

**NAGY JÚLIA**

## **A több biztosítóra épülő egészségügyi modell hatásai**

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

*A társadalom széles rétegeiben egyetértés alakult ki annak terén, hogy az egészségügyi rendszer fejlesztését az egészséges élet megőrzéséhez, védelméhez, a megromlott egészségi állapot helyreállításához, az ehhez szükséges rendelkezésre álló egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés joga alapján kell elvégezni, 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 életesélyek. Ezt a jogát az egyénnek akkor is tudnia kell érvényesítenie, ha a személyes jövedelmi helyzete nem ad módot az alapegészségügyi szükségleteivel arányos költséghozzájáruláshoz.*

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

Az egyik elképzelés az egészségügyi rendszer fejlesztésében egy olyan modellt javasol, amelyben az alapbiztosításra több biztosítóintézet is létrejöhet. A biztosítóintézetek nagyobb része társadalombiztosítás jellegű, szolidaritási elvek alapján szerveződött intézet. A rendszer meghatározott feltételek mellett befogadhatja a magánbiztosító intézeteket is. A cikknek az a célja, hogy végigelemesse 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.

*A cikk az egészségügyi ellátás sajátos piaci viszonyainak elemzésével 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 várható a szolidaritás mértékének csökkenése, a bizonytalanság, a csődhelyzet állandósulása, a rendszer drágulása, mintsem a mellette felhozott érvek teljesülése.*

## I. A jelenlegi rendszer áttekintése

*A magyar egészségügyi rendszer jelenleg számtalan problémával küzd. Néhány ezek közül:*

- 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: korlátozódott bizonyos szolgáltatások igénybevételének lehetősége (fogorvosi ellátás, gyógyszer), csökkentek az ellátás egyes minőségi paraméterei.
- Jelentősen nőttek a költségek az egészségbiztosítás egyes szolgáltatásaiban (gyógyszerfogyasztás, rokkantnyugdíjas-ellátás).
- Jelentős gondok vannak a járulékfizetésre kötelezettek fizetési hajlandóságában. Az elérhető források számottevő hiánya mellett kell biztosítani a rendszer működését.
- A strukturális problémák, a szolgáltató-finanszírozási anomáliák gátolják, hogy az ellátás a lehető leghatékonyabb legyen.
- Jelentős a feszültség és az elégedetlenség az ellátórendszerben a rendkívül alacsony bérek miatt.

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

- Az ellátó hálózat teljes.
- Az igénybevétel egyenlő lehetőségei a természetbeni egészségügyi szolgáltatásokban biztosítottak.
- 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 reálértékcsökkenést nem kísérte a szolgáltatók aktivitásának csökkenése, a páciensek visszaütasítása, várólisták nem jöttek létre.
- A biztosítási rendszer alapelemei megvalósultak. A közös kockázatkezelés 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 társadalom szinte minden szférájában feltehető, az életmódot és ezen keresztül az egészségi állapotot károsító társadalmi, szociális tényezőket kell megkeresni.

## II. A vitatott stratégia az egészségügyi rendszer fejlesztésére: a több biztosítóra épülő rendszer kialakítása

A problémák megoldására eltérő stratégiák születettek. Az egyik elképzelés lényege, hogy az egészségügyi szolgáltatások vásárlásához szükséges források összegyűjtésénél alkalmazott alapttechnikák gyökeres megváltoztatásával lehet a jelenlegi problémákon úrrá lenni, az egészségügy hatékonyságát biztosítani. A jelenlegi egybiztosítós 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 státusból 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 – többletforrásokat lehet bevonni az egészségügyi alapvető ellátások számára.
- Az alapszolgáltatás mellett megvásárolható kiegészítő biztosítások a vásárlóképességgel rendelkező lakosság teljes megelégedettségét eredményezheti.
- Az állami terhek csökkenthetők, az állami hozzájárulás limitálható, az OEP költségvetési hiánya nem terheli az állami költségvetést.

## III. A több-biztosítós modell hatásának elemzési módszere

Az elemzés során a hatások mértékének érzékeltetéséhez összehasonlításként az egybiztosítós modell következményeit vesszük figyelembe. A több-biztosítós modellnek számtalan megvalósult formája lehet. A vizsgálat elsősorban az alapszolgáltatásban is megosztott több-biztosítós rendszerre terjed ki, bár néhány ponton szükséges az 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 biztosítóintézet is vállalhatja. A biztosítási szolgáltatás nemcsak az alap-, hanem a kiegészítő szolgáltatásokra is kiterjedhet.

*A dolgozat célja a következők áttekintése és elemzése a több-biztosítós rendszer hatásainak bemutatására:*

- Mekkora az esélye a több-biztosítós rendszer felépítése mellett elhangzó érvek tényleges megvalósulásának, 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 érveket, és a bevezetés mellett döntünk?
- Milyen eredmények elérése kulcsfontosságú az egészségügyi rendszer

számára az elkövetkező időszakban? Van-e számottevő szerepe ezek megvalósításában a több-biztosítós rendszernek?

- Milyen technikai nehézségekkel, problémákkal, várható költségekkel kell szembenézni a rendszer kiépítése során?
- Milyen politikai következményekkel kell számolni?
- Mennyire van összhangban a WHO-nak az európai régió számára a 21. századra meghirdetett céljaival az, hogy több-biztosítós rendszert tervezünk?
- Mennyire szolgálja a több-biztosítós modell európai integrációs céljainkat?

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

(1) Az OEP monopolisztikus helyzete a szolidaritási elv biztosításában, az egészségügyi szolgáltatások vásárlásában, az ellátás hatékonyságának megvalósítására irányuló törekvésben nem okoz hátrányt.

(2) 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 megvalósításának letéteményesei, mivel náluk állnak rendelkezésre a legteljesebben az ehhez szükséges orvostechnológiai ismeretek. Emellett a szolgáltatóknál jön létre a páciensekkel az a közvetlen kontaktus, amelyben az ismereteket végül is alkalmazni kell. A biztosítók közötti verseny elsődlegesen a minél kedvezőbb rizikóközösség 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.

(3) A lakossági egyéni felelősség megjelenítési lehetősége az egészségügyi ellátásban rendkívül korlátozott.

(4) A biztosítók közötti verseny rendkívül károsan hat mind az elfogadott szolidaritisztikus elvek megvalósulása, mind az egészségügyi rendszertől elvárt megbízhatóság, a páciensvédelem 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 biztosítócsőd következményeinek felszámolását valamilyen forrásból biztosítani kell. Így nem pluszforrások bevonását, hanem pluszköltségek kiadását eredményezi. A rendszer bizonytalansága a páciensek és a szolgáltatók elégedetlenségét egyaránt növeli.

(5) Az állami felelősség nem hárítható el jelentős politikai kockázatok nélkül. A várható zavarok megoldásáról az államnak kell gondoskodnia. Az a teher, amitől ma megszabadulni igyekszik, sokszoros nagysággal köszönhet vissza.

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

#### IV. Alapvető tézisek és bizonyítások a több-biztosítós rendszer érveivel szemben, az egy biztosítóintézetre 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 rendszerelémei 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 allokálják a rendelkezésre álló erőforrásokat.

<i>Kereslet</i>		<i>Kínálat</i>
Bevétel-összegyűjtés	Erőforrás-allokáció a feladatokra – egészségügyi szolgáltatók finanszírozása	Szolgáltatások
Adóalapú rendszerek	Globális költségvetés meghatározása az egyes szolgáltatókra, bizonyos időszakokra	Kórházi ellátás Járóbeteg-szakellátás
Társadalombiztosítási rendszerek • Egy biztosító • Több biztosító	Szerződéskötési rendszer (feladatösszetételre, nagyságra és a feladat teljesítése esetén járó finanszírozási összeg meghatározásával)	Háziorvosi szolgálat stb. Kézpénzfizetési szolgáltatások
Magánbiztosítási rendszerek	Előre meghirdetett vagy utólagosan meghatározott díjak szerint a teljesítmény alapján működő finanszírozási rendszerek	
Kézpénzfizetési rendszerek		

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 módszerei 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 terheket szétosztani, teríteni a különböző társadalmi csoportok között, azaz hogy mennyire érvényesíthető a szolidaritás 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 hatása, kölcsönhatása van jelen: a biztosítás piaca, az egészségügyi szolgáltatások piaca és az erőforrás-vásárlás piaca.

Az egészségügyi rendszer két eredeti szereplője a páciens és a szolgáltató. Ebbe a kapcsolatba lép be a rizikómegosztás miatt harmadik szereplőként az aktuális fizető szerepét felvállaló biztosító. Ez az intézet lehet az állami egészségügyi rendszer finanszírozó szervezete, egy biztosítóintézet vagy több biztosítóintézet. 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 azonos rizikó szerint szelektált kockázatközösségen belül. Az ilyen elven működő biztosítások üzleti elvű biztosítási rendszerek. Az elsődleges cél a kockázat időbeni megosztása a kockázatközösséget vállalók között. Az egészségügyi rendszerekben az ilyen típusú biztosítás alkalmazása korlátozott, leginkább a kiegészítő biztosításokban (pl. életbiztosításokban) jelenik meg. Az egyik mintaország az üzleti jellegű biztosítás terén az USA, ahol nagy arányban alkalmazzák ezt az elvet az alapegészségügyi 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 mértékű előtakarékoskodással felkészülni.

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 rizikó megosztásán fog kiteljesedni. Ez a verseny a „kockázatminimalizálás – bevétel-maximalizálás – kiadásmminimalizálás” típusú játszmák körébe tartozik. Az ezen a területen érvényesülő verseny mindaddig folytatódik, amíg fennáll az esélye egy jobb rizikóközösség megszerzésének, akár a piaci érdekeltségek újrafelosztása által. A verseny gyakorlatilag állandóan fennáll.*

*A szolidaritási elvek maximális érvényesítése 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 alaphoz fejkvóta (esetenként, korcsoportonként módosított fejkvóta) alapján a bejelentkezések arányában részesednek a biztosítóintézetek. 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 helyzetben 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, ha különböző mértékben is, 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.
- Az ágazati alapon szervezett biztosítóknál megmutatkozik az ágazatok átlagjövedelmének eltéréseiből eredő hatás.
- Versengő biztosítók esetén nem nagyon lehet kivédeni a választások irányítására irányuló törekvéseket.

A szolidaritási elv sérülésének mértékével arányosan általában más, pótlólagos forrásokból végül mégiscsak biztosítani kell a kedvezőtlenebb kockázati közösségek egészségügyi ellátását.

*A kedvező szelekció elérésének eszközei:*

*Indirekt eszközök, például:*

- 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 például (ezek megakadályozására jó néhány országban komplex és bonyolult szabályozási rendszereket léptettek életbe):*

- Meghatározott – várhatóan jobb rizikóval rendelkező – közösség szerveződése egy biztosítóba.
- A szabad bejelentkezés megakadályozása.

### *Verseny a hatékonyabb vásárlásban – másodlagos verseny*

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

A hagyományos piac adásvételi 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 adásvételi 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 a hátfájás panaszát orvosló 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 szükséglete.

(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 jelenhetnek meg:*

- A potenciális, megvásárolható szolgáltatási kör meghatározása, a szolgáltatásegységek 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 végzi. 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 szolgáltatásfinanszírozási rendszert.*

*• A célszerű, megfelelő szolgáltatásfinanszírozási 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 hátráltatja az ellátók közötti megfelelő versenyt. Elsősorban akkor, ha többféle szolgáltató finanszírozási rendszer is működik.* Ha több biztosító van és többféle motivációs rendszert alkalmazhatnak, vajon elképzelhető-e, hogy ugyanazon szolgáltató tízféleképpen 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 erőforrás-allokáció megvalósítása, a közvetlen szolgáltatóknak a megfelelő minőségre irányított versenye segíthet. A többféle rendszer egymás mellett élése inkább rontja a különböző forrásallokációk 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 élet, a tudás megszerzését, az általános jólétet segítő életkörülmények alakításához, védelméhez. Az állam felelőssége nem elhárítható az élet alapértékei: az egészség, a tudás, a biztonság tekintetében. Ez a felelősség azonban nem azt jelenti, hogy minden szolgáltatást közvetlenül az állam gyakorol. Azt

viszont mindenképpen jelenti, hogy egy olyan szabályozási keretet kell létrehozni, amelyben minden alapszereplő 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 kockázatközösséget 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 versenyzetetésével érik el a hatékonyabb oktatást.)*

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

Az egészségügyi rendszerben az állami rendszer monopolisztikus volta valójában azáltal már megszűnt, hogy az ellátást végző, a szabályozó és pénzalapkezelő funkciókat és szervezeteket egymástól elkülönítették. A társadalombiztosítás jól ismert zavarai, pénzkezelési problémái inkább eredeztethetők a társadalmi kontroll és számonkérés hiányából, mintsem a monopolisztikusnak tekintett helyzetből. Meglehet, több biztosító esetén hasonló probléma jelentkezik majd, 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 versenyztetésével érhető el. A biztosítók versenyében nem élvez prioritást az ellátás-hatékonysági verseny. A biztosítók piacán a kedvezőbb rizikóközösség 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 rizikóversenyben, 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 szolgáltatói felelősségét megjeleníteni képes felelősséggelví, managed care technikák alkalmazásával.*

*Tekintsük át röviden az egészségügyi ellátás piacát.*

A hatékony egészségügyi rendszer kialakításának feltétele a megfelelően 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 stukturára 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 megkapnia, mivel ez az a tevékenység, amely a hatékony egészségügyi ellátás kulcsa. A szolgáltatók közötti versenyt meghatározza, hogy milyen módon kerül sor a teljesítmények értékelésére, az erőforrások szétosztására.*

Növelni kell a költséghatékony 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.

*A „teljesítményorientált” finanszírozási rendszerek alkalmazása esetén az egészségügyben sincs alapvető probléma abban, hogy érvényesüljön egy adott szolgáltatás, illetve 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 költségcsökkentési kényszer következtében 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 felelősséggelvível 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 nemcsak a saját tevékenységére kap finanszírozási keretet, hanem ennél szélesebb ellátási folyamatra, a saját ellátási kompetenciáját meghaladó, de az ellátásszervezői kompetenciáján belül lévő feladatokra is. Ebből a keretösszegeből fizeti ki az ellátásban részt vevő 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 ellátásszervezést. A tapasztalatok is bizonyítják, hogy ezek hatékonysága annál kedvezőbb, minél inkább a valóságos orvosi ellátásszervezetek közelében jönnek létre. 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 vállalják fel az ellátási és biztosítási feladatokat. A páciens szintjén hatékony 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, ahol nincs arányban az egyéni gondoskodás lehetőségével.*

*Az információs, költség–hasznosság aszimmetria a szolgáltatás igénybevételeiben jelentős piaci aszimmetriát hoz létre a vásárlóval szemben az eladó javára.*

*Információs aszimmetria:* Az egyenrangú piaci szereplőket jellemző kapcsolat egyáltalán nem vagy alig jellemző az egészségügyi javak vásárlása során. Az ellátás igénybevételeiben az ellátó megválasztása és elutasításának lehetősége már viszonylag széles körben biztosított a társadalombiztosítási rendszerekben is. Ezt követően azonban ritka, 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 a lehetőség 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 mobiltelefon 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 árcsökkenést erősíti a közönséges javak piacán az is, hogy a termékek jelentős részénél

a kereslet az árat tekintve rugalmas, azaz csökkenő árak mellett a kereslet emelkedése jellemző. Más folyamatok jellemzőek az egészségügyi szolgáltatások esetén (mint pl. a kevésbé és árban másként rugalmas kereslet, a szolgáltatók szabad beáramlásának korlátai). Az egészségügyi szolgáltatások esetén jelentős problémát okozna az is, ha az árat alapvetően a hasznosság értéke szerint határoznák meg. 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 áll fenn 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 értékét” is megfizettetnék.

*Piaci aszimmetria:* Az információs aszimmetria és a költség–hasznossági aszimmetria együttesen piaci aszimmetriát eredményez. A hagyományos fogyasztási javak piacán fennálló, relatíve egyensúlyban lévő, piaci vásárló–vevő kapcsolat helyett egy olyan típusú kapcsolat válik dominánssá, amelyben a vásárló kiszolgáltatottsága az eladó javára tartósan rögzül. Ez a kiszolgáltatottság erősödik azáltal is, hogy a vásárlás létrejötte a vevő részére „életfontosságú”, a szolgáltatáshoz egy behatárolható időszakon 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 hibás fogyasztói ellátássorozat 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.

### *Az egészségügyi szolgáltatások „piacán” megvalósuló kapcsolatok*

*A páciens–szolgáltató kapcsolat:* A kapcsolatban a betegségek megelőzését, gyógyítását, rehabilitációját biztosító egészségügyi szolgáltatásokat nyújtják. 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.

*A szolgáltató–fizető (biztosító) kapcsolat:* A páciensek által igénybe vett

szolgáltatások után a biztosító fizet. A fizetés szabályai a teljesítményértékelési módszerektől függenek.

### *A páciensérdekek védelmének biztosítása – a 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 aktivitásorientált teljesítménymérési rendszerekben szükségszerűen fellépő teljesítménynövelési és teljesítménydokumentálási érdekeltséggel szemben a biztosító és végső soron ismét a páciens érdekeinek prioritásához olyan kontrollt kell kialakítani, 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, ahogy azt a tényleges egészségügyi állapot megkívánja. A vásárló az információs aszimmetria következtében nem azt vásárolja, 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 lehetőségei az egészségügyi ellátásban rendkívül korlátozott.*

*Az igénybevétellel jelentkező várható pénzügyi teher nagy, az egyéni gondoskodás lehetősége korlátozott.* A páciensek megbetegedésében számos véletlenszerű elem működik. A betegségek nagy részének várható mértéke országos szinten megjósolható. Az egyes személyekre vonatkozóan azonban előre biztosan nem mondható meg, hogy mikor, milyen betegségben fognak szenvedni, milyen igényük keletkezik az egészségügyi szolgáltatásokra. Lehet, hogy a bekövetkező betegség költsége több millió forintot tesz ki, de az is lehet, hogy mindössze néhány 10 000 Ft nagyságú lesz. Több millió forint kifizetésére az emberek nagy része nyilván nem készülhet fel. Ez a probléma nemcsak 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 állapotért a felvállalt egyéni életmódból következően ettől a ténytől 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 független hatás működött, amely a

népesség káros életmódjának tartós fennállásához, az egészségi állapot drasztikus romlásához, a nyugat-európai tendenciáktól eltérő mozgásához 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 szolidarisztikus elvek megvalósulására, mind az egészségügyi rendszertől elvárt megbízhatóságra, a páciensvédelem 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 valamilyen forrásból biztosítani kell. Így nem pluszforrások bevonását, hanem pluszkiadások kiadását eredményezi. A rendszer bizonytalansága a páciensek és a szolgáltatók elégedetlenségét egyaránt növeli.*

Miközben a több-biztosítós rendszer hatékonyabb ellátást és nagyobb biztonszágot ígér, igen nehezen kivédhető piaci csődhelyzet kialakulásának lehetőségét hordozza magában. Ez a lehetőség sajnos nagyon sok országban gyakorlattá is vált. Gyakori, hogy biztosítóintézetek 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 nemcsak a biztosítók, hanem a biztosítottak oldalán is megjelenik. Nézzük tehát az alapvető hatásokat egy gyengén szabályozott biztosítási piacon:

- *A páciensek szelekciójának, a biztosító kiválasztásának, cseréjének hatása*

Tegyük fel, hogy a több-biztosítós rendszerben meghirdették a biztosítási járulék nagyságát és elindul a bejelentkezés. A biztosítási díjat mindig előre hirdetik meg, hiszen ez a páciensek racionális választásának alapja. A feltételek közzé tartozhat az is, hogy a járulék mértéke induláskor azonos. Megtörténik a tömeges bejelentkezés. A biztosító nem tudja biztosan, hogy milyen páciensek fogják választani. Ha a választás során túl sok olyan páciens jelentkezik be, akinek rossz rizikókilátásai vannak, kialakulhat az a helyzet, hogy a tényleges átlagos rizikó meghaladja a remélt szintet. A biztosító a járulékok emelésére kényszerülhet. Tételezzünk fel a páciensek részéről teljesen racionális viselkedést. *Az egészséges páciensek rádöbbenhetnek, hogy rosszul választottak, és kezdik elhagyni a biztosítót. Keresnek egy olyan biztosítót, ahol alacsonyabb a járulékkulcs. Mindig azok lépnek először, akiket egy adott rizikóközösség vállalása kedvezőtlenül érint. Ez indítja be a folyamatot.* Ennek hatására a rizikóközösség még rosszabb összetételűvé válik, ezért a járulékkulcs ismét emelkedik, a biztosítottak rizikóösszetétele még inkább romlik. Az eredmény az lesz, hogy a jó rizikóval rendelkezők összegyűlhetnek bizonyos biztosítóknál. A rossz rizikóval rendelkező páciensek biztosítóintézetei pénzügyi csődbe kerülnek, az ellátásuk visszaszáll a megmaradt szociális biztosítóra. S miközben a rossz rizikó-pool-lal rendelkező biztosító a járulék emelésére kényszerül, egyáltalán nem képes javítani az

általa biztosított szolgáltatások körén és minőségén. Így nyilvánvalóan egyre kevesebben választják. Eközben a jobb rizikó-pool-lal rendelkező biztosító a járulékot csökkenti, jobb szolgáltatásokat tud biztosítani, vagy lehetősége nyílik a megszerzett előnyök kiaknázására. Biztos eredmény tehát a biztosítóintézetek egy részének tönkremenetele.

*A kérdés az, hogy vajon milyen hatás érvényesül akkor, ha fejkvóta-rendszer működik, s az alapszolgáltatások köre azonos. Az a rizikóközösség, amely nagy arányban tartalmaz kedvezőtlen kilátású pácienseket, kedvezőtlenebb módon tudja kielégíteni a bejelentkezett páciensek igényeit, pl. a minőség terén. 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 rizikóközösséget 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 jövedelműek. Az aktív, magasabb jövedelmű páciensek viszonylag szűk rétegének biztosítását végzik a szociális ellátási kötelezettséggel nem rendelkező, többi intézetek.)*

• *A biztosítók szelekciójának hatása*

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

*Korlátozások a bejelentkezésben: bizonyos előfeltételeknek nem megfelelő páciensek nem jelentkezhetnek be a biztosítóhoz, előzetes orvosi vizsgálatot igényelnek, a várható rizikóhoz kapcsolódó pluszdíjat kérnek.*

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

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

A több-biztosítós rendszerekben igen bonyolult és alapos szabályozási rendszereket működtetnek annak érdekében, hogy kikapcsolják a rizikószelekcióra irányuló versenyt (lényegében a biztosítási piac természetes piacát) és a versenyt a hatékonyabb vásárlói szerep betöltésére (a másodlagos piacra) helyezték át. (Csak emlékeztetésként: az 1. tézis vizsgálata során éppen azt a tényt mutattuk be, 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 biztosítóintézetek számára. A biztosítók bármilyen megkötése 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 pácienseknek a biztosítóintézetek közötti be- és kijelentkezését. Bármilyen megkötés a kedvezőbb rizikószelekció elérését támogató eszköz. (Még marad 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 lennie, különben nem lesznek tájékozottak, nem tudnak megfelelően, racionálisan dönteni. Ha verseny mindenben (szolgáltatáscsomag, járulék mértéke) lehet, akkor a páciensek az ismeretek hiánya miatt nem tudják könnyen mérlegelni 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 jelen.

- Itt 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 pluszjárulékot. *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 jelentkezik a biztosítási piacnak az előzőekben kifejtett csődhelyzete.

- Ha megengedett a kiegészítő biztosítás, ez egyfajta formája lehet a kedvező rizikószelekciónak.

- Biztosítani kell a páciensek szabad és teljes informálását az egyes biztosítók eredményéről. Ha a páciensek nem képesek racionális piaci döntéseket hozni a biztosítók közötti választásban, az információ hiánya vagy a minősítés bonyolultsága miatt, akkor mindaz a hatékonyság, amit egyáltalán remélni lehetett a biztosítók között, a versenytől nem valósulhat meg.

- Nagy veszélyt jelent az is, hogy tömegesen fognak feltűnni a remélt jelentős előnyök miatt az új biztosítóintézetek. Ezért kellő alapossággal és gondossággal kell eljárni, jogi, pénzügyi biztosítékot kérni ahhoz, hogy csak a hosszabb távon is működőképes szervezetek léphessenek be erre a piacra. Ezt 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. Figyelmeztetik a nem megfelelően mű-

ködő biztosítókat, esetenként azok tevékenységét felfüggeszthetik, kezdeményezhetik a felszámolást.

- Az eddigi elképzelésekben domináns volt a nonprofitműködés elvárása. Ebben az esetben nem kevés feladat jelentkezik a valóságos nonprofitműködés garanciáinak megteremtésében.

- Különböző szabályokkal azt is garantálni kell, hogy a bejelentkezés megtagadásában semmilyen formában ne érvényesüljön negatív szelekció.

- A rendszert a verseny miatt hozzák létre. Külön szabályokkal kell megakadályozni, hogy a biztosítók közötti megállapodásokkal ne alakulhassanak ki kartellhatások.

*Megállapítható tehát, hogy igen bonyolult jogi szabályozásnak kellene ahhoz érvényesülnie, 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 kiküszöbölhetővé vált, csupán az jelenthető ki, hogy a várható negatív hatások nagysága csökkent.*

*5. tézis: Az állami felelősség nem hárítható el jelentős politikai kockázatok nélkül. A várható zavarok megoldásáról az államnak kell gondoskodnia. Az a teher, amitől ma megszabadulni igyekeznek, a sokszorosára növekedhet.*

#### *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 felvállalniuk és kezelniük azt a problémát, amit azok a sürgősségi ellátások jelentenek, amelyeknél a biztosítás hiánya miatt megtagadott ellátás végzetes kimenetelű lehet (pl. hajléktalanok, munkanélküli ellátásból kiesettek). 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 fedezni. 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 kellenek, 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 meg-

kapja a bevételét. A nem fizetők, a bejelentkezéssel nem rendelkezők után senki nem kap elsődleges járulékbévételt. Várható, hogy valamilyen számban, összegen a szociális feladatokra kijelölt biztosítóintézetnél, a részükre elvégzett egészségügyi szolgáltatások után térítési igény lép fel. Ezt pedig valamilyen más forrásból téríteni kell, mivel közben a korábbi – erre szolgáló – pénzt már szétosztották 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 kell venni. A bejelentkezés regisztrálásakor nehezen becsülhető a bejelentkezés hiánya, a járulékfizetés elmaradásának oka stb. De ha ez a probléma megoldódna, még akkor sincs minden a helyén.

*(2) A csődhelyzetbe került biztosítók pácienseinek ellátását a szociális biztosítóknál kell garantálni. 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 vállalnia kell. A biztosítók csődjének következményei nem terhelhetők át a szolgáltatókra. Ismét felmerül az állami költségvetés felelőssége.*

#### *5.2. A több-biztosítós rendszer bevezetésének kockázata rendkívül nagy.*

- Az egészségügyi rendszer működésének minősége a társadalmi megelégedettségnek mindenkor jelentős mértékben meghatározó faktora. Az állandóan működési zavarokkal küzdő rendszer, amelynek a hatása naponta válik nyilvánvalóvá páciensek milliói számára egy olyan alapvető érték biztosításában, mint az egészség, nehezen feloldható, belső feszültséget fog létrehozni. Azok száma, akiknek a rendszer előnyöket hoz, minimális azokhoz képest, akiknél visszaesést okoz. A pácienseknek a megelégedettséggel a jobb, hatékonyabb ellátást ígérő változással szemben bizonytalanságot, az ellátás szűkülését kell tapasztalniuk.

- 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 csődje az állami költségvetés terheként jelennek meg, így növekedhet az állami költségvetés bizonytalansága.

- Az egészségügyi rendszer bizonytalansága növekszik azáltal, hogy a fizető vásárló, a biztosító helyzete ingatag. A biztosítók csődje – ha átmeneti időszakra is – fizetésképtelenség esetén pénzügyi zavart jelez a szolgáltatóknak. Rendkívül nagy politikai nyomást jelenthet a kormányzat számára, hogy miképp legyen úrrá ezen a helyzeten. Van arra esély, hogy a jövőben nemcsak bankkonszolidációs kormányzati programjaink lesznek, hanem biztosítókonszolidációs programok is.

- Az elégedetlenség szintje növekszik. Ma is rendkívüli nagy problémát

jelent, hogy minden résztvevő elégedetlen. A több-biztosítós 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 meg fogják találni annak a módját és technikáját, hogy ezt kivigyék 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 egészségügyi alapszolgáltatások 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 mozgáster a technikai lehetőségek korlátozottsága miatt a hiba kiküszöbölésében rendkívül korlátozott lesz.

## V. Amiről a több biztosító mellett szóló érvelések nem szólnak – néhány egyéb tézis és érv a több biztosítórendszer ellen

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

Az egészségügyre fordított kiadások jelenleg rendkívül alacsonyak. A költségek nagysága alig haladja meg a 300 dollár/fő összeget. Ha ebből az összegből fizetik ki a mainál jelentősen magasabb adminisztrációs költséget, az ellátásra fordítható költségeket kell csökkenteni. Ez az ellátás hatékonyságának javítását nem szolgálja. Így ez a tény egészen biztosan nem fog olyan megtakarításokat eredményezni, amelyek a növekvő adminisztrációs terheket kompenzálnák. Az adminisztrációs terhek két ágon növekedhetnek:

### *(a) Önálló járulékszedési 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 végzik el ezt a feladatot, akkor nem szükségszerűen következik be jelentős adminisztrációs 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.

### *(b) Önálló menedzsment és ügyfélszolgálat kialakítása.*

*A felső szintű menedzsment 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 több biztosító esetén is megmarad.*

*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 az lehet, hogy a magasabb jövedelem magasabb járulékbévételt hozhat. Megindulhat a válogatás a jobb jövedelmi helyzettel rendelkező biztosítottakért. Ezt a szelekciós lehetőséget felismerve, a szolidarisztikus elveket valló országokban bevezettek olyan rendszereket, amelyekben a biztosítóintézetek számára a járulékgyűjtés egységes elvek alapján, rendszerben történik. A központilag összegyűjtött járulékot egységes módszerrel, nagyság szerint, a bejelentkezett páciensek száma, életkora, neme stb. alapján, fejkvóta jelleggel osztják vissza. Ezzel a módszerrel azt próbálják kivédeni, hogy a magasabb jövedelmű páciensek összegyűjtésével, a jövedelemarányosan számított járulékokkal ne lehessen a bevételeket koncentrálni.

A magasabb jövedelemmel rendelkezők nemcsak magasabb járulékot kapesek fizetni, hanem hosszabb távon alacsonyabb az igénybevételi mutatójuk. Legalábbis ezt igazolja az erre irányuló összes külföldi elemzés. Ma Magyarországon nincsenek olyan elemzések, sőt nincsenek olyan adatok, amelyek erre a fontos összefüggésre vonatkozóan a számításokhoz szükséges információkat biztosítani tudnák. Így tehát a ma végzett és a holnap végzendő számításokban mindez nem is vehető figyelembe. Ma még nincs olyan adat, amely egy személy minden létező igénybevételét összegyűjtené és ezt a kapcsolatot 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 és csatorna 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: A több-biztosítós rendszer alkalmazása során 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 hozhat változást. Amit az egészségügyi rendszer önmagában tehet, az gyakorlatilag a kárelhárítás, a minimális megelőzés megsegítése. (Bizony ez sem kevés. Egy működésképtelen rendszer esetén, ha a kárelhárítási funkció nem működik, jelentős többletvesztésekkel 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 kimozdulást eléri, a fiatal generációk védelmét biztosítja.

9. tézis: A 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 teszik meg. Így az ellátásukban – még a biztosított jogok esetén is – jelentős visszaesés keletkezik.

10. tézis: Több biztosító esetén a helyzet azt is kikényszerítheti, hogy a jelenlegi alpbiztosítás 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. Például a csipőprotézisek esetén minden korlát, ellátási idő, várólistás megkötés nélkül téríti a biztosító a díjakat. Esetleges várólisták csak abból keletkezhetnek, ha kapacitáshiányra hivatkozva a szolgáltatók okoznak 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.

## VI. Az egészségügyi rendszerek hatékonysága nemzetközi evidenciavizsgálatok eredménye szerint (Richard Saltman előadása alapján: Innováció az egészségügyben, 1999. január 12.)

Az Európai Közösség 1993-ban egy evidenciavizsgálatot végzett el a fejlett piacgazdaságú országok egészségügyi rendszerének makroszintű hatékonysága 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 mikroszintű hatékonyság érvényesülése,
- a társadalmi felelősség megvalósulása.

A legfontosabb megállapítások:

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

• Az adóalapú rendszerekben a legkedvezőbb a hozzáférés egyenlősége. (Adóalapú rendszereknek tekinthetők azok az egészségügyi rendszerek, amelyekben a bevétel fő forrásai az adózási rendszeren keresztül keletkeznek. A járulékok mértéke általában arányos a jövedelmekkel.)

- 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 adóalapú, egybiztosítós rendszerekben. A felelősség szétosztása valamennyi társadalmi csoport között akadályok nélkül megvalósítható. Nem különíthetők el kedvezőbb rizikóközösségek.
- A rizikómegosztás (cross-subsidy) lehetősége minden más rendszerben limitálttá válik, mód nyílik a kedvezőbb rizikóközösségek kiválására.

(3) *Makroszintű hatékonyság:*

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

## VII. Nemzetközi tapasztalatok

A több-biztosítós modell bevezetésének szándéka végigkísérte a rendszer-váltás 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 újra és újra megjelentek a több-biztosítós modell melletti érvelések. Az elképzelésekre erősen hatott a közeli német példa. Sokkal enyhébben jelent meg az angol, az észak-európai makrorendszerek 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 a valóság azonban nem a megoldásokat, a megoldásokhoz vezető utakat hozta.

*A cseh példa (Pavel Veprek: Lessons from Czech Health Care Reform, Egészségügyi Reform Konferencia, Visegrád, 1998. október 16–17.):*

- Csehország a szétválást követően jelentős előnyökkel indult. Megnőtt az egészségügyi bevételek nagysága, mivel a szlovák országrészre már nem kellett érvényesíteni a szolidaritási elvet. A relatíve jobb jövedelemmel rendelkező cseh társadalom ebben a tekintetben nyertese volt az ország szétválásának.

- Bevezették a több biztosítóintézettel működő rendszert. A sok induló

biztosítóhoz képest mára már kevesebb működik. A rizikómegosztási játékok kiküszöbölése érdekében a szabad biztosítóválasztás eszközt használják. Emellett a szolidaritási elv jobb érvényesítése érdekében a beszedett járulékok mintegy 60 százalékát újraosztják 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 százalékát tömörítő) biztosító hiánya, növekedett a kórházi várólista, újraéledt az egészségügyi szürke, fekete gazdaság, jelentősen növekedett a biztosítottak elégedetlensége.

- Gondot okozott 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 alapt biztosítás körét, tág teret adni a magánbiztosítóknak (b).

- Megjelent azonban (harmadikutas) elképzelésként az is, hogy talán a szolgáltatók finanszírozásában, ellátásszervezési megoldások alkalmazásával kellene az előrelépést megtenni.

*Nemcsak 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 terén.*

*A holland példa (Melitta Jakab, Armin Fidler: Health Reform Options For Hungary, Egészségügyi Reform Konferencia, Visegrád, 1998. október 16–17.):*

- Hollandia az első olyan ország volt, amely megpróbálta bevezetni a biztosítók esetén a felügyelt versenyt.

- Az eredeti terv szerint meghatározták a kötelező egészségbiztosítási szolgáltatások körét. Az így működő kötelező biztosítás nagysága az egészségügyi kiadások mintegy 85 százalékára terjed ki. A kötelező biztosítási rendszer mellett lehetőség van kiegészítő biztosítások vásárlására.

- A bejelentkezés a biztosítókhoz teljesen szabad. A páciensek két évente új biztosítót választhatnak.

- A járulék két komponensből áll: egy relatíve magas jövedelemarányos járulékrészből és egy jövedelemtől független relatíve kismértékű fix részből.

- A járulékot közös alapba irányítják, 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 rizikószelekció hatását csökkentő fejkvótajárulék visszaosztási módszerének kialakítása okozza a legtöbb gondot. A „risk-adjustment” megoldási problémáját jelentősen alábecsülték. Az elkezdett módszer aránytalanságokat okozott. Nem volt elég a nemet, az életkort, a területi tényezőt figyelembe venni. 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 százalékát

megtérítik a biztosítók részére. Mindössze az eltérés, a hiány 2,5 százaléka-nak megoldásáért felelősek a biztosítók.

*Eddig tehát nem sikerült a nálunk sokkal jobb helyzetben lévő, nagy tapasztalatokkal rendelkező Hollandiában – a mindig mintaként felemlgetett országban – a megfelelő, a rizikójátszmák hatását kivédő fejkvóta-leosztási módszert kialakítani.*

*A német példa* (WHO Európai szervezetének kiadványa: European Health Care Reform Analyses of Current Strategies):

- A német több-biztosítós modell hosszú múltra tekint vissza. A sok kassza, biztosító száma az elmúlt évtizedben jelentősen csökkent. Tendencia a szolgáltatáscsomag, a járulék mértékének 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 százalékának lehetősége nyílt arra, hogy több mint 15 nagy biztosító között szabadon válasszon.

- 1994-ben kezdték el a rizikó alapján meghatározott járulékbévetel-módosításokat annak érdekében, hogy a rosszabb rizikóközösséggel rendelkező biztosítókat támogassák a jobb közösséggel rendelkezőkkel szemben.

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

### **VIII. A több-biztosítós rendszer hatása a WHO-nak a 21. századra, az európai régióra elfogadott alapelvei megvalósíthatóságára**

Néhány a WHO alapelvek közül:

- A szolidaritási elv alkalmazása az egészségügyi ellátásban.
- Az 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-biztosítós egészségügyi rendszerre való áttérés nem viszi közelebb Magyarországot a fenti alapelvek megvalósításához.

## IX. Európai integrációs követelmények

Az európai közösség országaiban eltérő egészségügyi rendszerek működnek. Ma nincs olyan elvárás a tagországokkal szemben, hogy a makrorendszer 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 költségében. Ebből a szempontból sem túl szerencsés a jelenlegi egységes rendszert feladni, a szolgáltatásait beszűkíteni.

## X. Az elsődleges hatások összefoglalása

*Egy egészségügyi rendszer fejlesztésére kidolgozott javaslatok értékelését egy 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 ellátás hatékonysága nem javul, megnő a hatékonyság romlásának esélye.

• Az egészségügyi rendszer belső költségkontrollja nem érvényesül egységes elvek alapján. A különböző biztosítók különböző technikákat alkalmaznak. A költségrobbanás és a költségnövekedés robbanásának első jele az állami költségvetési terhek megnövekedése lesz.

• A rendszer működésében zavarok keletkeznek, növekszik a bizonytalanság.

• A rendszerben szereplők elégedettségének javítására nincs esély, a néhány kedvező rizikóközösséggel rendelkező biztosítóintézetten kívül.

• A kedvezőtlen hatások miatt növekvő politikai feszültséggel kell számolni.

	Állami egészségügy	Egy társadalmi biztosító	Több társadalmi biztosító	Magán- biztosítás
Az egészségügyre fordítandó alapok elkülönülése	<i>nem megfelelő</i>	<i>megfelelő</i>	<i>megfelelő</i>	<i>megfelelő</i>
A szolidaritási elv érvényesülése	<i>megfelelő</i>	<i>megfelelő</i>	<i>sérül</i>	<i>sérül</i>
Az adminisztráció költsége a biztosító(k)nál	<i>megfelelő</i>	<i>megfelelő</i>	<i>többszörös</i>	<i>többszörös</i>
Az adminisztráció költsége 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 vitatható, hogy hosszas vizsgálódás alapján is alig mutatható ki előny a több biztosítóintézzettel működő modellben. A megvalósult rendszereknek inkább a problémái, helyenként katasztrófális gondjai ismertek. Nem adnak valódi megoldást a forráshiányra, a hatékonyabb ellátásra, az elégedettség növelésére. Nem adnak biztosítékot a jobb egészségi állapotra. Nem nyújtanak olyan előnyt, amely a rendszerben dolgozók bérfeszültségét csökkentené. Ezzel szemben lehetőség van ma néhány olyan nagy ívű átalakításra, amely ilyen mértékű társadalmi gondot, problémát okozó, súlyos és nehezen visszafordítható változások nélkül is jelentős pozitív elmozdulást eredményezhetne, s amely felé részben már történtek lépések:*

- *A fizetőképesek pressziója a járulékfizetésre, a járulékbegyűjtési rendszer rendbetétele.*
- *Rokkantnyugdíj-rendszer felülvizsgálata.*
- *Ellenőrzési rendszerek működtetése.*
- *Ellátásszervezési 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-biztosítós rendszer, kiegészítő biztosításra szerveződő biztosítóintézetekkel együtt” modell megőrzése, fejlesztése látszik célszerű választásnak.*