

***Költség hozzájárulások, várólisták, szolgáltatások volumene.***  
***Az európai egészségügyi rendszerek összehasonlítása – egységes szerkezetben***  
WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV, Februar, 2022 (48 p.)

**Forrás Internet-helye:**

<http://www.wip-pkv.de/oeffentlichkeit/aktuelles/detail/neue-wip-analyse-kostenbeteiligungen-wartezeiten-leistungsumfang-ein-europaeischer-vergleich-der-gesundheitssysteme.html> ;

[http://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/PDF/Studien\\_in\\_Buchform/WIP-2022-Kostenbeteiliigung-Wartezeiten-Leistungsumfang-Ein\\_europaeischer\\_Vergleich.pdf](http://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/PDF/Studien_in_Buchform/WIP-2022-Kostenbeteiliigung-Wartezeiten-Leistungsumfang-Ein_europaeischer_Vergleich.pdf) ;

**Prezentáció (13 slide):**

[http://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/PDF/Veranstaltungen/WIP-Praesentation\\_Europaeische\\_Gesundheitssysteme\\_2022-02-15.pdf](http://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/PDF/Veranstaltungen/WIP-Praesentation_Europaeische_Gesundheitssysteme_2022-02-15.pdf)

Az elemzés dokumentálja, hogy mind az adókból, mind a járulékokból finanszírozott egészségügyi rendszerekben léteznek a szolgáltatások hozzáférését akadályozó tényezők. Nincs vagy korlátozott a betegbiztosítási védelem, kötelező költség hozzájárulásokat kell fizetni, korlátozott a betegek választási szabadsága, várólisták keserítik meg a betegek életét.

***Kezelésekhez való kötelező költség hozzájárulás:*** Németországban az önrészek viszonylag csekély mértékűek, a házi orvosi és szakorvosi szektorban a betegeknek nem kell önrészt fizetniük. Ez ugyan más országokban is így van, de az ellátást esetenként más akadályok korlátozzák. Az elemzés összefüggést mutat ki az ellátáshoz való hozzáférést akadályozó tényezők és az egészségügyi rendszer finanszírozási formája között: Azok az országok, amelyek nem vagy csak csekély összegű költség hozzájárulást hajtanak be, gyakran kapuóri rendszerrel korlátozzák az ellátáshoz való hozzáférést. Egyes országok egyszerre költség hozzájárulásokkal és kapuóri rendszerrel is korlátokat állítanak. Másutt viszont (pl. Luxemburgban, Ausztriában és Svájcban) viszonylag magas önrészek mellett lemondanak a kapuóri rendszerről.

A ***várólisták*** az adókból finanszírozott rendszerekben jóval elterjedtebbek mint ott, ahol az egészségügyet járulékokból finanszírozzák. Németországban a várólisták alárendelt szerepet játszanak. Egy nemzetközi összehasonlító tanulmány keretében a megkérdezett német betegek 74%-a válaszolta, hogy amikor legutóbb orvosi

segítségére volt szüksége, még ugyanazon a napon, vagy másnap időpontot kapott. Más országoktól eltérően Németországban a jövedelmi különbségek alig tűnnek releváns tényezőknek.

***A privát egészségügy szerepe:*** Ha a betegek akadályokba ütköznek, kiutat keresve a privát egészségügyi piachoz fordulhatnak. Privát kezeléssel megkerülhetik a várólistákat, vagy maguk választotta szakorvoshoz fordulhatnak. Németországtól eltérően az európai országok többségében működik egy jól kiépült privát egészségügyi piac, teljes mértékben privát módon praktizáló orvosokkal. A privát bevételek nem folynak be az állami rendszerbe, hanem a privát szektorban maradnak.

***Privát kiegészítő biztosítások:*** A megfelelő pénzügyi forrásokkal rendelkező betegek megfelelő kínálat esetén privát kiegészítő biztosítást köthetnek. Németországban a privát kiegészítő biztosítások aránya 25%, európai összehasonlításban csekély mértékű. Más országokban azonban ezt többnyire létszükségletként ítélik meg. Belgiumban a polgárok 98%-a, Franciaországban 96%-a, Hollandiában 84%-a köt az alapbiztosítás mellett kiegészítő biztosítást.

A ***földrajzi akadályok*** az összes vizsgált országban csekély jelentőséggel rendelkeznek. Ennek ellenére az új egészségügyi intézmények területi tervezése során figyelembe kell venni azoknak a betegek általi elérhetőségét. Kevésbé sűrűn lakott területeken szerepet játszhat a digitalizáció. Kisebb igények, receptkiállítás, laborleletek lehívása problémamentesen online megoldhatók.

***Összegzés:*** Végső soron az összes állami, egységes finanszírozási szabályokon alapuló egészségügyi rendszer kudarcot vall a lakosság egységes ellátása tekintetében. Ennek közvetlen következményeként a kiszervezett vagy nehezen elérhető szolgáltatások biztosítása céljából létrejön egy privát egészségügyi piac. Az alacsony jövedelemmel rendelkező betegek nem engedhetik meg maguknak, hogy saját zsebből fizessék az állami rendszerben elérhetetlen ellátásokat és így az állami egészségügyi rendszer korlátozott szintjére vannak utalva. Az egységes kollektív finanszírozású rendszerek tehát nem nyújtanak védelmet az ellátásbeli különbségekkel szemben. Ezzel szemben a német duális egészségügyi rendszer az összes biztosított számára magasszintű ellátást, európai összehasonlításban széles választási lehetőségeket és terápiás szabadságot, az orvosi szolgáltatásokhoz és az innovációhoz való kevésbé korlátozott hozzáférést nyújt. A német biztosítottak európai összehasonlításban a várólisták és várakozási idők tekintetében is kedvezőbb helyzetben vannak.

## ***2. 1. A biztosítás általi védelem típusai***

Az Európai Unióban konszenzus van abban a tekintetben, hogy az egészségügyi ellátáshoz a kor diagnosztikai és terápiás szintjén való hozzáférést pénzügyi lehetőségeitől függetlenül mindenki számára biztosítani kell. A hagyományos komparatív jólétkutatás rendszerint két ideáltipikus rendszert különböztet meg: a Beveridge- és Bismarck-rendszereket. A Beveridge-rendszerek adókból finanszírozott nemzeti egészségügyi szolgálatot működtetnek, amely az univerzális alapt biztosítás alapján automatikusan biztosítja a lakosok ellátásokhoz való hozzáférést (ellátás elve). A Bismarck-rendszerek sajátossága a kötelező tagsággal járó járulékokból finanszírozott egészségbiztosítás (biztosítás elve). Az egészségügyi rendszerek az elmúlt évtizedekben komplexebbé váltak, így ezek a típusok ma már nem léteznek teljes mértékben „tisztá” formájukban. Az egészségpolitikai reformok folytán az országok többségében hibrid rendszerek képződtek.

### ***A biztosítás általi védelem szervezete***

<b><i>Finanszírozás túlnyomórészt</i></b>	<b><i>Egészségbiztosítási teherviselők</i></b>	<b><i>Országok</i></b>
<b>Adókból</b>	Nemzeti egészségügyi szolgálat	Görögország, Nagy-Britannia, Írország, Izland, Lettország, Portugália
	Regionális egészségügyi szolgálat	Olaszország, Spanyolország
	Kommunális egészségügyi szolgálat	Dánia, Finnország, Norvégia, Svédország
<b>Járulékokból</b>	Egységes egészségpénztár	Észtország, Litvánia, Luxemburg, Lengyelország, Szlovénia, Magyarország
	Különböző egészségpénztárak, szabad pénztárválasztás nélkül	Franciaország, Ausztria
	Különböző egészségpénztárak, szabad pénztárválasztással	Belgium, Németország, Hollandia, Svájc, Szlovákia, Csehország

Az adókból finanszírozott egészségügyi rendszerek az egészségügyi ellátás szervezési szintje szerint is differenciálhatók. Nagy-Britanniában, Írországban és Portugáliában az egészségügyi rendszert a kormány, ill. az egészségügyi minisztérium irányítja. Az egészségügyi szolgálat szervezete Olaszországban és Spanyolországban regionális (tartományok, provinciák), a skandináv országokban (Dánia, Finnország, Norvégia, Svédország) szubregionális (járások,

önkormányzatok) szintű. A járulékokból finanszírozott egészségügyi rendszerek viszont aszerint különböztethetők meg, hogy jövedelemfüggő járulékokat (többek között Belgium, Németország, Franciaország, Luxemburg, Ausztria) vagy fejkvótákat (Hollandia, Svájc) alkalmaznak-e. A német duális – állami és privát – egészségügyi rendszer első pillantásra nemzetközi szinten kivételnek számít. Ám figyelembe kell vennünk, hogy Európában az egészségügyi rendszerek sokfélesége jellemző. Az egyes formák többnyire inkább az adott ország hagyományain és kultúráján, történelmi fejlődésén és kevésbé a hatékonyság és eredményesség terhelő indítékain alapulnak.

### ***3. Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés akadályai***

Az ellátáshoz való hozzáférés akadályai „külső” (exogén), vagy „a rendszerből származó” (endogén) okokból keletkezhetnek. **Busse és mt. (2006)** hat olyan akadályt azonosítottak, amelyek az ellátás és a hozzáférés közötti diskrepanciát okoznak. Ezek közé tartoznak: a biztosítás teljes hiánya, a szolgáltatások volumenének korlátozása, a költséghozzájárulások szabályozása, a földrajzi és szervezeti akadályok, valamint számos szocioökonómiai és szociodemográfiai természetű tényező.

#### ***3. 1. A biztosítási védelem hiánya***

Az EU tagállamainak többsége állami egészségügyi rendszereket működtet, amelyek elvben a teljes lakosságra kiterjedő univerzális ellátást biztosítanak. Az Európai Unió Alapjogi Chartájának 35. cikke kimondja, hogy: „A nemzeti jogszabályokban és gyakorlatban megállapított feltételek mellett mindenkinek joga van megelőző egészségügyi ellátás igénybevételéhez, továbbá orvosi kezeléshez. Valamennyi uniós politika és tevékenység meghatározása és végrehajtása során biztosítani kell az emberi egészség védelmének magas szintjét.” Az univerzális egészségügyi ellátásra való törekvés ellenére az ellátáshoz való hozzáférés tekintetében továbbra is sok az egyenlőtlenség. A legalapvetőbb probléma a betegséggel szembeni biztosítás hiánya.

Az univerzális egészségügyi ellátás tehát csak papíron létezik. Vannak olyan csoportok, amelyek nem rendelkeznek biztosítással, vagy státuszuk tisztázatlan. Ezek közé tartoznak az iratokkal nem rendelkező menekültek és menedékkérők,

valamint a hajléktalanok. E csoportok ellátásokhoz való hozzáférése egész Európában korlátozott.

A biztosítási védelem hiánya nem az adókból finanszírozott (Beveridge-)rendszerek, hanem a járulékfinanszírozású (Bismarck-)rendszerek sajátja. Utóbbiak (legalábbis elméletben) – a biztosítási elvnek megfelelően – a járulékfizetőket részesítik előnyben. Ez a probléma főleg Franciaországban, Hollandiában és Ausztriában releváns, de pregnánsan jelentkezik Belgiumban, Litvániában, Észtországban, Szlovákiában, Magyarországon és Lengyelországban. Az OECD adatai szerint Észtországban a lakosság 5%-a, Szlovákiában 5,4%-a, Magyarországon 6%-a, Lengyelországban 7,1%-a nem rendelkezik betegséggel szembeni biztosítási védelemmel.

### ***3. 2. A biztosítás volumenének korlátozottsága***

A vizsgált országokban a szolgáltatások volumene az alapvető területeken hasonló mértékű. Az orvosilag szükséges ambuláns és fekvőbeteg ellátás költségeit mindenütt fedezik. A szolgáltatások spektrumának konkrét formája az egészségügyi rendszer finanszírozása szerint is különbözik. Az adókból finanszírozott rendszerekben az egészségügyi intézmények az államhoz tartoznak, emiatt alig rendelkeznek önállósággal. A járulékfinanszírozású rendszerekben a szolgáltatások volumenét és a térítéseket a finanszírozási teherviselők és a szolgáltatók közös önkormányzata szabályozza.

A vizsgált országok egyike sem nyújt 100%-os biztosítási védelmet. Az egészségügyi kiadások jelentős részét privát módon kell fizetni vagy biztosítani. Az ambuláns szektorban a fedezet mértéke Lettországon és Portugáliában nem éri el a 60%-ot, Dániában, Svédországban, Szlovákiában és Csehországban viszont eléri a 90%-ot, vagy akár meg is haladja azt. Ezt a küszöböt Németország és Nagy-Britannia is eléri (89%). Az ambuláns háziorvosi és szakorvosi ellátás többnyire ingyenes, de bizonyos szolgáltatásokért ott is fizetni kell.

A fekvőbeteg szolgáltatások lefedettsége magasabb mint bármely más orvosi ellátásé. A betegek több országban ingyenes aktív kórházi ellátásban részesülnek, vagy csupán csekély mértékű költség hozzájárulást kell fizetniük. A lefedettség rátája Németországban, Észtországban, Izlandon, Norvégiában és Svédországban csaknem

100%-os. A fekvőbeteg ellátás költségátvállalása csak Belgiumban, Görögországban, Írországban és Portugáliában nem éri el a 80%-ot.

### **3. 2. 1. Gyógyszerellátás**

A gyógyszerköltségek átvállalásának szintje rendszerint nem éri el a fekvőbeteg és ambuláns ellátásokét. A fedezet mértéke Dániában, Izlandon, Lettországban, Litvániában, Lengyelországban és Magyarországon kevesebb mint 50%. Ezzel szemben a fedezet szintje Németországban 82%, Franciaországban 80%, Írországban 79%.

Az Európai Gyógyszerügynökség európai gyógyszer szabályozási rendszerének egyik prioritása az Európai Unióban engedélyezett gyógyszerek rendelkezésre állásának javítása, ami nem utolsósorban a gyógyszeripar érdekében áll. Jóllehet a gyógyszerengedélyezési eljárás az EU tagállamaiban harmonizált, az ár megállapítás és a gyógyszer támogatás a tagállamok hatáskörébe tartozik.

A gyógyszer térítés termékspecifikusan, betegség specifikusan, a lakossági csoportok specifikuma szerint és/vagy a fogyasztástól függően szabályozható. A vizsgált országok túlnyomó részében termékspecifikus térítési szabályokat alkalmaznak. Ennek keretében a téríthetőség az adott gyógyszertől függ, amelyet az illetékes hatóság kedvező döntése alapján felvesznek a felírható és téríthető gyógyszerek pozitívlistájára.

Ebben az összefüggésben döntő jelentőségű a gyógyszer piaci engedélyezése és a betegek számára való rendelkezésre állása közötti időtartam. A betegeknek az új gyógyszerekhez való hozzáférése tekintetében Európában jelentős különbségek vannak. Tulajdonképpen Európában Németország az egyetlen, amely betartja az EU-Írányelvet.

### **3. 3. Költség hozzájárulások**

Az államok többsége részben költség hozzájárulásokkal támogatja az egészségügy finanszírozását. Ezek között előfordulnak a biztosítás által nem fedezett „önkéntes”, valamint a biztosítás által fedezett szolgáltatásokért fizetett kötelező költség hozzájárulások. A betegeknek ezekben az országokban kötelezően hozzá kell járulniuk a házi orvosi, szakorvosi és kórházi ellátás költségeihez. Az adókból

finanszírozott egészségügyi rendszerekben, már azok filozófiájánál fogva elvárható, hogy az állam ne alkalmazzon kötelező költség hozzájárulásokat és minden polgára számára biztosítsa az ingyenes egészségügyi ellátást. Ez csak Nagy-Britanniára és Spanyolországra, bizonyos megszorításokkal Dániára és Izlandra érvényes. Miközben Dánia és Nagy-Britannia magasfokú fedezettséget biztosít az ambuláns és kórházi ellátás számára, Írországban és Spanyolországban több szolgáltatás nem fér bele a szolgáltatási katalógusba, így azokat „önkéntes” költség hozzájárulásból finanszírozzák. A társadalombiztosításból finanszírozott rendszerek körében Litvánia, Lengyelország, Szlovákia, Csehország és Magyarország nem alkalmaz kötelező költség hozzájárulásokat. Ahol nincs költség hozzájárulás, ott az egészségügyi szolgáltatások racionálása szolgáltatások kizárásával, várólistákkal, gatekeepinggel jár.

***Kötelező költség hozzájárulások az ezektől nem mentesített személyek részére***

	<b>Kötség hozzájárulás házi orvosnál</b>	<b>Kötség hozzájárulás szakorvosnál</b>	<b>Kötség hozzájárulás kórházi kezelés esetén</b>
Belgium	1-6 EUR/vizit (a beteg státuszától függően)	3-12 EUR/vizit (a beteg státuszától függően)	Napi átalányok és százalékos költség hozzájárulások kombinációja (a beteg státuszától függően)
Dánia	Nincs	1.csoport: Házi orvosi beutalóval nincs. 2.csoport: Különböző költség hozzájárulások, házi orvosi beutalóra nincs szükség.	Nincs
Németország	Nincs	Nincs	10 EUR/nap, max. 28 napig
Észtország	Praxisban nincs; otthon: 5 EUR	5 EUR/vizsgálat	2,50 EUR/nap, max. 10 napig
Finnország	20,60 EUR/vizit (évente max. 3 vizit), vagy évente 40,20 EUR átalány	41,20 EUR/vizsgálat	48,90 EUR/nap (22,80 EUR/nap a felső határ elérése után.
Franciaország	1 EUR/vizit + a vizit költségeinek 30%-a (24 EUR-ig)	1 EUR/vizit + a vizit költségeinek 30%-a (24 EUR-ig)	18 EUR/nap + az első 31 kórházi nap 20%-a.
Görögország	Nincs	Nincs	Nincs

Nagy-Britannia (csak Anglia)	Nincs	Nincs	Nincs
Írország	„Medical Card“ nélkül: költséghozzájárulás; „Medical Card“-dal nincs.	Nincs	„Medical Card“ nélkül: 80 EUR/nap, max. 800 EUR/év; „Medical Card“-dal nincs.
Izland	500 ISK és 4.500 ISK között/vizit (kb. 3 EUR és 30 EUR között)	Az ár 90%-a a biztosítók és a szolgáltatók közötti szerződés szerint.	3.895 ISK, ill. sürgősségin 7.053 ISK (kb. 26 EUR, ill. 47 EUR)
Olaszország	Nincs	Első vizsgálat: 20,66 EUR. További vizsgálatok: 12,91 EUR	Nincs
Lettország	1,42 EUR/vizit	4,27 EUR/vizit	10 EUR/nap
Litvánia	Nincs	Beutalóval nincs	Nincs
Luxemburg	Az orvosi honorárium elszámolásának 12%-a	Az orvosi honorárium elszámolásának 12%-a	22,54 EUR/nap, évente max. 30 napig
Hollandia	Nincs	A 385 EUR éves önrész erejéig	A 385 EUR éves önrész erejéig
Norvégia	155 NOK és 334 NOK között/vizit (kb. 15 EUR és 33 EUR között)	245 NOK és 370 NOK között/vizit (kb. 24 EUR és 37 EUR között)	Nincs
Ausztria	11,70 EUR/év (e-card-szolgáltatás díja)	11,70 EUR/év (e-card-szolgáltatás díja)	9,58 EUR és 12,16 EUR között/nap
Lengyelország	Nincs	Nincs	Nincs
Portugália	4,50 EUR/vizit	7 EUR/vizit	4,50 EUR/vizit, sürgősségin különböző
Svédország	150 SEK és 300 SEK között (kb. 15 EUR és 30 EUR között)	Háziorvosi beutaló nélkül: 200 SEK és 400 SEK között (kba. 20 EUR és 40 EUR között). Beutalóval: 0 SEK és 400 SEK között (kb. 0 EUR és 40 EUR között)	50 SEK és 100 SEK között/nap (kb. 5 EUR és 10 EUR között)
Svájc	300 CHF (kb. 290 EUR)/év (franchise) + a franchise-t meghaladó költségek 10%-a (max. 700 CHF (kb. 670 EUR))	300 CHF (kb. 280 Euro)/év (franchise) + a franchise-t meghaladó költségek 10%-a (max. 700 CHF (kb. 650 EUR))	300 CHF (kb. 280 Euro)/év (franchise) + a franchise-t meghaladó költségek 10%-a (max. 700 CHF (kb. 650 EUR) + 15 CHF (kb. 14 EUR) /nap
Szlovákia	Nincs	Nincs	Nincs



Szlovénia	A kezelési költségek 10% és 90% közötti része.	A kezelési költségek 10% és 90% közötti része.	A kezelési költségek 10% és 90% közötti része.
Spanyolország	Nincs	Nincs	Nincs
Csehország	Nincs	Nincs	Nincs
Magyarország	Nincs	Nincs	Nincs

### **3. 4. 2. Várólisták**

A várólistákról szóló adminisztratív adatok nem minden országban állnak rendelkezésre, így európai szinten csekély a lehetőség a hivatalos szintű összehasonlításra. Az egyes országok gyakran saját definíciót alkalmaznak a várólistákra vonatkozóan, ezért az összehasonlítható adatok gyűjtése is körülményessé válik. Adminisztratív adatok inkább azokban az országokban elérhetők, ahol a várólisták a politika szempontjából is fontosak.

Miközben az adminisztratív adatok rendszeres és megbízható képet nyújtanak a várólistákról, a több országra kiterjedő megkérdezések is hasznos (kiegészítő) információkkal szolgálhatnak; még abban az esetben is, ha ezek önbevalláson alapulnak, olykor korlátozott mintavétel mellett készülnek, esetenként nem felelnek meg az adminisztratív adatoknak.

***A Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD)*** (adminisztratív adatokon alapuló) rendszeres adatfelvételének eredményei szerint a szokásos elektív beavatkozásokra való várakozási idők tekintetében jelentős különbségek mutatkoznak. A könyökprotézis-műtétre való átlagos várakozási idő Dániában és Olaszországban nem éri el az 50 napot, Portugáliában, Norvégiában, Spanyolországban és Portugáliában meghaladja a 150-et, Észtországban 441 nap. Csípőprotézis-műtétre Dániában, Olaszországban és Magyarországon kevesebb mint 40 napig, Lengyelországban, Spanyolországban, Norvégiában, Portugáliában több mint 120 napig, Észtországban 287 napig kell várakozni. Szívsebészeti beavatkozásokra az összes országban sokkal rövidebb ideig kell várakozni.

***A jövedelmekre és életkörülményekre vonatkozó nemzetközi adatfelvétel (EU-SILC – EU Statistics on Income and Living Conditions)*** szerint Észtországban a lakosság 12,2%-a, Finnországban 5,3%-a, Nagy-Britanniában 4,3%-a, Németországban 0,1%-a érzi úgy, hogy nem részesül a szükségleteinek megfelelő egészségügyi ellátásban.

### *Az egyes országok adatai a várólisták politikai prioritásáról*

<b>Magas prioritás</b>	<b>Közepestől magas prioritásig</b>	<b>Közepes prioritás</b>	<b>Közepestől alacsony prioritásig</b>	<b>Alacsony prioritás</b>
Dánia, Észtország, Görögország, Írország, Lettország, Litvánia, Hollandia, Norvégia, Portugália, Svédország, Szlovákia, Szlovénia, Magyarország	Nagy-Britannia, Finnország, Izland, Luxemburg, Lengyelország, Spanyolország	Ausztria, Csehország	Belgium	Németország, Svájc

### *Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés akadályai és a privát szolgáltatások közötti összefüggés*

Az orvosok (és más egészségügyi dolgozók) a vizsgált országok csaknem mindegyikében (többek között: Nagy-Britannia, Finnország, Írország, Norvégia, Portugália, Svédország, Spanyolország) mind állami, mind privát finanszírozású szolgáltatásokat is biztosítanak. Ha az orvosok mindkét szektorban rendelkeznek keresettel „duális praxisról” beszélünk. Jóllehet a „duális praxis” széles körben elterjedt, ennek tényleges dimenzióiról nem állnak rendelkezésre hivatalos adatok.

#### *4. 2. A privát egészségügyi szolgáltatások finanszírozása*

A privát szolgáltatások igénybevételének finanszírozása vagy tisztán készpénzfizetés, vagy privát kiegészítő biztosítás útján történik. Alakosság egy része a vizsgált országok csaknem mindegyikében rendelkezik privát kiegészítő biztosítással. A kiegészítő betegbiztosítás célja lehet: fennmaradó költségrészesedés fedezése (komplementer-kiegészítő), többletszolgáltatás biztosítása (szupplementer-kiegészítő), gyorsabb hozzáférés, vagy több szolgáltató közötti választási lehetőség (duplikáló). Kivételt képeznek a kelet-európai országok

(Csehország, Magyarország, Lengyelország, Szlovákia), ahol a privát kiegészítő betegbiztosítás kevésbé elterjedt.

Mindazonáltal, az EU tagállamainak többségében a lakosság kisebb része rendelkezik privát kiegészítő biztosítással. Kivételt képeznek: Franciaország, Szlovénia, Belgium, Hollandia és Luxemburg, ahol a lakosság több mint fele rendelkezik ilyen biztosítással is.

A privát biztosítók az egyes országokban eltérő szerepet töltenek be, mivel mindig az állami egészségügyi rendszerben interakcióban működnek. A privát biztosítási piac számára az egészségügyi rendszer szervezetének megfelelő keretfeltételek érvényesülnek, így a privát biztosítás speciális változatai jelennek meg (komplementer-kiegészítő, szupplementer-kiegészítő, duplikáló).

Az adókból finanszírozott egészségügyi rendszerekben az egészségügyi szolgáltatásokat az egész lakosság számára egy nemzeti egészségügyi szolgálat biztosítja. Ezekben a privát egészségügyi szolgáltatások rendszerint duplikáló (Dániában és Finnországban szupplementer-kiegészítő) jellegűek, mivel itt az állami rendszer minden lakos részére adóforrásokból társfinanszírozza a biztosítást. Ennek megfelelően a duplikáló biztosítás olyan ellátást fedez, amelyben az állami rendszer is részt vállal. A polgár a privát biztosítás ellenére továbbra is kapcsolódik az állami betegbiztosításhoz, ám lehetővé válik számára a gyorsabb hozzáférés, szélesebb a választási szabadsága, adott esetben magasabb minőségű ellátásban részesül.

A járulékfinanszírozású egészségügyi rendszerekben inkább komplementer- vagy szupplementer-kiegészítő biztosítások vannak jelen. Ezek az állami rendszer keretében nem térített szolgáltatásokra terjednek ki. Ezek a biztosítások rendszerint a biztosítottak olyan költség hozzájárulásaira és önrészeire vonatkoznak, amelyek az adókból finanszírozott rendszerekben elvben nem fordulnak elő. Ezenkívül gyakran olyan szolgáltatásokat biztosítanak, amelyeket az állami rendszer nem vagy csak részben vállal át (pl. fogászati kezelés, látássegítő eszközök).

### ***Privát kiegészítő biztosítással rendelkezők aránya a járulékfinanszírozású rendszerekben***

Belgium	98%
Franciaország	95,5%

Hollandia	83,7%
Szlovénia	70,2%
Luxemburg	65,5%
Ausztria	37,9%
Svájc	28,5%
Németország	24,9%