

GAZDASÁG

Dr. Nagy Júlia

A több biztosítóra épülő egészségügyi modell hatásainak bemutatása

Az egy biztosítós rendszer fenntartása a rendszer elemeinek továbbfejlesztésével vagy az egész rendszer átalakítása több biztosítós modellre

A társadalom széles rétegeiben egyetértés van abban, hogy az egészségügyi rendszer fejlesztését azon etikai elv mentén kell megtenni, hogy minden embernek joga van az egészséges élet megőrzéséhez, védelméhez, a megromlott egészségi állapot helyre állításához, az ehhez szükséges rendelkezésre álló egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáféréshez legalább a társadalom gazdasági fejlettsége által behatárolt szinten. Ez a jog azon megfontolás ésszerűségén alapszik, hogy a társadalom fejlődésének zálogát jelentő egyéni életutak csak akkor teljesezhetnek ki, ha az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés segítségével is biztosítottak a személyes élet esélyek. Ezt a jogát az egyén akkor is kell, hogy érvényesíthesse, ha a személyes jövedelmi helyzete nem ad módot az alap egészségügyi szükségleteivel arányos költség-hozzájáruláshoz.

Az egészségpolitikai viták egyik központi kérdése a célnak megfelelő makrorendszer kiválasztása. A kérdés az, hogy milyen modell segítségével lehetne a leghatékonyabb módon az egészségügyi szolgáltatásokra szükséges forrásokat összegyűjteni, a társadalmi szintű szolidaritást biztosítani.

Az egyik elképzelés az egészségügyi rendszer fejlesztésében egy olyan modellt javasol, amelyben az alapt biztosításra több biztosító intézet is létrejöhet. A biztosító intézetek nagyobb része társadalombizto-

sítás jellegű, szolidaritási elvek alapján szerveződött intézet. A rendszer befogadhatja meghatározott feltételek mellett a magánbiztosító intézeteket is. A tanulmánynak az a célja, hogy végig elemezze és bemutassa a több biztosítóra épülő egészségügyi rendszerben fellépő hatásokat és következményeket. Kiindulási pontként tárgyalja a jelenlegi rendszer helyzetét, bemutatja a több biztosítós modell mellett felhozott érveket.

Az elemzés az egészségügyi ellátás sajátos piaci viszonyainak tanulmányozásával kialakított tézisek mentén azt kívánja igazolni, hogy a több biztosítós egészségügyi rendszer, a biztosítók közötti verseny nem járul hozzá a magyar egészségügy alapproblémáinak megoldásához. A rendszer bevezetésével inkább remélhetjük a szolidaritás mértékének csökkenését, a bizonytalanság, a csődhelyzet állandósulását, a rendszer drágulását, mintsem a mellette felhozott érvek teljesülését.

1. A jelenlegi rendszer áttekintése

A magyar egészségügyi rendszer jelenleg számtalan problémával küzd. Mindössze néhány e kérdéskörből:

- Európai mércével mérve rendkívül rossz a népesség egészségi állapota, életkilátása.
- Az elmúlt években az ellátás színvonalában a lakosság számára is jól érzékelhető romlás következett be: bizonyos szolgáltatásokhoz a hozzáférés korlátozódott (fogorvosi ellátás, gyógyszer), csökkentek az ellátás egyes minőségi paraméterei.
- Jelentős költségnövekedés történt az egészségbiztosítás egyes szolgáltatásaiban (gyógyszerfogyasztás, rokkant nyugdíjas ellátás).
- Jelentős problémák vannak a járulékfizetésre kötelezettek járadékfizetési hajlandóságában. Az elérhető források számottevő hiánya mellett kell biztosítani a rendszer működését.
- A strukturális problémák, szolgáltató finanszírozási anomáliák gátolják a lehető leghatékonyabb ellátási út megvalósítását.
- Jelentős a feszültség és az elégedetlenség az ellátó rendszerben a rendkívül alacsony bérek miatt.

A számtalan probléma ellenére kiemelhető erősségei is vannak a jelenlegi rendszernek:

- Az ellátó hálózat teljes.
- A hozzáférés esélyegyenlősége biztosított a természetbeni egészségügyi szolgáltatásokban biztosított.
- A pácienseket követő szolgáltató finanszírozás támogatta a különböző területek és társadalmi rétegek közötti egyenlőtlenségek felszámolását.
- Sikeres eredmények mutathatók fel a globális költségkorlátozás megvalósításában is. A természetbeni egészségügyi szolgáltatásokra fordított kiadások növekedési üteme messze elmaradt az inflációs mértéktől. A reálérték csökkenést nem kísérte a szolgáltatók aktivitásának csökkenése, a páciensek visszautasítása, várólisták keletkezése.
- A biztosítási rendszer alapelemei megvalósultak. A közös kockázat kezelés megvalósult.
- A biztosítási rendszer adminisztrációs költségei alacsonyak maradtak.

A problémák között a legjelentősebb a népesség rendkívül rossz egészségi állapota. Egyes elemzések szerint a népesség egészségi állapota nincs szinkronban az egészségügyi ellátásra fordított kiadásokkal. Ennek okaként azonban nem egyszerűen az egészségügyi ellátás rossz hatékonyságát lehet megnevezni, hanem sokkal inkább a teljes, a társadalom szinte minden szférájában fellelhető, az életmódot és ezen keresztül az egészségi állapotot károsító társadalmi, szociális tényezőket kell megkeresni.

2. A vitatott stratégia az egészségügyi rendszer fejlesztésére: több biztosítóra épülő rendszer kialakítása

A problémák megoldására eltérő stratégiák születtek. Az egyik elképzelés lényege, hogy az egészségügyi szolgáltatások vásárlásához szükséges források összegyűjtésénél alkalmazott alaptechnikák gyöke-

res megváltoztatásával lehet a jelenlegi nehézségeken úrrá lenni, az egészségügy hatékonyságát biztosítani. A jelenlegi egy biztosítós rendszerrel szemben ki kell alakítani a több biztosítóra épülő rendszert. Egy ilyen rendszer - *a modell kidolgozói szerint* - a következők megoldására ad lehetőséget:

- Lebontja az OEP monopolisztikus uralmát, amely az egyetlen, verseny nélküli intézményi státuszból ered.
- A biztosítók versenye a hatékony szolgáltatásvásárlást ösztönözi. Ennek a versenynek a nyertesei a biztosított páciensek lesznek. Az ellátás hatékonysága, minősége a hatékony vásárlás eredményeként javul.
- Megnöhet a lakosság felelőssége saját egészségi állapotának megőrzésében, megvédésében és helyreállításában.
- A biztosítók segítségével - elsődlegesen a nyereséges kiegészítő biztosítások létrehozásával - többlet forrásokat lehet az egészségügy alapvető ellátások számára bevonni.
- Az alapt biztosítás mellett megvásárolható kiegészítő biztosítások a vásárlóképeséggel rendelkező lakosság teljes megelégedettségét biztosíthatja.
- Az állami terhek csökkenthetők, az állami hozzájárulás limitálható, az OEP költségvetési hiánya nem terheli az állami költségvetést.

3. A több biztosítós modell hatásának elemzésében alkalmazott módszer

Az elemzés során a hatások mértékének érzékeltetéséhez összehasonlításként az egy biztosítós modell következményei kerülnek figyelembe vételre. A több biztosítós modellnek számtalan megvalósult formája lehet. A vizsgálat elsősorban az alapszolgáltatásban is megosztott több biztosítós rendszerre terjed ki, bár néhány ponton szükséges egyéb formák megemlítése is. Ebben a több biztosítós modellben a kötelező egészségbiztosítás keretein belül az egészségbiztosítási alapszolgáltatások teljesítését a jelenlegi egyetlen társadalmi biztosító helyett több biztosító intézet is vállalhatja. A biztosítási szolgáltatás nem csak az alap, hanem a kiegészítő szolgáltatásokra is kiterjedhet.

A dolgozat célja, a több biztosítós rendszer hatásainak bemutatása és elemzése: Ennek során az alábbi kérdésekre keressük a választ

- A több biztosítós rendszer felépítése mellett elhangzó érvek tényleges megvalósulására mekkora esélyek vannak, ha számba vesszük az egészségügyi piacon jellegzetesen érvényesülő, jól ismert hatásokat?
- Milyen jogi szabályozást kellene megvalósítani akkor, ha elfogadjuk a több biztosítós rendszer mellett felhozott érvéket, és a bevezetés mellett döntünk?
- Milyen eredmények elérése kulcsfontosságú az egészségügyi rendszer számára az elkövetkező időszakban, ezek megvalósításában van-e számottevő szerepe a több biztosítós rendszernek?
- Milyen technikai nehézségekkel, problémákkal, várható költségekkel kell szembenézni a rendszer kiépítése során?
- Milyen politikai következményekkel kell számolni?
- A több biztosítós rendszer felé történő elmozdulás mennyire van összhangban a WHO - nak az európai régió számára a 21. századra meghirdetett céljaival?
- Mennyire szolgálja a több biztosítós modell az európai integrációs céljainkat?

Az elemzés a több biztosítós modell mellett felhozott érvekkel szemben először a következő tézisek bizonyítására vállalkozik:

- (2) Az OEP monopolisztikus helyzete a szolidaritási elv biztosításában, az egészségügyi szolgáltatások vásárlásában, az ellátás hatékonyságának megvalósítására irányuló törekvésben nem okoz hátrányt.
- (3) Az ellátási hatékonyság megvalósításának nélkülözhetetlen eszköze a verseny. Ezt a versenyt azonban nem a biztosítók között, hanem a szolgáltatók között kell létrehozni és motiválni. Az egészségügyi szolgáltatók a hatásos ellátás megvalósíthatóságának leteleményesei, mivel náluk áll rendelkezésre a legteljesebben az ehhez szükséges orvos-technológiai ismeret. Emellett a szolgáltatóknál valósul meg a páciensekkel az a közvetlen kontaktus,

amelyben az ismereteket végül is alkalmazni kell. A biztosítók közötti verseny elsődlegesen a minél kedvezőbb rizikó közösség megvalósítására irányul. Az egységes rizikóközösség megosztása során az információhiány, a szelekcióra irányuló ösztönzés miatt nem lehet kivédeni, hogy a kedvezőbb kockázatközösséggel rendelkező biztosítók indokolatlan mértékű előnyökhöz jussanak.

- (4) A lakossági egyéni felelősség megjelenítési lehetősége az egészségügyi ellátásban rendkívül korlátozott.
- (5) A biztosítók közötti verseny rendkívül károsan hat mind az elfogadott szolidarisztikus elvek megvalósulása, mind az egészségügyi rendszertől elvárt megbízhatóság, a páciens védelem elveinek teljesülésére. Olyan piaci zavarokat, pénzügyi hiányokat képes produkálni, amelynek vesztesei között a várható pénzügyi hatások miatt végül az államháztartás is ott lesz. A biztosítás nélkül maradt tömegek ellátását, a biztosító csőd következményeinek felszámolását valamilyen forrásból biztosítani kell. Így nem plusz források bevonását, hanem plusz költségek kiadását eredményezi. A rendszer bizonytalansága a páciensek és a szolgáltatók elégedetlenségét egyaránt növeli.
- (6) Az állami felelősség nem hárítható el jelentős politikai kockázatok nélkül. A várható zavarok megoldásáról az államnak kell gondoskodni. Az a teher, amitől ma megszabadulni igyekszik, sokszoros nagysággal köszönhet vissza.

Az elemzés ezt követően veszi számban az egyéb lényeges következményeket, a nemzetközi tapasztalatokat, a nemzetközi tendenciákat és elvárásokat.

4. Alapvető tézisek és bizonyítások a több biztosítás rendszer mellett felhozott érvekkel szemben az egy biztosító intézetre épülő rendszer mellett

A bizonyításhoz tekintsük át azt a szerepkört, amelyet a biztosítók töltenek be az egészségügyi szolgáltatások rendszerében, az egészségügyi piacon.

Az egészségügyi ellátás makroszintű rendszer elemei és összefüggései

Az egészségügyi rendszer alapmodelljei között aszerint tehetünk különbséget, hogy milyen megoldást kínálnak általában az egészségügyi ellátásra fordítandó pénzeszközök összegyűjtésére, az erőforrások egészségügyi szolgáltatások közötti megosztására, allokációjára és ezáltal milyen módon biztosítják makroszinten az egyensúlyi állapotot a bevételek és kiadások, a kereslet és kínálat között.

A következő összefüggések játszanak meghatározó szerepet:

- A kereslet és kínálat nagysága makroszintű egyensúly erőforrás allokációs technikákkal (lásd. pl. szolgáltatók finanszírozási rendszere) valósítható meg.
- Az egészségügyi ellátásra fordítandó pénzek összegyűjtésének technikája nem determinálja, hogy miként, milyen szolgáltatások előállítására, mennyire hatékony módon kerülnek a rendelkezésre álló erőforrások allokálásra.

A fenti összefüggéseket az alábbi táblázatban foglaltuk össze:

Kereslet		Kínálat
Bevétel összegyűjtés	Erőforrás allokáció a feladatokra - egészségügyi szolgáltatók finanszírozása	Szolgáltatások
Adó-alapú rendszerek	Globális költségvetés meghatározása az egyes szolgáltatókra, bizonyos időszakokra	Kórházi ellátás Járó beteg szakellátás
Társadalombiztosítási rendszerek Egy biztosító Több biztosító	Szerződés-kötési rendszer (feladat összetételre, nagyságra és a feladat teljesítése esetén járó finanszírozási összeg meghatározásával)	Háziorvosi szolgálat, stb.
Magánbiztosítási rendszerek Készpénzfizetési rendszerek	Előre meghirdetett, vagy utólagosan meghatározott díjak szerint a teljesítmény alapján történő finanszírozási rendszerek	Készpénzfizetési szolgáltatások

Makroszinten a valóságos „kereslet” nagysága az egészségügyi alapok nagyságával reprezentálható, a kínálat pedig az előállított (előállítható) szolgáltatások tömegével.

Bár fellelhetők tradicionális kapcsolatok a bevétel összegyűjtésének technikája és az erőforrás allokáció módszerek között, a két feladat megoldása egymástól függetlenül kezelhető problémakört jelent:

- A pénzösszegyűjtés technikája azt befolyásolja, hogy mennyire hatékony a pénzbegyűjtés módja, milyen mértékben lehet a terhet szétosztani, teríteni különböző társadalmi csoportok között, azaz mennyire érvényesíthető a szolidarisztikus elv, mennyire hatékony a makrorendszer működése.
- A pénzösszegyűjtés technikája alapvetően nincs kapcsolatban, nem hat, nem befolyásolja az ellátók tevékenységének hatékonyságát, mivel nem determinálja a szolgáltatók finanszírozási módját.

A biztosítási piac jellege

Az egészségügyi ellátás folyamatában három elkülöníthető, de egymással kapcsolatban álló piac kölcsönhatása van jelen, mint a biztosítás piaca, az egészségügyi szolgáltatások piaca, az erőforrás vásárlás piaca.

Az egészségügyi rendszer két eredeti szereplője a páciens és a szolgáltató. Ebbe a kapcsolatba lép be harmadik szereplőként a rizikómegosztás miatt az aktuális fizető szerepét felvállaló biztosító. Ez az intézet lehet az állami egészségügyi rendszer finanszírozó szervezete, egy biztosító intézet vagy több biztosító intézet. A „fizető” bekapcsolási módja hatással van a rendszer működésére.

A „fizető” bekapcsolásának elsődleges oka és szerepe a rizikó megosztása, a szolidaritási elvek érvényesíthetősége, másodlagos oka bizonyos vásárlói szerepek betöltése.

Verseny a rizikó megosztásában - elsődleges verseny

A biztosítási piaci kapcsolat tárgya a biztonság szolgáltatása, a rizikómegosztás felvállalása. Annak a biztonságnak a szolgáltatása, hogy a páciensek számára meghatározott pénzösszeg rendszeres befizetése ellenében a váratlanul bekövetkező megbetegedések ellátási költsége egy harmadik fél - a biztosító - közreműködésével kifizethető lesz. *A kockázat kezelésének kétféle alaptípusa van:*

(a) A kockázat megosztása a várható rizikó nagysága szerint kialakított. Az ilyen elven működő biztosítások üzleti elvű biztosítási rendszerek. A cél elsődlegesen a kockázat időbeni megosztása a kockázatközösséget vállalók között. Az egészségügyi rendszerekben az ilyen típusú biztosítás alkalmazása korlátozott, leginkább a kiegészítő biztosításokban (pl. életbiztosítások) jelenik meg. Az egyik minta-ország az üzleti jellegű biztosítás alkalmazására az USA, ahol nagyarányban alkalmazzák ezt az elvet az alap-egészségügyi ellátási-rendszerekre is.

(b) A kockázat megosztása szolidaritási elvek alapján időben, térben, társadalmi csoportok (életkori, jövedelmi, családi állapot szerinti) között jön létre, nem a várhatóan azonos rizikó alapján. A fejlett társadalmak döntő részében a szolidaritási elvű szerveződés dominanciája érvényesül. Nem véletlenül. Az egészségügyi szolgáltatások iránti igényt nem lehet egyéni szinten tervezni, nem lehet rá kellő mértékben előtakarékoskodni.

Ez a kapcsolat az országok nagy részében alapvetően már régóta nem piaci módon, hanem a többség által elfogadott „kényszer” alapján jön létre

Ha a „biztosítási piacon” versenyt gerjesztünk, akkor számolni kell azzal, hogy a verseny a piac tárgyának megfelelően elsődlegesen a rizikómegosztásán fog kiteljesedni. Ez a verseny a „kockázat minimalizálás - bevétel maximalizálás- kiadás minimalizálás típusú” játszmák körébe tartozik. Az ezen a területen lévő verseny mindaddig folytatódik, amíg esély van egy jobb rizikó közösség megszerzésére akár a piaci érdekeltségek újra felosztása által. A verseny gyakorlatilag állandóan fennáll.

A szolidaritási elvek maximális érvényesíthetősége akkor biztosítható, ha nincs mód arra, hogy a kedvezőbb helyzetű páciensek biztosítási közössége elváljon a kedvezőtlenebb helyzetű közösségtől.

A kedvezőbb kockázatközösség létrejöhet a magasabb jövedelem alapján. Ezért néhány országban a több biztosítós modellekben egy csatornán keresztül közös alapba szedik be a jövedelmek arányában fizetendő járulékokat. Ebből a közös alpból fejkvóta (esetenként, korcsoportonként módosított fejkvóta) alapján a bejelentkezések arányában részesednek a biztosító intézetek. A probléma abból adódik, hogy a magasabb jövedelem általában jobb egészségi állapottal, alacsonyabb igénybevétellel jár. Így a magasabb átlagjövedelmű páciensek biztosítási közössége akkor is kedvezőbb helyzetbe van, ha a járulékokat átlagos fejkvóta szerint kapja meg. Így a negatív szelekció hatása részlegesen mindenképpen érvényesül. A szolidaritás mértéke csökken, a rizikómegosztás mértéke limitált. Ez a hatás csak akkor lenne kivédhető, ha az információrendszerek teljes pácienskövetést biztosítanának, mód lenne valamennyi igénybevétel összegének személyre szóló megfigyelésére, értékelésére.

A negatív szelekció hatása különböző mértékben, de minden, több biztosítós rendszerben fellép, ahol a magasabb jövedelem valamilyen módon azonosítható:

- A regionális alapon szervezett biztosítók esetén a régiók gazdasági fejlettségének különbsége arányában jelentkezik.
- Ágazati alapon szervezett biztosítóknál megmutatkozik az ágazatok átlagjövedelmének eltéréséből eredő hatás.
- Versengő biztosítók esetén nem igazán lehet kivédeni a választások irányítására irányuló törekvéseket.

A szolidaritási elv sérülésének mértékével arányosan általában más, pótlólagos forrásokból végül mégis csak biztosítani kell a kedvezőtlenebb kockázati közösségek egészségügyi ellátásának megvalósítását.

A kedvező szelekció elérésének eszközei:

Indirekt eszközök, pl.:

- Vonzó kiegészítő szolgáltatások biztosítása. A kiegészítő biztosítások iránti igény elsősorban a jobb jövedelmi helyzetű páciensek esetén jelenik meg. Az alacsony jövedelemmel rendelkezők általában nem gondolhatnak arra, hogy kiegészítő biztosítást kössenek.
- A biztosító hirdetési területeinek irányítása.
- Direkt eszközök (ezek megakadályozására jó néhány országban komplex és bonyolult szabályozási rendszereket léptettek életbe)
- Meghatározott - várhatóan jobb rizikóval rendelkező - közösség szerveződése egy biztosítóba.
- Szabad bejelentkezés megakadályozása.

Verseny a hatékonyabb vásárlásban- másodlagos verseny

Az egészségügyi ellátás folyamatában a vásárlói szerepkör megosztott a biztosító, a páciens, az ellátást elrendelő egészségügyi szolgáltatók között. Ez a vásárlói megosztottság a hagyományos áruk piacán nem létezik.

A hagyományos piac adás-vételi aktusában a vásárló szabad választással meghatározza a megvalósítandó szükségletet, az ezt kielégítő

terméket, szolgáltatást, a vásárlás helyét, az eladót és ezáltal az elfogadható minőséget, és árat. Az egészségügyi piac adás - vételi aktusa ehhez a tradicionális piachoz viszonyítva szinte minden választási pontján korlátozott. A szükséges összes vásárlói döntést nem egy szereplő hozza.

- (a) A kereslet a megvalósítandó szükséglet iránt nem elhalasztható, csak korlátozottan módosítható. Ha valakinek ma van influenzás tünete, az ebből fakadó egészségügyi szolgáltatás iránti kereslete nem halasztható el egy hónappal, nem váltható át hátfájás panasz miatti szolgáltatásra, mert annak a költsége, pl. kedvezőbb, stb. Ebből eredően nem nevezhető szabadnak az a választás, hogy milyen szükségletet kíván a vásárló kielégíteni, milyen termék, szolgáltatás megvásárlásával. A *vásárlóként megjelenő páciens* állapota determinálja az esetek nagy részében, hogy milyen szolgáltatásokkal elégíthető ki a szüksége.
- (b) Az elsődleges igény tehát többnyire a páciensnél keletkezik. Ez azonban a legtöbb esetben nem terjed ki minden szükséges szolgáltatás kiválasztására. A vásárló páciens felismeri az ellátás szükségességét. Az első találkozási ponton lévő szolgáltató - szintén vásárlói attitűddel - megválasztja, megrendeli a szükséges szolgáltatásokat, meghatározza az ellátás idejét, típusát. A választások e sorozatában nem jelenik meg a vásárló biztosító.
- (c) A vásárló fizet a szolgáltatásért. Ez a vásárló abban a speciális helyzetben van, hogy meghatározza az árat, bizonyos minőségi elvárásokat érvényesít a szolgáltatás elfogadásában, és még azt is megmondja, hogy miért fizet és miért nem. A biztosító vásárlói funkciója ehhez a döntési körhöz kapcsolódik.

A biztosító legfontosabb vásárlói szerepei tehát az alábbiakban jelenhet meg:

- A potenciális, megvásárolható szolgáltatási kör meghatározása, a szolgáltatás egységek definiálása.
- Az elfogadható árak meghatározása.
- Az elfogadható minőség meghatározása.

Ezek a biztosítói vásárlói döntések természetesen befolyásolják az ellátás hatékonyságát. Azonban az is könnyen belátható, hogy az ellátás hatékonysága, főleg az egyes beteg hatékony ellátása szempontjából legfontosabb megrendelési feladatokat a szolgáltatók meghatározott csoportja és nem közvetlenül a biztosító hozza. Ezt a biztosító csak motiválhatja egy alkalmas szolgáltató finanszírozási rendszer bevezetésével. Ebből a gondolatsorból az a következtetés mindenképpen levonható, hogy:

- A vásárló biztosító csak azáltal gyakorol hatást az ellátás hatékonyságára, hogy létrehoz és működtet egy célszerű szolgáltatás finanszírozási rendszert.
- A célszerű, megfelelő szolgáltatás finanszírozási rendszer hatása, az általa keltett verseny következménye nem lesz jobb attól, hogy ezt több biztosító motiválhatja. Az egy biztosító semmilyen tekintetben nem gátja a megfelelő forrásallokáció kialakításának.
- A több biztosítós rendszer inkább hátráltatója az ellátók közötti versenynek. Elsősorban akkor, ha többféle szolgáltatási finanszírozási rendszer is működik. Ha több biztosító van, és többféle motivációs rendszert alkalmazhatnak, elképzelhető, hogy ugyanazon szolgáltató többféleképpen fog reagálni, a fizető biztosító motivációs rendszerétől függően? Nehezen. Nincs eltérő eszköze, eltérő személyzete, eltérő minőségbiztosítási rendszere. Az ellátás hatékonyságán semmiképpen nem a több biztosító léte, hanem a hatékony ellátásszervezés ösztönzése, a hatékony erőforrásallokáció megvalósítása, a közvetlen szolgáltatóknak a megfelelő minőségre irányított versenye segíthet. A többféle rendszer egymás mellett élése inkább rontja a különböző forrás allokációk által elérhető kedvező hatást.

Vegyük sorra a több biztosítós rendszer mellett felhozott érvekkel szembeállított téziseket:

1. tézis: Az OEP monopolisztikusnak látszó helyzete a szolidaritási elv biztosításában, az egészségügyi szolgáltatások vásárlásában, az ellátás hatékonyságának megvalósítására irányuló törekvésben nem okoz hátrányt.

A modern állam számtalan olyan közösségi szolgáltatást magára vállal, amelyek által megfelelő feltételeket teremt a biztonságos, az egészséges, a tudás megszerzését, az általános jólétet segítő életkörülmények alakításához, védelméhez. Az állam felelőssége nem elhárítható az élet alapértékei: egészség, tudás, biztonság tekintetében. Ez a felelősség nem azt jelenti, hogy minden szolgáltatást az állam közvetlenül gyakorol. Azt viszont mindenképpen jelenti, hogy egy olyan szabályozási keretet kell létrehozni, amelyben minden alap szereplő a hatékony ellátás érdekében viselkedik.

Ha a politika eldöntötte, hogy a jövő egészséges nemzete érdekében elfogadja a szolidaritási elvet, akkor nem kell a rizikó miatt versenyt indítani, nem kell az egységes kockázat közösséget megosztani, az egyetlen biztosítót felosztani, nem szükséges többféle szabályozási kör kialakítására lehetőséget adni. (Mindaddig nem jutott senkinek eszébe, hogy a törvénykezés monopolisztikus, mivel egy rendszere van. A törvénykezés által létrehozott rendszerben már rengeteg különböző jogállású személy működik közre. Hasonlóan az oktatás esetében sem merül fel a monopolisztikus, az egyetlen oktatási minisztérium szerepének átalakítási igénye. Itt is a többféle iskola versenyeztetésével érik el a hatékonyabb oktatást.)

Más lenne a helyzet, ha határozott politikai szándék miatt az értékrend átalakításával, a nemzetközi szervezetek elsősorban a WHO által elfogadott alapelvek feladásával, a szolidaritás elvek elhagyásával kellene szembe néznünk.

Az egészségügyi rendszerben az állami rendszer monopolisztikus volta valójában azáltal már megszűnt, hogy az ellátást végző, a szabályozó és pénzalap-kezelő funkciók és szervezetek egymástól elkülönítésre kerültek. A társadalombiztosítás jól ismert zavarai, pénzkezelési problémái inkább eredeztethetők a társadalmi kontroll és számonkérés hiányából, mintsem a monopolisztikusnak tekintett helyzetből. Meglehet, hogy több biztosító esetén hasonló probléma fog jelentkezni, miközben a szükséges kontroll, a számonkérés még nagyobb nehézségekbe ütközik.

2. tézis: Az ellátás hatékonyságának növelésével javítható a népesség egészségi állapota. Ez elsődlegesen az egészségügyi szolgáltatók versenyeztetésével érhető el. A biztosítók versenyében nem élvez prioritást az ellátás hatékonysági verseny. A biztosítók piacán a kedvezőbb rizikó közösség elérése a verseny elsődleges célja. Az egységes rizikóközösség megosztása során az információhiány, a szelekcióra irányuló ösztönzés miatt nem lehet kivédeni azt, hogy a kedvezőbb kockázatközösséggel rendelkező biztosítók indokolatlan mértékű előnyökhöz jussanak

(a) A biztosítók versenye egyértelműen rontja az ellátás hatékonyságát.

A biztosítási piac elemzése alapján a végső következtetés az, hogy:

- A biztosítók versenye elsődlegesen az ellátás szempontjából káros területen, a rizikó versenyben és nem a hatékonysági versenyben nyilvánul meg.
- A hatékony ellátás ösztönzéséhez nem szükséges több biztosító, elegendő az egyetlen fizető.

(b) Az ellátás hatékonyságát a szolgáltatások piacának a szakmai elvek alapján történő stimulálása segítheti a piaci aszimmetriát oldó, a vásárló szolgáltató felelősségét megjeleníteni képes felelősségelvű, managed care technikák alkalmazásával.

Tekintsük át röviden az egészségügyi ellátás piacát.

A hatékony egészségügyi rendszer kialakításának feltétele a megfelelő szimulált piac kialakítása az egészségügyi szolgáltatások piacán. A szimulált piac szabályozásának alapelemei:

- Az egészségügyi szolgáltatók finanszírozásának szabályai
- Árképzési elvek
- A szolgáltatások megfelelőségének biztosítására vonatkozó szabályok
- Igénybevételi szabályok
- A szolgáltatók feladatára, felelősségére, a struktúrára vonatkozó szabályok
- A szerződéskötés szabályai

Ezeket a szabályokat kell úgy alakítani, hogy a hatások a kiemelt szakmai célok érdekében *érvényesüljenek*.

A szolgáltatók közötti versenynek a korlátozott piacon a legnagyobb prioritást célszerű adni, mivel ez az a tevékenység, ami a kulcsa a hatékony egészségügyi ellátásnak. A szolgáltatók közötti versenyt meghatározza, hogy milyen módon kerül sor a teljesítmények értékelésére, az erőforrások szétosztására.

Növelni kell a költség hatékony ellátások arányát. A hatékonyságra való törekvés biztosítása a megszerezhető közönséges fogyasztási javak egy jelentős részénél nem igényel külön gondoskodást. A vásárló számára relatíve könnyen megítélhető az egyes termékek hasznossága, a vásárló hibás döntésének korrekciója megoldható, a rossz választás következménye nem jelenik meg „végzetes” formában. A vásárlók és az eladók relatíve egyenrangú piacán a racionális és megalapozott döntések nagy arányban megjelennek.

Nincs alapvető probléma az egészségügyben sem a „teljesítményorientált” finanszírozási rendszerek alkalmazása esetén abban, hogy érvényesüljön egy adott szolgáltatás, a szolgáltatásegység előállítási

költségének csökkentésére való törekvés. Az azonban igaz, hogy a szolgáltatási egységek megfogalmazási módjától függően, az egy betegség, egy beteg ellátási költségében a költségsökkentési kényszer hatásától függően jelentős mértékű eltérések lehetnek.

A jelenleg alkalmazott finanszírozási módszerek a saját tevékenység fokozására irányuló motivációt valamilyen erősséggel és megjelenési formában fenntartják. (Ez a hatás megjelenik a teljesítménymutatókat tervezési mutatóként alkalmazó input rendszerekben is.) A fenti hatás alól kivételt csak az olyan felelősséggel kombinált managed care technikákon alapuló finanszírozási módszerek esetén tapasztalhatunk, mint pl. GP's fund-holder rendszer, a managed care rendszerek bizonyos formái, a HBCS a kórházi felvételt követően, APGs. Ezen módszerek lényege, hogy a szolgáltató nem csak saját tevékenységére kap finanszírozási keretet, hanem ennél szélesebb ellátási folyamatra, a saját ellátási kompetenciáját meghaladó, de az ellátás szervezői kompetenciáján belül lévő feladatokra is. Ebből a keretösszegeből fizeti ki az ellátásban résztvevő, az általa elrendelt, más szolgáltatók által elvégzett ellátások díját. Ezen keresztül érdekeltséget szerez a leghatékonyabb ellátási út megszervezésében. *Nem mindegy tehát az sem, hogy miként értelmezzük az ellátás-szervezést. A tapasztalatok is bizonyítják, hogy ezek hatékonysága annál kedvezőbb, minél közelebb a valóságos orvosi ellátás-szervezetéhez kerülnek kialakításra. Jó példát mutatnak erre az angol fund-holding tapasztalatok. Sokkal kedvezőbbek az eredményei, mint az amerikai nagy lélekszámú managed care jellegű, HMOs szervezeteknek. A HMOs-k általában több milliós kockázati közösségek. Legtöbbször egy szervezetben vállalja fel az ellátási és biztosítási feladatokat. Páciens szintű hatékonyságot eredményező ellátásszervezés ténylegesen csak akkor jön létre ezekben a szervezetekben is, ha a szervezeten belül hasonló megoldásokat követnek, mint az angol fund-holding minta. A nagy lélekszámú HMOs alapú rendszerek hatása rendkívül közel áll a több biztosítós modell hatásaihoz.*

Az egészségügyi szolgáltatás különleges termék. Ezt bizonyítja, hogy különleges igények kielégítését szolgálja egy megosztott vásárlói pozícióval jellemezhető piacon. A szolgáltatások iránti igény tipikusan akkor és olyan mértékben merül fel, amely nincs arányban az egyéni gondoskodás lehetőségével.

Az információs, költség/hasznosság aszimmetria a szolgáltatás igénybevételében jelentős piaci aszimmetriát hoz létre a „vásárló”-val szemben az „eladó” javára.

Információs aszimmetria: Az egyenrangú piaci szereplőket jellemző kapcsolat egyáltalán nem vagy alig jellemző az egészségügyi javak vásárlása során. Az ellátás igénybevételében az ellátó megválasztása és elutasításának lehetősége már viszonylag széles körben biztosított a társadalombiztosítási rendszerekben is. Ezt követően azonban nem gyakori, hogy a páciens a biztos ismeretek tudatában elutasítaná az orvos által javasolt ellátást. A páciens nem mindig képes értékelni a helyette választó orvos döntéseit. Tág és nagy lehetőség van a szolgáltatók számára, hogy direkt vagy indirekt módszerekkel növeljék a saját tevékenységük iránti keresletet.

Költség/hasznosság aszimmetria: A közönséges fogyasztási javak esetén a piacon elsősorban a termék hasznosságát fizetjük meg. Relatív - a felmerült tényleges költségekhez viszonyítva - magas árat is kifizetünk olyan szolgáltatásokért és termékekért, amelyek számunkra nagyon hasznosak (pl. a bevezetés időszakában magas áron értékesített mobil telefon esetén). Ez a magas ár általában csökken és közelít a tényleges költségek szintjéhez akkor, ha viszonylag könnyen léphetnek be új gyártók és szolgáltatók a piacra. A verseny csökkentheti a hasznossági alapon kialakult árakat. Az árcsökkenés irányában hat a közönséges javak piacán az a folyamat is, hogy a termékek jelentős részénél a kereslet ár-rugalmas, azaz csökkenő árak mellett a kereslet emelkedése jellemző. Más folyamatok jellemzőek az egészségügyi szolgáltatások esetén (mint pl. a kevésbé és másként ár-rugalmas kereslet, szol-

gáltatók szabad beáramlásának korlátjai). Az egészségügyi szolgáltatók esetén jelentős problémát okozna az is, ha az ár alapvetően a hasznosság értéke szerint kerülne meghatározásra. Megfelelő beavatkozásokkal el kell érni, hogy az árak a hasznossági szintről a költségalapú szinthez közelítsenek, kivéve azokat az eljárásokat, ahol ösztönzésként, limitált mértékben a hasznosság is elismerést nyerhet az árakban.

Miért van itt különleges intervenciót igénylő helyzet? Az egészségügyi szolgáltatásokkal az emberek egyik alapvető értékét, az egészséget, az életet védik. Az élet értéke minden személy számára végtelenül nagy, az életnek az egyszeri, a megismételhetetlenségéből keletkező monopóliuma miatt. Minden olyan szolgáltatás amely az életet védi, az egészséget állítja helyre rendkívüli hasznossággal bír azok számára, akiknek éppen szükséges az adott szolgáltatás. Végtelenül nagy lehet az eltérés a hasznosság alapján meghatározott érték és a szolgáltatás előállításához szükséges költségek nagysága között. A hasznosság azért nem lehet az árképzés kizárólagos alapja, mivel figyelembevételével az „élet értéke” is megfizettetésre kerülne.

Piaci aszimmetria: Az információs aszimmetria és a költség / hasznossági aszimmetria együttesen piaci aszimmetriát eredményez. A hagyományos fogyasztási javak piacán fennálló vásárló - vevő relatíve egyensúlyban lévő piaci kapcsolata helyett egy olyan típusú kapcsolatot válik dominánssá, amelyben a vásárló kiszolgáltatottsága az eladó javára tartósan fennáll. Ez a kiszolgáltatottság erősödik azáltal is, hogy a vásárlás megvalósulása a vevő részére „életfontosságú”, a szolgáltatáshoz egy behatárolható perióduson belül mindenképpen hozzá kell jutnia. A vásárló páciensnek az igény kielégítését éppen akkor kell biztosítani, amikor a betegség miatt egyébként is gyengébb érdekérvényesítési pozícióban van. *Az egészségügyi szolgáltatások fogyasztásának eredménye többféle kimenetelű lehet.* A fogyasztó hibás ellátás-sorozat választásával nehezen javítható károk is keletkezhetnek az egészségi állapotban. A beteg ember a szolgáltatások vásárlásakor eredeti vásárlói pozícióiban többszörösen korlátozott. Ezért szükséges a vásárlói pozíciók „mesterséges” erősítése.

Egészségügyi szolgáltatások „piacán” megvalósuló kapcsolatok

Páciens - szolgáltató kapcsolata: A kapcsolatban a betegségek megelőzését, gyógyítását, rehabilitációját biztosító egészségügyi szolgáltatások nyújtása történik meg. Az igénybevételi szabályok, biztosított jogosítványok alapvetően befolyásolják ennek a kapcsolatnak a működését. A vásárlói funkció megosztott a biztosító és a páciens között. Vásárlói funkcióban megjelenhetnek egészségügyi szolgáltatók is (a beteget visszarendelik, beutalják más szolgáltatóhoz, stb.) A korlátozott vásárlói funkciókkal felruházott páciens kereslete általában nem elhalasztható, nem átváltható.

Szolgáltató - fizető (biztosító) kapcsolata: A páciensek által igénybe vett szolgáltatások után a biztosító fizet. A fizetés szabályai a teljesítményértékelési módszerektől függenek.

A páciens érdekek védelmének biztosítása - gyenge vásárlói pozíció erősítése

- A páciensek az egészségügyi szolgáltatások vásárlása során - más közönséges fogyasztási javakhoz viszonyítva - mindig kiszolgáltatottabb helyzetben vannak, ezért az információs és piaci aszimmetria feloldását támogató megoldásokat kell keresni az ellátásszervezés folyamatában.
- Az aktivitás-orientált teljesítménymérési rendszerekben szükségszerűen fellépő teljesítmény-növelési és teljesítménydokumentálási érdekeltséggel szemben a biztosítói és végső soron ismét a páciens érdekek prioritására olyan kontrollt kell biztosítani, amely a napi ellátások szintjén képes a validitás szakmai szempontjait érvényesíteni.
- Sok esetben az okoz problémát, hogy a beteg nem jelenik meg időben az ellátásban.

Így a betegek nem akkor, csak abból és annyit részesednek a szükséges egészségügyi ellátásból, mint ahogy azt a tényleges egészségügyi állapot megkívánja. A vásárló nem azt vásárolja az információs aszimmetria következtében, mint amire szüksége van.

Ahhoz tehát, hogy az ellátás hatékonyságának javításában számottevő eredményeket érjünk el, nem a biztosítók versenyét, hanem a szolgáltatók versenyét, a szimulált egészségügyi piac szisztematikus kiépítést kell kulcsfeladatnak tekinteni.

3. tézis: A lakosság egyéni felelőssége érvényesítésének a lehetőségei az egészségügyi ellátásban rendkívül korlátozott.

Az igénybevétellel jelentkező várható pénzügyi teher nagysága magas, az egyéni gondoskodás lehetősége korlátozott. A páciensek megbetegedésében számos véletlenszerű elem működik. A betegségek nagy részére előre megmondható a bekövetkezés várható nagysága országos szinten. Az egyes személyekre egyedi szinten előre azonban biztosan nem mondható meg, hogy mikor, milyen betegségben fognak szenvedni, milyen igényük lesz az egészségügyi szolgáltatásokra. Lehet, hogy a bekövetkező betegség költsége több millió Ft-t tesz ki, de az is lehet, hogy mindössze néhány 10000 Ft nagyságú. Több millió Ft kifizetésére az emberek nagy része nyilván nem készülhet fel. Ez a probléma nem csak a jövedelemszerző időszak elején, hanem a végén is felvethető. Ezért kell a biztosítás, amely a rizikóközösség megvalósításával a várható terheket megosztja. Az egyéni felelősség az egészségi állapotban a felvállalt egyéni életmódból következően ettől a tényről függetlenül még jelentős. A rossz egészségi állapot nyilvánvalóan csökkenti a betölthető kedvező társadalmi szerepek körét. Ez a szempont biztos motivációt ad az egészségi állapot védelmének. Magyarországon azonban az elmúlt időszakokban túl sok olyan, és sokszor az egyénektől függetlenül létrejött hatás működött, amely a népesség káros életmódjának tartós fennállásához, az egészségi állapot drasztikus romlásához, a nyugat-európai tendenciáktól eltérő mozgásá-

hoz vezetett. Ez a hiba elsődlegesen nem az egyéni felelősség hiánya miatt következett be.

4. tézis: *A biztosítók közötti verseny rendkívül károsan hat mind az elfogadott szolidaritikus elvek megvalósulása, mind az egészségügyi rendszertől elvárt megbízhatóság, a páciens védelem elveinek teljesülésére. Olyan piaci zavarokat, pénzügyi hiányokat képesteremteni, amelynek vesztesei között a várható pénzügyi hatások miatt végül az államháztartás is ott lesz. A biztosítás nélkül maradt tömegek ellátását valamilyen forrásból biztosítani kell. Így nem plusz források bevonását, hanem többlet költségek kiadását eredményezi. A rendszer bizonytalansága a páciensek és a szolgáltatók elégedetlenségét egyaránt növeli.*

A több biztosítós rendszer miközben hatékonyabb ellátást és nagyobb biztonságot ígér, igen nehezen kivédhető piaci csődhelyzet kialakulásának potenciális lehetőségét hordozza magában. Ez a lehetőség sajnos nagyon sok országban gyakorlattá is vált. Gyakori, hogy biztosító intézetek tömegesen mennek tönkre, a kevésbé jó egészségi állapotú páciensek nagy tömege a szociális biztosítóknál koncentrálódik. A csődhelyzet kialakulása azért nehezen védhető, mert a csődöt létrehozó piaci helyzet magából a több biztosítós szituációból keletkezik. A negatív rizikótól való menekülés megjelenik nem csak a biztosítók, hanem a biztosítottak oldalán is. Nézzük tehát az alap hatásokat egy gyengén szabályozott biztosítási piacon:

– A páciensek szelekciójának hatása (adverse selection)

Tegyük fel, hogy a több biztosítós rendszerben meghirdették a biztosítási járulék nagyságát és elindul a bejelentkezés. A biztosítási díj mindig előre kerül meghirdetésre, hiszen ez a páciensek racionális választásának alapja. A feltevések közzé tartozhat az is, hogy a járulék mértéke induláskor azonos. Megtörténik a tömeges bejelentkezés. A biztosító nincs biztos tudatában annak, hogy milyen páciensek fogják választani. Ha a választás során túl sok olyan páciens jelentkezik be

akinek rossz rizikó kilátásai vannak, kialakulhat az a helyzet, hogy a tényleges átlagos rizikó meghaladja a remélt szintet. A biztosító a járulékok emelésére kényszerülhet. Tételezzünk fel egy teljesen racionális páciens viselkedést. **Az egészséges páciensek rádöbbenhetnek, hogy rosszul választottak és elkezdik elhagyni a biztosítót. Keresnek egy olyan biztosítót, ahol a járulék kulcs alacsonyabb. Mindig azok lépnek először akiket egy adott rizikó közösség vállalása kedvezőtlenül érint. Ez indítja be a folyamatot.** Ennek hatására a rizikó közösség még inkább rosszabb összetételűvé válik, ezért a járulék kulcs ismét emelkedik, a biztosítottak rizikó összetétele még inkább romlik. Az eredmény az lesz, hogy a jó rizikóval rendelkezők összegyűlhetnek bizonyos biztosítóknál. A rossz rizikóval rendelkező páciensek biztosító intézetei pénzügyi csődbe kerülnek, az ellátásuk visszaszáll a megmaradt szociális biztosítóra. A rossz rizikó-pool-lal rendelkező biztosító miközben a járulék emelésére kényszerül egyáltalán nem képes javítani az általa biztosított szolgáltatatok körén és minőségén. Így nyilvánvalóan egyre kevesebben választják. Eközben a jobb rizikó pool-lal rendelkező biztosító a járulékot csökkentti, jobb szolgáltatásokat képes biztosítani, vagy lehetősége nyílik a megszerzett előnyök kicsatornázására. Biztos eredmény tehát a biztosító intézetek egy részének tönkremenetele.

A kérdés az, hogy vajon milyen hatás érvényesül akkor, amikor fejkvóta rendszer működik, az alapszolgáltatások köre azonos. Az a rizikóközösség, amely nagy arányban tartalmaz kedvezőtlen kilátású pácienseket, kedvezőtlenebb módon képes kielégíteni a bejelentkezett páciensek igényeit, pl. a minőség tekintetében. Először ismét a jobb rizikóval rendelkező páciensek lépnek, mivel általában igaz az is, hogy a jobb rizikóval rendelkező páciensek igényei magasabbak. Ettől kezdve a hatásmechanizmus hasonló. A piaci szelekció ismét beindult. A piaci szelekciós versenyben a szociális biztosítók mellett csak a jó rizikó közösséget tömöríteni képes biztosítók maradnak meg. (Chile és Csehország példája ezt a mechanizmust tökéletes pontossággal mutatja. A folyamat végén a szociális biztosítónál vannak a nyugdíjasok, az

alacsonyabb jövedelmű csoportok. Az aktív, magasabb jövedelmű páciensek viszonylag szűk rétegének biztosítását végzik a szociális ellátási kötelezettséggel nem rendelkező többi intézetek.)

Érvényesül a biztosítók szelekciójának hatása (cream skimming, risk selection)

A negatív szelekció megvalósításának többféle rejtett és nyilvánvaló eszköze van. Csak néhány:

Korlátozások a bejelentkezésben: bizonyos előfeltételeknek nem megfelelő páciensek nem jelentkezhetnek be a biztosítóhoz, előzetes orvosi vizsgálat igénye, a várható rizikóhoz kapcsolódó plusz díj kérése.

Mindkét piaci hiba hatásának az lesz az eredménye, hogy rendszeres csőd, nagyfokú bizonytalanság jellemzi a biztosítási piacot.

Ne feledjük azt sem, hogy a több biztosító intézeti hagyománnyal rendelkező országok nagy részében - kivéve USA - nem versengési céllal jöttek létre a biztosító intézetek, hanem inkább kisközösségi (ágazati, területi) alapon. A problémák azonban ezeknél is megjelentek (pl. a német rendszerben a szegényebb területi biztosítóknál volt a legmagasabb a járulék kulcs). A piaci hiba kivédésének eszköze lehet, ha a járulékszint a legrosszabb rizikóközösség szintjén kerül kialakításra. Ez azonban egyértelműen jelentős drágulást eredményező út. A kivédés általános módszere pl. USA-ban az egyéni rizikó megjelenítése a járulék mértékében. Ez a megoldás azonban már nagyon messze van a szolidaritási elvtől, egyértelműen üzleti elven működő rendszerrel van szó.

A több biztosítós rendszerekben igen bonyolult és alapos szabályozási rendszereket működtetnek annak érdekében, hogy kikapcsolják a rizikó-szelekcióra irányuló versenyt (lényegében a biztosítási piac természetes piacát) és a versenyt a hatékonyabb vásárlói szerep betöltésére (a másodlagos piacra) helyezték át. (Csak emlékeztetésként, az

I. tézis vizsgálat során éppen az a tény került bemutatásra, hogy a több biztosító ebben a szerepében semmiben nem jobb az egy biztosítónál.) A nemzetközi gyakorlatban a szabályozásnak a következő fő eszközei ismertek és javasoltak:

- Nem szabad korlátozni a piacra való be és kilépés lehetőségét a potenciális biztosító intézetek számára. Bármilyen megkötés a biztosítókra nézve a verseny korlátozását jelentené. Ha ez meg lenne tiltva, éppen az a hatás kapcsolódna ki a több intézetből álló rendszerben, ami miatt létrehozták.
- Nem szabad korlátozni a páciensek biztosító intézetek közötti be és kijelentkezését. Bármilyen megkötés a kedvezőbb rizikó szelekció elérését támogató eszköz. (Még maradnak e nélkül is elegendő módszer a szelekció elérésére.)
- Kemény szabályokkal kell korlátozni azt is, hogy mi lehet a verseny tárgya. A verseny tárgyának a páciens számára teljesen egyértelműnek kell lenni, különben nem lesznek tájékozottak, nem tudnak megfelelően, racionálisan dönteni. Ha verseny mindenben (szolgáltatás csomag, járulék mértéke) lehet, akkor a páciensek nem könnyen tudják mérlegelni az ismeretek hiánya miatt az egyes lehetőségek előnyeit és hátrányait. Ezért általában azt javasolják, hogy legyen egyforma az alapszolgáltatás csomag, a biztosítás által nyújtott szolgáltatások köre, a verseny az árban (a járulék mértékében) és a biztosított szolgáltatások minőségében legyen.
- Azonban az árverseny is rendkívüli nehézségekbe ütközik. A szabályozatlan biztosítási rendszerben a biztos piaci csőd bekövetkezése ehhez az árversenyhez köthető. Az árverseny kikerülhető a fejkvóta alkalmazásával. Azzal is kikerülhető, hogy államilag szabályozott a kötelező, alapvető biztosítás után kérhető, a jövedelem százalékában meghatározott járulék nagysága. Csak az ezen összesen felüli részre kérhet a biztosító plusz járulékot. *A járulékok szabályozásának egyik alapkövetkezménye az, hogy a verseny már csak a biztosított minőségben jelenhet meg.* A biztosított minőség viszont szintén alapvetően a szolgáltatóktól függ.
- A járulék szabályozása, vagy a fejkvóta rendszer szabályozása esetén is működik az előzőekben kifejtett, a biztosítási piac csőd helyzete.

- Ha megengedett a kiegészítő biztosítás, ez egyfajta formája lehet a kedvező rizikó szelekciónak.
- Biztosítani kell a páciensek szabad és teljes informálását az egyes biztosítók eredményéről. Ha a páciensek nem képesek a racionális piaci döntés meghozatalára a biztosítók közötti választásban az információ hiánya, vagy a minősítés bonyolultsága miatt, akkor mindaz a hatékonyság, amit egyáltalán remélni lehetett a biztosítók között versenytől nem valósulhat meg.
- Nagy veszélyt jelent az is, hogy tömegesen fognak feltűnni a remélt jelentős előnyök miatt az új biztosító intézetek. Ezért nem kevés alapossggal és gondossággal kell eljárni, jogi, pénzügyi biztosítékokat kérni ahhoz, hogy csak a hosszabb távon is működő szervezetek léphessenek be erre a piacra. Ez követően - a bankfelügyelet analógiájára, remélhetően annál nagyobb eredményességgel - kell működtetni olyan szervezetet, amely a páciensek érdekeinek védelmét, a bejelentkezéssel megszerzett pénzek eredendő célnak megfelelő felhasználását garantálja. Figyelmeztetést adnak a nem megfelelően működő biztosítókról, esetenként azok tevékenységét felfüggeszthetik, kezdeményezhetik a felszámolást.
- Az eddigi elképzelésekben domináns volt a non-profit működés elvárása. Ebben az esetben nem kevés feladat jelentkezik a valóságos non-profit működés garanciáinak megteremtésében.
- Garantálni kell azt is különböző szabályokkal, hogy a negatív szelekció a bejelentkezés megtagadásában semmilyen formában ne jelentkezzen.
- A rendszert a verseny miatt hozzák létre. Külön szabályokkal kell megakadályozni, hogy a biztosítók közötti megállapodásokkal kartellhatások ne alakulhassanak ki.

Megállapítható tehát, hogy igen bonyolult jogi szabályozásnak kellene ahhoz érvényesülni, hogy valamennyire az eredeti cél még egyáltalán megnevezhető, kimondható maradjon. Még ennek a komplex szabályozásnak az eredményeként sem mondható el azonban az, hogy a nem kívánt hatások nagy része kiküszöbölésre került, csupán az jelenthető ki, hogy a várható negatív hatások nagysága csökkentésre került.

5. tézis: Az állami felelősség nem hárítható el jelentős politikai kockázatok nélkül. A várható zavarok megoldásáról az államnak kell gondoskodni. Az a teher, amitől ma megszabadulni igyekeznek, sokszoros nagysággal köszönhet vissza.

5.1. Rövid időn belül a költségvetési terhek növekedése várható.

Az állami terhek megmaradásának két fontos oka van a több biztosítós rendszerben:

(1) A járulékot nem fizetők ellátásának megoldása

Sokan úgy érvelnek, hogy a járulékbeszedési problémán segít egy több biztosítós rendszer, mivel csak annak ad biztosítást, aki fizeti a járulékot. Nézzük meg, hogy mi történik egy ilyen rendszerben: létre kell hozni a biztosítottak precíz nyilvántartását, az ellátás igénybevételekor igazolni kell a biztosítás meglétét. A kórházaknak és egyéb szolgáltatóknak kell fel vállalni és megoldania azt a problémát, hogy mi legyen azokkal a sürgősségi ellátásokkal, ahol a biztosítás hiánya miatt megtagadott ellátás végzetes kimenetelű lehet (pl. hajléktalanok, munkanélküli ellátásból kiesettek is.) Az egészségügyi szolgáltatók, kórházak ennek fedezetét nyilván nem vállalhatják fel.

Két következmény valószínűsíthető:

(a) Továbbra is kell valaki, aki fizet a betegek ellátása után. Ez lehet egy megmaradt szociális biztosító, amelynek költségvetését az adófizetők befizetéséből kell biztosítani. Az ilyen költségeket most a jelenlegi egy biztosító fedezi. A rizikó teljes mértékben teríthető, a rászorulóknak finanszírozása nem igényel külön forrásokat. A több biztosítós modellben külön források kellene, vagy előzetes számításokkal kell becsülni a járulékot nem fizetők nagyságát, összetételét. Hogyan és miért? Tegyük fel, hogy a járulékfizetés mértéke azonos. A bejelentkezett biztosítottak arányában minden biztosító megkapja a bevételét. A nem fizetők, a bejelentkezéssel nem ren-

delkezők után senki nem kap elsődleges járulékbévételt. Várható, hogy valamilyen számban, összegben a szociális feladatokra kijelölt biztosító intézetnél, a részükre elvégzett egészségügyi szolgáltatások után a térítési igény megjelenik. Ezt pedig valamilyen más forrásokból téríteni kell, mivel közben a korábbi - erre szolgáló pénz - már szétosztás került a többi biztosító részére.

(b) A szociális biztosítóval szemben a többi biztosító előnyökhöz juthat. Nála összpontosulnak a rossz rizikóval rendelkezők. Igazi megtakarítás makroszinten semmiképpen nem keletkezik. Persze lehet korlátozottan készülni, ennek hatását a szétosztáskor már figyelembe venni. A bejelentkezés regisztrálásakor nehezen becsülhető a bejelentkezés hiánya, a járulék fizetés elmaradásának oka, stb. Ha ez a probléma megoldódna, akkor sincs még minden a helyén.

(2) *A csődhelyzetbe került biztosítók pácienseinek ellátását a szociális biztosítóknál kell biztosítani. Ezzel azonban nincs minden gond megoldva. A csődhelyzet kialakulása során egy sor egészségügyi szolgáltató nem kapja meg az általa elvégzett szolgáltatásért a pénzt. Ennek terhét valakinek vállalni kell. A biztosítók csődjének következménye nem terhelhetők át a szolgáltatókra. Ismét az állami költségvetés felelőssége merül fel.*

5.2 A több biztosítós rendszer bevezetésének kockázata rendkívül nagy

- Az egészségügyi rendszer működésének minősége mindenkor jelentős mértékben meghatározó faktora a társadalmi megelégedettségnek. Az állandóan működési zavarokkal küzdő rendszer, amelynek a hatása páciensek milliói számára naponta válik nyilvánvalóvá egy olyan alapvető érték biztosításában, mint az egészség, nehezen eliminálható, belső feszültséget fog létrehozni. Azok száma, akiknek a rendszer előnyöket hoz minimális azokhoz képest, akiknek visszaesést hoz. A pácienseknek a megelégedettsé-

get, jobb, hatékonyabb ellátást ígérő változással szemben, bizonytalanságot, ellátás szűkülést kell tapasztalni.

- Ez a reformstratégia azt a látszatot kelti, hogy minden megoldható ezzel az egy változtatással. Eközben azokra a megoldásokra, amelyeket a jelen valóságos gondjai igényelnek, nem marad elég idő és energia. Emiatt nem hogy a problémák megoldásával, hanem sokkal inkább a problémák halmozódásával kell számolni.
- A biztosítási piac csődjei az állami költségvetés terheként jelennek meg. Növekedhet az állami költségvetés bizonytalansága.
- Az egészségügyi rendszer bizonytalansága növekszik azért, hogy a fizető vásárló, a biztosító helyzete ingatag. A biztosítók csődje - ha átmeneti időszakra is - fizetéseképtelenség esetén pénzügyi zavart továbbít a szolgáltatók felé. Rendkívül nagy politikai nyomás jelenhet meg a kormányzat számára, hogy legyen úrrá ezen a helyzeten. Van arra esély, hogy a jövőben nem csak bankkonszolidációs kormányzati programjaink lesznek, hanem biztosító-konszolidációs programok is.
- Az elégedetlenség szintje növekszik. Ma is rendkívüli nagy problémát jelent, hogy minden résztvevő elégedetlen. A több biztosító rendszer egyértelműen pénzt visz ki a rendszerből: a magasabb adminisztráció elviszi a pénzt az ellátástól, néhány kedvező rizikó pool-lal rendelkező biztosító többletbevételekhez juthat. Nagy valószínűséggel megfogják találni annak a módját és technikáját, hogy ezt ki vigyék az egészségügyi ellátásból. A felhasználható erőforrások szűkülésének két következménye lesz: Nem marad erőforrás a jelenlegi legnagyobb elégedetlenség, a bérfeszültség csökkentésére. Nem marad elegendő erőforrás az alapegészségügyi szolgáltatások biztosítására.
- Ha egy év múlva a veszélyek és problémák nyilvánvalóvá válnak azok számára is, akik ma ezt még nem fogadják el, nem lesz könnyű a rendszert a jelenlegi állapotába visszahozni. A politikai mozgástér a technikai lehetőségek korlátozottsága miatt a hiba kiküszöbölésében rendkívül korlátozott lesz.

5. Amiről a több biztosító mellett szóló érvelések nem szólnak - Néhány egyéb tézis és érv a több biztosító ellen.

6. tézis: *A vitathatatlan ellenérvek közzé tartozik, hogy több biztosítós rendszerben növekszik az adminisztrációra költött pénzek aránya*

Az egészségügyre fordított kiadások jelenlegi nagysága rendkívül alacsony. A költségek nagysága alig haladja meg a 300 dollár/fő összeget. Ha ebből az összegből kifizetésre kerül egy, a mainál jelentősen magasabb adminisztrációs költség, az ellátásra fordítható költségeket kell csökkenteni. Az ellátás hatékonyságának javítását nem szolgálja. Így ez a tény egészen biztosan nem fog olyan megtakarításokat szolgáltatni, amely a növekvő adminisztrációs terheket kompenzálná. Az adminisztrációs terhek két ágon növekedhetnek:

1 Önálló járulékbeszedési rendszer kialakítása

Jelentős adminisztrációs teher egy biztosító esetén is a *pontos járulékfizetési nyilvántartás, a fizetésre képesek időbeni megtalálása. Mai gondjainak egy része éppen ebből fakad.* Ha több biztosító esetén is egy beszedő szervezettel valósítják meg ezt a feladatot, akkor nem szükségszerűen következik be jelentős adminisztráció költségnövekedés. Nem garantált azonban, hogy az egyébként önállósággal felruházott, a későbbiekben még több önállóságot kívánó biztosítók később is elfogadják az egy közös beszedő szervezet működését.

2 Önálló management és ügyfélszolgálat kialakítása

A felsőszintű management sokszorozódása mindenképpen többletköltségeket okoz. Emellett számolni kell a területi szervezetek sokszorozódásával is. Az OEP területi hálózata megfelel annak az elvárásnak, hogy az egyes régiókban, megyékben legyen képviselő. Az igény megmarad több biztosító esetén is.

7. tézis: Technikailag nincs olyan módszer amely egységesen számított fejkvóta alkalmazása esetén a negatív rizikószelekció keletkezésének esélyét, mértékét a risk - adjustment technika alkalmazásával megfelelően segíthetné.

A negatív rizikószelekció különböző okok miatt keletkezhet. Az egyik ilyen ok lehet, hogy a magasabb jövedelem magasabb járulékos bevételel hozhat. Megindulhat a válogatás a jobb jövedelem helyzettel rendelkező biztosítottokért. Ezt a szelekciós lehetőséget felismerve, a szolidarizmus elveket képviselő országokban bevezettek olyan rendszereket, amelyekben a biztosító intézetek számára a járulékgyűjtés egységes elvekben, rendszerben történik. A központilag összegyűjtött járulékos egységes módszer, nagyság szerint, a bejelentkezett páciensek száma, életkora, neme, stb. alapján fejkvóta jelleggel osztják viszsza. Ezzel a módszerrel azt próbálják kivédeni, hogy a magasabb jövedelmű páciensek összegyűjtésével, a jövedelem arányosan számított járulékokkal ne lehessen a bevételeket koncentrálni.

A magasabb jövedelemmel rendelkezők nem csak magasabb járulékos képesek fizetni, hanem hosszabb távon alacsonyabb igénybevételel rendelkeznek. Legalábbis ezt igazolja az erre irányuló összes külföldi elemzés. Ma Magyarországon nincsenek olyan elemzések, sőt nincsenek olyan adatok amelyek erre a fontos összefüggésre a számításokhoz szükséges információkat biztosítani tudnák. Így tehát a ma végzett és a holnap végzendő számításokban nem is vehető figyelembbe. Ma még nincs olyan adat, amely egy személy minden létező igénybevételel összegyűjtené és ezt a kapcsolat szorosságának feltárása érdekében a személyes jövedelmekkel is összekapcsolná. A „risk-adjustment” feladatainak megoldása nem kis gondot jelent az ezen a területen nagy tapasztalatokkal rendelkező Hollandiában sem. Nem sikerült még megoldani a feladatot. Egy egyébként is forráshiányos egészségügyi rendszerben különösen nagy károkat, így jelentős ellátásbeszűkülést okozna, ha lehetőség nyílna ezeknek a potenciális előnyöknek időleges vagy állandósult realizálásához. Minden több biztosítóval rendelkező ország törekszik ezeknek a hatásoknak a kivédésére. Jelenleg nincsenek sikeresnek tekinthető alkalmazások.

8. tézis: Több biztosítós rendszer alkalmazása esetén a rendszertől nem várható a népesség egészségi állapotának javítása

A népesség egészségi állapota a jól ismert okok együttes következménye. A rendkívül rossz magyar egészségi állapotban csak egy multiszektoriális összefogás és összehangolt nemzeti program segíthet a kedvezőtlen helyzet megváltoztatásán. Amit az egészségügyi rendszer önmagában tehet az gyakorlatilag a kárelhárítás, a minimális megelőzés segítségével van. (Bizony ez sem kevés. Egy működésképtelen rendszere esetén, ha a kárelhárítási funkció nem működik, jelentős többletveszteségekkel kell számolni.) A biztosítók hatása csak ebben a körben érvényesül. Önmagában nem képes az elmúlt hosszú időszak alatt rögzült életmódbeli hibákat felszámolni. Nem képes megteremteni azt a motiváló társadalmi közeget, amely a kimoszdulást eléri, a fiatal generációk védelmét biztosítja.

9. tézis: Több biztosítós rendszer alkalmazása esetén jelentősen csökken a hozzáférés egyenlőségének esélye

A biztosítással nem rendelkezők számára ismeret, személyes aktivitás szükséges ahhoz, hogy megoldják a szociális ellátás megszerzéséhez szükséges teendőket. Ezeket támogatás nélkül gyakran nem teszi meg. Így az ellátásukban - még biztosított jogok esetén is - jelentős visszaesés keletkezik.

10. tézis: Több biztosító esetén kényszer keletkezhet arra is, hogy a jelenlegi alap biztosítás szerves részét képező szolgáltatások a kiegészítő biztosítás tárgyai legyenek.

Ennek esélye különösen a várólisták esetén magas. A jelenlegi finanszírozási rendszerben néhány kivételtől eltekintve nincs várólista. Pl. a csípőprotézisek esetén minden korlát, ellátási idő, várólista megkötés nélkül téríti a biztosító a díjakat. Esetleges várólisták csak abból keletkezhetnek, ha a szolgáltatók hoznak létre kapacitás hiányra hivatkozva hiányokat. Mint jól ismert, jelenleg Magyarországon az ellátásban inkább jelentős kapacitásfeleslegek vannak. Ha a megengedett

kiegészítő biztosítások tárgya a várólista lesz, hamarosan nem lesz Magyarországon olyan szolgáltatás, amit nem várólistás szolgáltatásként kívánnak biztosítani.

6. Az egészségügyi rendszerek hatékonysága a nemzetközi evidenciavizsgálatok eredménye szerint

Az Európai Közösség 1993-ban egy evidenciavizsgálatot végzett el a fejlett piacgazdaságú országok egészségügyi rendszerének makroszintű hatékonyság elemzésére. Azt vizsgálták, hogy milyen összefüggés mutatható ki az egészségügyi ellátás GDP-ben számított aránya, az ellátás fő mutatói, a népesség elért egészségi állapota között. Elemezték, hogy miként változik a különböző rendszerekben három fontos - a rendszer jóságát kifejező - mutató:

- az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés egyenlősége
- a makro- és mikro-szintű hatékonyság érvényesülése
- a társadalmi felelősség megvalósulása

A legfontosabb megállapítások

(1) A hozzáférés lehetősége, az egyenlőség helyzete a különböző egészségügyi rendszerekben

- Az adó-alapú rendszerekben a legkedvezőbb a hozzáférés egyenlősége. (Adó - alapú rendszerekben tekinthetők azok az egészségügyi rendszerek, amelyekben a bevétel fő forrásai az adózási rendszeren keresztül keletkeznek. A járulékok mértéke általában a jövedelmekkel arányos.)
- A szolidaritáselvű egyéb társadalombiztosítási rendszerekben a hozzáférés az előzőhöz viszonyítva kismértékben csökken.
- Az összes többi rendszerben erősen csökken a hozzáférés lehetősége, egyenlősége (több biztosítás, elsődlegesen magánbiztosítással).

(2) A társadalmi felelősség érvényesülése:

- Legkedvezőbb az adó-alapú, egy biztosítós rendszerekben. A felelősségosztás valamennyi társadalmi csoport között akadályok nélkül megvalósítható. Nem különíthetők el kedvezőbb rizikóközösségek.
- Minden más rendszerben a rizikómegosztás lehetősége limitálttá válik, mód nyílik a kedvezőbb rizikó közösségek kiválására.

(3) Makroszintű hatékonyság

- A leghatékonyabb rendszerek az adó-alapú egészségügyi rendszerek. Ezekben az országokban a társadalmi fejlettség fokát jelképező GDP nagyságához képest relatíve alacsonyabb szintű egészségügyi kiadással biztosítják az egészségügyi ellátást.

7. Nemzetközi tapasztalatok

A több biztosítós modell bevezetésének szándéka végigkísérte a rendszerváltás óta eltelt éveket. Nem csak Magyarországon, szinte valamennyi érintett közép-európai országban. Több ország ezt az utat választotta. Bevezették Csehországban, Szlovákiában. A keletnémet tartományokban a már működő rendszerhez való illeszkedés követelménye szintén ezt a megoldást kínálta. Lengyelországban spontán szerveződések kezdődtek el. Az új biztosítási törvény alapján 1999 - től terveznek nagyobb változásokat. Magyarországon az elmúlt években fel-fel támadó szándék jelent meg a több biztosítós modell mellett. Az elképzelésekre erősen hatott a közeli német példa. Sokkal enyhébben jelent meg az angol, az észak-európai makró rendszerek példájának emlegetése. A felfokozott várakozás illúziói közé tartozik az is, hogy egy ilyen rendszer - függetlenül a gazdasági fejlettség szintjétől, mint a példaként ismert országok hasonló rendszere - magasabb egészségügyi béreket fog biztosítani. Az állam, az állami szervek által diktált kényszer levetkőzésének igénye az ismert okok miatt nyilvánvalóan erőteljes. A közép-európai országokban létrehozott valóság azonban nem a megoldásokat, a megoldásokhoz vezető utak hozta.

A cseh példa

- Csehország a szétválást követően jelentős előnyökkel indult. Megnőtt az egészségügyi bevételek nagysága, mivel a szlovák ország-részre már nem kellett érvényesíteni a szolidaritási elvet. A relatíve jobb jövedelemmel rendelkező cseh társadalom ebben a tekintetben nyertese volt az ország szétválasztásának.
- Bevezették a több biztosító intézettel működő rendszert. A nagyszámú induló biztosítóhoz képest mára már kevesebb működik. A rizikó megosztási játékok kiküszöbölése érdekében a szabad biztosító választás eszközt használják. Emellett a beszedett járulékok mintegy 60 %-t újraosztják a szolidaritási elv jobb érvényesítése érdekében a biztosítók között.
- Mindez azonban nem szolgált látványos eredményekkel. A következőkben szinte csak problémákkal találkozhatunk. 1998-ban a rendszer működésének alapvonásaként azt emelték ki, hogy jelentősen növekedett a legnagyobb biztosító, a VZP (a lakosság 75 % - t tömörítő) biztosító hiánya, növekedett a kórházi várólista, újraéledt az egészségügyi szürke, fekete gazdaság, jelentősen növekedett a biztosítottak elégedetlensége.
- Gondot jelentett a finanszírozhatóság megőrzésében a szakellátásban minden ellenőrzés nélkül bevezetett tételes finanszírozás is.
- A probléma megoldására újabb szélsőséges javaslatok születnek: vagy vissza az erős központi tervezéshez, kontrollhoz (a), vagy tovább a megkezdett úton, erősen limitálni a kötelező alapszolgáltatás körét, tág teret adni a magán biztosítóknak (b).
- Meg jelent azonban - harmadik utas - elképzelésként az is, hogy talán a szolgáltatók finanszírozásában, ellátás-szervezési megoldások alkalmazásával kellene az előrelépést megtenni.

Nem csak a közép-európai minták, de a több biztosítóval, nagy tapasztalattal, ismerettel rendelkező fejlett nyugat-európai országok mintái sem kecsegtetnek reményekkel a gyors és sikeres eredmények esélye tekintetében.

A holland példa

- Hollandia az első olyan ország volt, amely megpróbálta a biztosítók esetén a felügyelt versenyt bevezetni.
- Az eredeti terv szerint meghatározták a kötelező egészségbiztosítási szolgáltatások körét. Az így működő kötelező biztosítás nagysága az egészségügyi kiadások mintegy 85 %-ra terjed ki. A kötelező biztosítási rendszer mellett lehetőség van kiegészítő biztosítások vásárlására.
- A biztosítókhoz történő bejelentkezés teljesen szabad. A páciensek két évente új biztosítót választhatnak.
- A járulék két komponensből áll: egy relatíve magas jövedelemarányos járulék részből és egy jövedelemtől független relatíve kis mértékű fix részből.
- A járulék beszedés közös alapba történik, amiből fejkvóta szerint, a bejelentkezett biztosítottak száma alapján osztják vissza a járulékot.
- A bevezetés során azonban több nem várt probléma is adódott. A megfelelő, a rizikó-szelekció hatását csökkentő fejkvóta járulék visszaosztási módszer kialakítása okozza legtöbb gondot. A „risk adjustment” megoldási problémáját jelentősen alábecsülték. Az elkezdett módszer aránytalanságokat okozott. Nem volt elég a nem, az életkor, a területi tényező figyelembe vétele. Ezért egy jobb módszer kialakításáig felfüggesztették a módszer alkalmazását. Jelenleg azt a megoldást alkalmazzák, hogy a fejkvóta alapján megkapott összeg és a tényleges kiadások közötti eltérésnek 97,5 %-t megtérítik a biztosítók részére. Mindössze az eltérés, a hiány 2,5 %-nak megoldásáért felelősek a biztosítók.

*Nem sikerült tehát eddig a nálunk sokkal jobb helyzetben lévő, nagy tapasztalatokkal rendelkező Hollandiában - a mindig mintaként fel-
emlegetett országban - a megfelelő, a rizikó játszmák hatását kivédő
fejkvóta leosztási módszert kialakítani.*

A német példa

- A német több biztosítós modell hosszú múltra tekint vissza. A sok kassza, biztosító száma az elmúlt évtizedben jelentősen csökkent. Tendencia a szolgáltatás csomag, járulékmérték egységesítése. Erős központi szabályozással harmonizálják a biztosítók működését.
- A korábbi években nem volt teljesen szabad a biztosítók közötti átjelentkezés. A biztosítók ágazatokra, régiókra, néha vállalatokra szerveződve alakultak ki. Ma már a biztosítottak mintegy 95%-ának lehetősége nyílt arra, hogy több, mint 15 nagy biztosító között szabadon válasszon.
- 1994-ben kezdték el a rizikó alapján történő járulékbévetel módosításokat annak érdekében, hogy a rosszabb rizikó-közösséggel rendelkező biztosítókat támogassák a jobb közösséggel rendelkezőkkel szemben.

A német példa alapján sok következtetés levonható. Ebből a kérdés feltevésnek megfelelően itt csak a legfontosabb kiemelésére van lehetőség. Arra érdemes választ keresnünk, hogy a rizikó probléma kezelését mennyire tartották fontosnak kezelni, és milyen sikeresen oldották meg. *Megállapítható, hogy a fejlődés során a német rendszer az egységesítés irányába lépett. Ma már megkísérelti kezelni a szolidaritási elv jobb érvényesítése érdekében a rizikó megosztás korrekciójának problémáját. Németországban sincs azonban kész az erre vonatkozó korrekt eljárás.*

8. A több biztosítós rendszer hatása az európai régióra elfogadott WHO alapelvek megvalósíthatóságára

Néhány a WHO alapelvek közül:

- A szolidaritási elv alkalmazása az egészségügyi ellátásban
- Egyenlőség és egyenlő hozzáférés esélyének biztosítása
- Az egészséges életkezdet biztosítása
- Az egészséges munkahely biztosítása
- Az egészséges életévek biztosítása minden korcsoportban
- A mentális megbetegedések gyógyításának fejlesztése
- Fertőző és nem fertőző megbetegedések, balesetek számának csökkentése

Az elemzések alapján kimondható, hogy a több biztosítóra épülő egészségügyi rendszerre való áttérés nem viszi közelebb Magyarországot a fenti alapelvek megvalósításához.

9. Európai integrációs követelmények

Az európai közösség országaiban nagyon különböző egészségügyi rendszer működik. Ma nincs olyan elvárás a tagországok felé, hogy a makro-rendszer teljesen azonos legyen. A munkaerő szabad vándorlásának biztosítása érdekében azonban nyilvánvalóan vannak egységesítési törekvések a szolgáltatásokban, a szolgáltatások színvonalában, a szolgáltatások elérésének módjában, a munkáltatók számára megjelenő költségekben. Ebből a szempontból sem túl szerencsés a jelenlegi egységes rendszert feladni, a szolgáltatásait beszűkíteni.

10. Az elsődleges hatások összefoglalása

Egy egészségügyi rendszer fejlesztésére kidolgozott javaslatok értékelését olyan szisztematikus gondolatsor alapján tehetjük meg, amelynek elemzési kérdései legalább az alábbiakat ölelik fel:

- Milyen változások várhatók a népesség egészségi állapotában
- Mennyire javítja az ellátás hatékonyságát
- Mennyire segíti a költségkontroll érvényesítésének esélyeit
- Mennyire javítja a hozzáférés esélyeit
- Hogyan hat a rendszer működőképességére
- Hogyan hat az ellátás minőségére
- Hogyan hat a rendszer szereplőinek elégedettségére
- Milyen politikai következményei várhatók

A kérdésekből már jó néhány megválaszolásra került, az alábbiak szerint:

- Ha az ellátás hatékonysága nem javul, esély keletkezik a hatékonyság romlására.
- Az egészségügyi rendszer belső költségkontrollja nem érvényesül egységes elvek alapján. A különböző biztosító különböző technikákat alkalmaznak. A költségrobbanás és a költségnövekedés robbanásának első jele lesz az állami költségvetési terhek megnövekedése.
- A rendszer működésében zavarok keletkeznek, növekszik a bizonytalanság.
- A rendszer szereplőinek elégedettségének javítására nincs esély a néhány kedvező rizikóközösséggel rendelkező biztosító intézeten kívül.
- A kedvezőtlen hatások miatt növekvő politikai feszültséggel kell számolni.

Az alábbi táblázatban minősítettük a különböző biztosítási rendszerek főbb ismereteit:

	Állami egészségügy	Egy társadalmi biztosító	Több társadalmi biztosító	Magán biztosítás
Egészségügyre fordítandó alapok elkülönülése	<i>nem megfelelő</i>	<i>megfelelő</i>	<i>megfelelő</i>	<i>megfelelő</i>
Szolidaritási elv érvényesülése	<i>megfelelő</i>	<i>megfelelő</i>	<i>sérül</i>	<i>sérül</i>
Adminisztrációs költségek a biztosító(k)nál	<i>megfelelő</i>	<i>megfelelő</i>	<i>többszörös</i>	<i>többszörös</i>
Adminisztrációs költségek a szolgáltatóknál	<i>megfelelő</i>	<i>megfelelő</i>	<i>magasabb</i>	<i>magasabb</i>
A vásárlás hatékonyságának javítása	<i>elsődleges</i>	<i>elsődleges</i>	<i>másodlagos</i>	<i>másodlagos</i>

Nem vitató, hogy hosszas vizsgálódás alapján is alig található előny a több biztosító intézettel működő modell mellett. A megvalósult rendszereknek inkább a problémái, helyenként katasztrofális gondjai ismertek. Nem ad valódi megoldást a forráshiányra. Nem ad megoldást a hatékonyabb ellátásra. Nem ad megoldást az elégedettség emelésére. Nem ad biztosítékot a jobb egészségi állapotra. Nem hoz létre olyan előnyt, amely a rendszerben dolgozók bérfeszültségét csökkentené.

Ezzel szemben látható ma néhány olyan nagyívű átalakítás lehetősége, amely ilyen mértékű társadalmi gondot, problémát előhozó, súlyos és nehezen visszafordítható változások nélkül is jelentős pozitív elmozdulást eredményezhetne, amelyek felé részben már történtek lépések, mint például:

- A fizetőképességek ösztönzése a járulékfizetésre, a járulék begyűjtési rendszer rendbetétele
- Rokkantsági rendszer felülvizsgálata
- Ellenőrzési rendszerek működtetése
- Ellátás - szervezési megoldások kidolgozása a hatékony ellátási utak mentén, a finanszírozási rendszer továbbfejlesztése
- Az amortizáció problémájának megoldása

Az ismert lehetőségek közül - a páciensek számára is pozitív következményekkel - csak a jelenlegi alapszolgáltatások körére megmaradó „egy biztosító rendszer, kiegészítő biztosításra szerveződő biztosító intézetekkel együtt” modell megőrzése, fejlesztése látszik célszerű választásnak.