

A MAGÁNBIZTOSÍTÁS SZEREPE AZ AUSZTRIAI EGÉSZSÉGÜGYBEN

Az elmúlt évben, 2007 márciusában tudományterületünk 5 neves képviselője kapott címzetes egyetemi tanári és címzetes egyetemi docensi kinevezést egyetemünkön: Prof. August Oesterle, Prof. Ron Akehurst, Prof. Niek Klazinga, Prof. Boncz Imre, és Dózsa Csaba. Kollegáink kinevezésük alkalmából, mintegy „székfoglalóként” tudományos előadásokat tartottak 2008. március 3-án a „Corvinus Minikonferencia Sorozat” keretében. Előadásaik rövidített, szerkesztett anyagait folyamatosan közöljük. Íme az első.

Ausztriában 21 betegbiztosító működik, ezek közül 9 regionális, a többi szakmák (közalkalmazottak, köztisztviselők, vállalkozók, farmerek) illetve nagy cégek (például vasút) zárt betegbiztosítói. A díjak a jövedelem 7,3–9,0 százalékát teszik ki¹, amelyet közel 50–50 százalékban fizet a munkaadó és a munkavállaló. Az alapellátási csomag kissé eltér az egyes biztosítók esetén, mint ahogy a díjak is kisfokú eltérést mutatnak. A co-payment² mértéke is eltérő az egyes biztosítók esetén. A lakosság nem választhat a betegbiztosítók között, emellett a betegbiztosítóktól a magánbiztosításba való átlépés gyakorlatilag lehetetlen. (Speciális lakossági csoportok, például diplomaták, jogászok számára járható ez az út, ez körülbelül 10 ezer embert jelent, számuk elenyésző.) Emellett a lakosság 30 százaléka rendelkezik kiegészítő biztosítással, ezt a magánbiztosítók nyújtják. Verseny semmilyen formában nincs, és bevezetését nem is tervezik.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK SZEREPLŐI

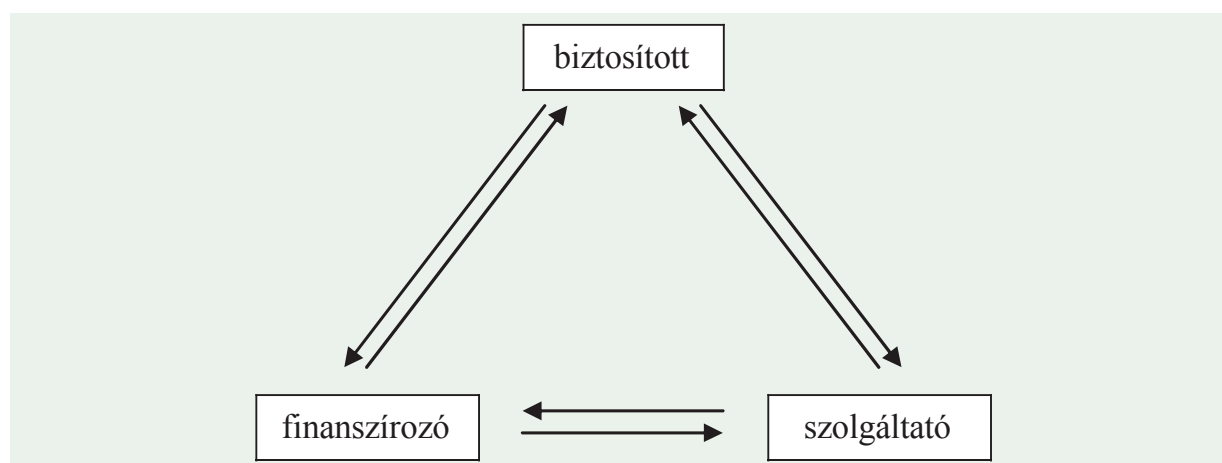
Az egészségügyi rendszerekre jellemző, hogy a három fő szereplő, a biztosított (fogyasztó), a finanszírozó (vevő), és a szolgáltató közötti kapcsolatok alapján épülnek fel. (1. ábra) Az egészségügyi rendszerek különböző típusai abban különböznek, hogy ezek a kapcsolatok milyen módon és formában jelennek meg az egyes szereplők között. Az egészségügyi rendszerek fejlődése során az esetek egy részében egy kézben volt a szolgáltatás és a finanszírozás, például a *Beveridge* névvel fémjelzett rendszerekben, vagy az Egyesült Királyságban 1991-ig, de ez jellemző hazánkban is. A szolgáltató és a finanszírozó szétválása az egészségügyi rendszerek fejlődésének fontos állomása volt. Az ezt eredményező egészségügyi reformok jellemzője az volt,

1 Betegbiztosítótól függő 7,3–9,0 százalékos hozzájárulást a biztosítottak illetve munkaadók 360–3600 euró között fizetnek, e felett a hozzájárulás 5000 euróig nem változik (lépcsős fizetés). A jövedelem 5000 euró feletti részét ilyen kötelezettség nem terheli.

2 A beteg által fizetendő önrész az egyes egészségügyi szolgáltatások, termékek után (például a TB-támogatáson felüli rész fizetése a gyógyszerárból).

hogy kevésbé hierarchikus és inkább megegyezéses, szerződésen alapuló kapcsolatot hozzanak létre egyrészt a központi kormányzat és az egészségügy kulcsszereplői között, másrészt újradefiniálják a kapcsolatot a kulcsszereplők (a finanszírozók, a szolgáltatók és a vevők) között. Az állam legfontosabb szerepe a törvényi háttér, a tervezés, az ármegállapítás, a szabályozás, a mérés, és a kontroll.

Az állam időről-időre az egyes kulcsszereplők (a háromszög csúcsai) képviselőjében jelenik meg, hol a finanszírozó, hol a szolgáltató hol a fogyasztó érdekeit képviselve. A nemzetközi példák egyértelműen mutatják, hogy az állam politikai szerepe igen erős ezen a területen, hiszen a versenyképességet is befolyásoló egészségügyi költségnövekedéssel és a lakosság előregedése miatt kialakuló helyzettel szemben a piaci mechanizmusok tehetetlenek.



1. ábra: Az egészségügyi rendszerek szereplői

AUSZTRIA EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZERE – RÖVID ÁTTEKINTÉS

Az ausztriai egészségügyi rendszer a társadalombiztosítás alapkonceptióján épül fel. Az állampolgárok és családtagjaik kötelezően kilenc regionális és tizenkét más egészségbiztosítóhoz tartoznak, attól függően, hogy melyik régióban laknak és hogy a közsférában dolgoznak, vállalkozók, vagy különféle cégeknél helyezkedtek el. A biztosítottak nem választhatnak a kötelező egészségbiztosítók között, illetve ebből a biztosítási formából nem léphetnek ki és nem választhatnak magánbiztosítót. A vállalkozók egy kis csoportja számít ebből a szempontból kivételnek, a teljes lakosság 0,1 százaléka, akik átléphetnek a kötelező biztosításból a magánbiztosításba (csoportos szerződési alapon).

A teljes egészségügyi kiadások Ausztriában valamivel a GDP 10 százaléka felett vannak, ebből 75 százalékban részesednek a közkiadások, a magánkiadások aránya pedig 25 százalék. A nagyon erős társadalombiztosítási hagyományok ellenére a társadalombiztosítási hozzájárulások a közkiadások kétharmadát teszik ki, (a teljes egészségügyi költségek 45 százaléka), míg a közkiadások fennmaradó egyharmada adókból származik.

A MAGÁNBIZTOSÍTÁS SZEREPE

A társadalombiztosítás alapján felépülő egészségbiztosítással rendelkező Ausztriában a magán-egészségbiztosításnak két területen van jelentős szerepe, a *kiegészítő* (complementary) és a *pótlólagos* (supplementary) biztosítás területén.

A kiegészítő biztosítás (complementary cover) azokkal az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos, amelyeket a társadalombiztosítás finanszíroz, de a teljes költséget nem fedezi. A magánbiztosítás ebben az esetben részben vagy teljesen fedezheti a társadalombiztosítás által nem térített költséghányadot. A járóbeteg-ellátás igen jó példa ezen a területen. Ausztriában a járóbeteg-ellátás területén a kötelező egészségbiztosítókkal szerződéses viszonyban álló orvosok (szerződéses orvosok) esetén az egészségügyi szolgáltatásokat a kötelező egészségbiztosító teljes mértékben finanszírozza. (A biztosítottnak csak az „egészség e-kártya” évi 10 eurós éves díját kell fizetnie.) Abban az esetben, ha a beteg olyan orvoshoz megy, aki nem áll szerződéses viszonyban a kötelező egészségbiztosítóval, akkor a kötelező társadalombiztosítás annak az összegnek a 80 százalékát fizeti, amelyet azonos szolgáltatásért fizetne a vele szerződésben levő orvosnak. Ez a rendszer a beteget érdekeltté teszi abban, hogy a szerződéses orvos szolgáltatásait vegye igénybe, miközben szabadon hagyja azt a lehetőséget, hogy a beteg nem szerződéses orvosok szolgáltatásait is igénybe vegye. A kiegészítő biztosítás másik kiterjedt alkalmazási területe az úgynevezett „*Sonderklasse*” *ellátások*, amelyek nagyrészt a kórházi „hotel-szolgáltatásokat” jelentik. Ez az adott magánbiztosítási szerződéstől függően tartalmazhatja a kétágyas vagy egyágyas kórteremben való elhelyezést, a szabad orvos- és kórház-választást, az orvos-beteg találkozás időpontjának előjegyzését, illetve a rendelési időnek a beteg igényeihez idomuló rugalmasságát. A finanszírozás közvetlenül a biztosító és a kórház között történik, így a betegnek az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor nem kell fizetnie (nincs előfinanszírozás és visszatérítés). A szolgáltatók a közkórházakban korlátozott számú „*Sonderklasse*” ágyat tartanak fenn azok számára, akik magán-egészségbiztosítással rendelkeznek. Ez azt is jelenti, hogy közkórházakban dolgozó orvosok is kezelhetnek magánbetegeket (pontosabban: magánbiztosítással rendelkező betegeket). A „*Sonderklasse*” biztosítás szabályozásáról, valamint a „*Sonderklasse*” betegek és az „általános” betegek által kapott szolgáltatásokkal kapcsolatos kérdésekről folyamatos a társadalmi vita.

A magánbiztosítás második fő területe a pótlólagos biztosítás (supplementary cover), amely olyan egészségügyi szolgáltatások finanszírozását biztosítja, amelyeket a kötelező egészségbiztosítók nem finanszíroznak. Különböző fogászati ellátások, esztétikai sebészeti beavatkozások, különböző gyógyszerek és az alternatív medicina különböző területei tartoznak ide.

Ezen kívül a magánbiztosítás fizet egy bizonyos összeget a biztosítottnak, minden kórházban töltött napra. Mivel a magánbiztosítás kiegészítő (complementary) és pótlólagos (supplementary) biztosítás, a magán-egészségbiztosításra vonatkozó előírások nem követelik meg az előre megszabott standard szolgáltatási tarifákat, illetve standardcsomag-árat, mint például Németországban vagy Hollandiában, ahol a magánbiztosítók *elsődleges biztosítóként* (primary insurance providers) is működnek.

A MAGÁNBIZTOSÍTÁS JELENTŐSÉGE

Ausztriában 2006-ban 2 778 127 ember (a teljes lakosság 33,5 százaléka) rendelkezett valamilyen magánbiztosítással. Közülük a csoportos biztosítással rendelkezők aránya 20 százalék, 80 százalékuknak egyéni szerződése volt. A magánbiztosítással rendelkezők száma 1980-ig emelkedett, azóta lassú csökkenés figyelhető meg.

Mivel a társadalombiztosítás (kötelező egészségbiztosítás) igen fejlett, a magánbiztosítás egy bizonyos társadalmi réteg számára vonzó, nagyrészt a közepes és a magas jövedelműek, a városban élők (itt található a nem-szerződéses orvosok nagy része, sok választási lehetőséget kínálva), a közszolgálatban dolgozók, valamint a vállalkozók (sokakat közülük a kötelező társadalombiztosításon belül is nagyobb co-payment fizetési kényszer terhel) számára. Mivel a magánbiztosításra költött összegek egy része levonható az adókból, az adózási rendszer bizonyos fókig ösztönzi a magánbiztosítást.

A MAGÁNBIZTOSÍTÁSRA KÖLTÖTT ÖSSZEGEK; NEMZETKÖZI KITEKINTÉS

Az OECD adatok szerint a szervezet tagállamaiban a teljes egészségügyi finanszírozásból a magán-egészségbiztosítás részesedése 8,7 százalékra (2004) tehető, amely közelítőleg egyharmada az egészségügyben a magánfinanszírozásnak. Ausztriában a magánbiztosításra költött összegek mind a relatív, mind az egy főre jutó költségek alapján alacsonyabbak, mint Svájcban, Németországban illetve Hollandiában (ezek azok az országok azonban, ahol a magánbiztosítók meghatározó szerepet játszanak az elsődleges egészségügyi finanszírozás területén is), emellett alacsonyabb a költség Franciaországhoz képest is. Ausztriában a magánbiztosításra költött összegek mind relatív, mind abszolút összehasonlításban jelentősen magasabbak, mint az északi-, közép- és dél-európai országokban. Meg kell állapítani, annak ellenére, hogy Ausztriában szinte az egész lakosság rendelkezik társadalombiztosítással, a magánbiztosítás szerepe igen jelentős, mind a költségek nagysága, mind a személyes szolgáltatási/biztosítási szükségletek kielégítése területén.

1. táblázat: A magán-egészségbiztosítás szolgáltatásai (2006, millió euró)

	2002		2006	
	összeg	%	összeg	%
Kórházi költségek térítése	686,96	74,4	713,67	71,7
Kórházi ápolási naponkénti készpénzkifizetés	98,37	10,6	99,23	10,0
Járóbeteg-ellátás	39,39	4,3	47,84	4,8
Fogászati ellátás	32,84	3,6	45,74	4,6
Speciális szolgáltatások	25,40	2,7	40,11	4,0
Más ellátások	40,97	4,4	48,66	4,9
Összesen	923,93	100,0	995,25	100,0

Forrás: VVO (Association of Austrian Insurance Companies)

Könnyen azt hihetjük, hogy Ausztriában az elmúlt 15 év során lezajlott, az egészségügy jövőjével kapcsolatos viták (a társadalombiztosítás által finanszírozott jövőbeni

szolgáltatásokról, emelkedő co-paymentekről, illetve bizonyos specifikus szolgáltatások kizárásáról a társadalombiztosításból) esetleg vonzóbbá tették a magán-egészségbiztosítást. Ezzel szemben az látható, hogy míg a magán-egészségbiztosításra költött összegek lassan emelkedtek az elmúlt 20 év folyamán, arányuk ennek ellenére is csökkent az összes egészségügyi kiadáson belül.

A magán-egészségbiztosítás kiadásainak a legnagyobb részét, 70 százalékát teszik ki a kórházi kifizetések, ez a „fő terméke” a magán-egészségbiztosításnak. A második helyen van a kifizetések sorában a biztosítottak számára a kórházban tartózkodás napjaira kifizetett készpénztámogatás, ennek részesedése 10 százalék (ez utóbbi csökkenő tendenciát mutat). A járóbeteg-ellátás és a fogászat részesedése 5–5 százalék (*lásd 1. táblázat*) Tendenciáját tekintve a legszignifikánsabb növekedés a fogászati szolgáltatások, az alternatív orvoslás, egyes gyógyszerek és a wellness szolgáltatások terén figyelhető meg.

