,6	31,9	30,6	30,8	30,7	30,5	30,5
Turkey	27,6	22,8	19,8	18,5	19,2	22,8	22	21,8	n.a.	n.a
United Kingdom	13,5	13,5	13,3	12,8	12,4	11,8	12	11,9	11,2	10,5
United States	14,9	14,3	13,9	13,6	13,4	13,3	12,9	12,9	12,7	12,3

Forrás: OECD

21. táblázat: Egészségügyi kiadások a finanszírozók szerint (2008)

Ország	Állam-háztartás	Társadalom-biztosítási alapok	Magán-biztosítás	Ház-tartások	Nonprofit szervezetek	Egyéb vállalatok
Australia	69,0	0,0	8,5	19,2	0,3	3,0
Austria	31,8	46,8	4,7	15,5	1,0	0,1
Belgium	11,3	63,7	4,8	20,1	0,1	0,1
Canada	68,4	1,5	13,3	15,4	0,0	1,5
Chile	36,2	6,5	19,9	37,3	0,0	0,0
Czech Republic	5,0	77,1	0,2	16,1	1,2	0,4
Denmark	84,0	0,0	1,8	14,1	0,1	0,0
Estonia	10,8	67,6	0,3	20,5	0,0	0,7
Finland	58,5	15,8	2,2	20,1	1,2	2,2
France	5,4	72,6	13,6	7,7	0,1	0,7
Germany	7,1	69,9	9,7	12,5	0,4	0,4
Hungary	9,9	60,7	2,2	24,5	1,7	0,9
Iceland	54,5	28,1	0,0	16,0	1,4	0,0
Japan	8,5	72,0	2,5	16,0	0,0	1,0
Korea	12,4	45,6	4,8	36,3	0,8	0,1
Luxembourg	8,5	73,9	3,5	13,7	0,4	0,0
Netherlands *	5,4	76,7	6,2	6,0	3,2	2,5
New Zealand	71,0	9,2	4,9	14,0	0,9	0,0
Poland	7,7	64,5	0,6	24,0	1,1	2,1
Portugal	64,3	1,3	5,1	28,7	0,1	0,5
Slovak Republic	6,3	64,2	0,0	26,1	0,5	2,9
Slovenia	1,4	71,2	13,1	13,3	0,0	1,0
Spain	67,4	4,8	5,8	21,3	0,6	0,0
Sweden	81,6	0,0	0,2	17,2	0,2	0,8
Switzerland	18,3	41,2	9,0	30,5	1,0	0,0
Turkey	26,7	46,0	0,0	19,2	0,0	8,1
United States	5,8	41,6	35,4	13,3	3,6	0,2

Forrás: OECD

* A Hollandiára vonatkozó adatok 2007-esek.

22. táblázat: Az önkéntes egészségpénztárak bevételei (milliárd Ft)

Megnevezés	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009.	2010.
Tagok által fizetett tagdíj	0,302	0,652	0,949	1,608	2,227	3,081	3,840	5,064	6,493	7,282	9,175
Munkáltatói tagdíj-hozzájárulás	2,080	3,730	5,310	9,801	16,701	19,215	27,865	27,650	35,372	41,211	40,966
Tagdíjbevételek összesen	2,383	4,382	6,259	11,409	18,927	22,296	31,705	32,714	41,865	48,493	50,141
Tagok egyéb befizetései	0,075	0,181	0,282	0,723	1,123	1,890	2,257	1,478	1,493	1,171	1,431
Támogatóktól befolyt összeg	1,473	1,460	0,158	0,182	0,617	0,852	1,058	0,905	0,706	0,345	0,621
Befizetések összesen	3,931	6,023	6,699	12,314	20,667	25,038	35,020	35,097	44,064	50,009	52,193
Szolgáltatások kiadásai	1,737	3,333	4,516	9,220	15,005	19,579	27,433	34,049	40,080	51,453	56,360

Forrás: www.pszaf.hu

23. táblázat: A biztosítóintézetek kár- és szolgáltatáskifizetése (milliárd Ft)

Ágazat	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Balesetbiztosítás	1,101	1,307	1,460	1,573	1,852	1,702	2,528	2,592	2,679	3,620	3,757
Betegségbiztosítás	1,098	1,054	1,161	1,236	1,338	1,505	1,870	1,882	2,501	2,330	2,078

Forrás: www.pszaf.hu