

## Egészségügyi reform és korszerű egészségpolitika

*Reflexiók az Egészségbiztosítási Reform 2007-2009 című konferencia előadásai kapcsán*

Dr. Gaál Péter, Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ

Nagyon érdekes konferenciának lehettünk résztvevői 2007. január 25-26-án, amelyet az Egészségügyi Minisztérium az egészségbiztosítás reformjának témakörében szervezett neves hazai és külföldi előadók meghívásával. A rendezvényen színes, tartalmas és nem utolsó sorban vitára érdemes előadások hangzottak el, amelyek ugyan az esetek többségében nem támasztották alá a konferencia háttéranyagaként rendelkezésre bocsátott tanulmányok megállapításait a versengő biztosítói modell magyarországi bevezetésének szükségességéről. Az érvek „élesben” történő ütközését lehetővé tevő vitára azonban nem volt lehetőség. Sajnálatos ez elsősorban azért, mert így a konferencia megmaradt abban a félrevezető tematikus keretben, amely a biztosítási reform témakörét leszűkíti az egy vagy több biztosító kérdésére, a konferencia előadói pedig nem kényszerültek arra, hogy a bemutatott bizonyítékok alapján egyes kérdésekben felülvizsgálják tarthatatlan, idejét múlt, sőt bizonyos esetekben megmosolyogtatóan naiv álláspontjukat. A probléma-orientált egészségpolitikai programalkotás egyik alapelve éppen azt kívánja meg, hogy a reformintézkedéseket a hazai és a nemzetközi tapasztalatok, bizonyítékok alapján válasszuk ki. Miért ne próbáljunk meg tanulni mások sikereiből vagy éppen kudarcaiból még akkor is, ha más országok tapasztalatai csak kellő körültekintéssel alkalmazhatók a magyar helyzetre? Bár a konferencia egyik előadója azon az állásponton volt, hogy a magyarországi versengő biztosítói modelltől nem lehet érdemben vitatkozni, mert ez a modell Magyarországon még nem létezik, reméljük, hogy az egészségügyi reformról szóló, most kibontakozó vita a társadalomtudomány eredményeinek tiszteletben tartására és a logikus gondolkodásra épít majd. Ehhez a logiko-empirikus szemléletmódhoz, néhány oda nem illő megnyilvánulástól eltekintve, jó kiindulási alapot szolgáltatott a cikk tárgyát képező konferencia.

De miért is félrevezető az egészségbiztosítási reformot leszűkíteni az egy vagy több biztosító kérdésre? Elsősorban azért, mert ez a kérdésfeltevés azt sugallja, mintha a jelenlegi helyzet megőrzésén és több biztosító bevezetésén kívül nem lenne más választási lehetőség Magyarországon számára. A helyzet komolyságát jól jelzi, hogy egyes újságírók egyenesen úgy értelmezték az elhangzottakat: a kérdés nem az, hogy az üzleti biztosítóknak teret engedünk-e vagy sem, hanem csak az, hogy mikor és pontosan mikorra szöveget kapnak majd az egészségügyből [1]. A rendezvényen Kornai Jánoson, Bauer Tamáson, Peter Pazitny-n, Csehák Juditon és Molnár Lajoson kívül azonban előadást tartott Orosz Éva, Holló Imre, Josep Figueras, a European Observatory on Health Systems and Policies vezetője, illetve Joe Kutzin a WHO egészségügy-finanszírozással foglal-

kozó szakértője is. Utóbbiak mindannyian kételyeiket fogalmazták meg azzal kapcsolatban, hogy az üzleti biztosítók versenye valóban segíteni fogja-e a magyar egészségügyi rendszer teljesítményének javulását, ide értve a hatékonyságot, az egyenlő hozzáférést, a minőséget és a fenntarthatóságot is.

Egyébként kétségtelen, hogy Kornai, Bauer vagy éppen Pazitny előadásából az egészségügyhöz nem értő, laikus újságíró a versengő biztosítói modell bevezetésének szükségességét olvassa ki. Az sem meglepő, hogy a laikus fül fogékonyabb az olyan egyszerű, könnyen érthető (de sajnos félrevezető) üzenetekre, mint a piac, a verseny, illetve az állam, a bürokrácia kontrasztja, szemben azokkal a megállapításokkal, amelyek a fragmentáció hátrányairól, a funkciók szétválasztásáról, vagy éppen a bonyolult szabályozási rendszerek finomhangolásának nehézségeiről hangzottak el a WHO szakértőjének szájából. A hiteles tájékoztatás azonban mindenképpen megkívánja azt, hogy a szakértői vitát a maga teljességében mutassuk be. A nemzetközi tapasztalatok ugyanis azt mutatják, hogy a leegyszerűsített üzenetekre építő egészségügyi reformok nem váltják be a hozzájuk fűzött reményeket. A klasszikus piac-állam dilemmát már régen túlhaladta az európai egészségügyi reformokról folyó szakértői diskurzus. Mintha nem lenne tengerenyi irodalom az egészségbiztosítás piacának kudarcairól: az információs aszimmetriáról, a prevenció és krónikus betegségek biztosítási keretben történő kezelésének problémáiról, vagy éppen az adminisztrációs költségek megemelkedéséről. Mintha nem lenne egyre több szkeptikus szakértő, aki a menedzselt biztosítási verseny elméleti eleganciájának elismerése mellett a modell gyakorlati megvalósíthatatlanságáról értekezik. Mintha nem létezne az egészségügy funkcionális megközelítése, amely, túllépve a piac-állam dilemmán, azt keresi, hogy egy adott funkciót melyik szereplő képes a legjobban ellátni, a kitűzött célokat legjobban elérni. A piac egészségügyben történő kritikátlan alkalmazásának veszélyeire hívta fel például a figyelmet Joe Kutzin Kína példáján keresztül, ahol ez a meg gondolatlanúság többek között katasztrófális AIDS járvány kialakulásához vezetett.

Bauernek persze megbocsátható tájékozatlansága, hiszen nem szakértője az egészségügynek. Annál kevésbé magyarázható azonban Kornai álláspontja, aki már egy évtizede foglalkozik az egészségügy gazdaságtanának kérdéseivel, így tisztában kell lennie azokkal a súlyos korlátokkal, amelyek a szolgáltatók, de még inkább a biztosítók közötti informált választást akadályozzák az egészségügyben. Talán diplomatikus és egyúttal népszerű is a „virágozzék minden virág” elképzelése mellett állást foglalni és az állampolgároknak bízni a választást. A kérdés csak az: milyen infor-

mációk alapján fogják majd eldönteni a polgárok, hogy melyik biztosítóhoz menjenek. Egyáltalán: biztosítót akarnak-e az emberek választani az egészségügyben, vagy inkább azt a szolgáltatót, amelyik betegség esetén a lehető legjobb ellátást nyújtja? Ha ez utóbbit, akkor ebben a tekintetben a biztosítói verseny mindenképpen visszalépést jelent majd.

Félrevezető Kornainak az a megállapítása is, amely a reform dilemmáját a centralizáció vagy decentralizáció kérdésére szűkíti le. Ez a felvetés ugyanis azt sugallja, mintha egyirányú változással megoldhatóak lennének a magyar egészségügy problémái. A kérdés ezzel szemben nem az, hogy centralizáljunk vagy decentralizáljunk, hanem az, hogy mit érdemes centralizálni (centralizáltan tartani), illetve mit célszerű inkább decentralizálni (decentralizáltan bevezetni, működtetni): centralizációra és decentralizációra egyszerre

van szükség. Az irányított betegellátási modellkísérlet jó példája ennek a funkcionális - dekonstrukciós szemléletmódnak. Az ellátásszervezés decentralizáltan valósult meg, anélkül, hogy a többi, centralizáltan hatékonyabban működhető funkciót is decentralizálnunk kellett volna.

Természetesen az IBR is csak egy azok közül a megoldási javaslatok közül, amelyet a konferencia előadói alternatív javaslatként felvetettek a magyar egészségügy hatékonysági problémáinak kezelésére. Megfontolásra érdemes az Orosz Éva által felvetett regionalizációs elképzelés, valamint az OEP vásárlói szerepét erősítő javaslat, amelyért Dózsa Csaba hiába küzdött korábban. A magyar egészségügy reformja van annyira lényeges kérdés, a tét van annyira nagy, hogy kellő teret kapjon a valóságos kérdésekről szóló értelmes szakmai vita.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] [http://www.fn.hu/belfold/0701/lassan\\_vagy\\_hirtelen\\_torjon\\_rank\\_154332.php](http://www.fn.hu/belfold/0701/lassan_vagy_hirtelen_torjon_rank_154332.php)  
 [2] [http://www.eum.hu/index.php?akt\\_menu=5074](http://www.eum.hu/index.php?akt_menu=5074)

- [3] Gaal P, Evetovits T, Sinkó E (2006): Innovations in health policy: The Care Managing Pilot and the functional deconstructive model of health care systems. European Health Management Association Annual Conference, Budapest, 28 - 30 June 2006.

## ***Lényeges kérdések az egészségügy reformjában: a finanszírozói verseny***

Dr. Gaál Péter, Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ

**A magyar egészségügy reformjában ismét aktuális kérdés, hogy a finanszírozói oldalon mennyire kellene teret nyitni a verseny által generált ösztönzőknek. Ahhoz, hogy erre a kérdésre megfelelő választ lehessen adni, elengedhetetlen annak ismerete, hogy melyek azok az értékek, illetve célok, amelyeket az egészségügy rendszerének működésével el szeretnénk érni, illetve, hogy a többszörös célkitűzések között milyen prioritási sorrendet állítunk föl. Jelen összefoglaló a hatékonyság, az egyenlő hozzáférés, a választás szabadsága és a fogyasztói elégedettség kritériumai mentén elemzi a finanszírozói verseny legkritikusabb pontjait. Az adott keretek között nincs lehetőség az egészségügy közigazgatásának teljes fogalmi és elemzési rendszerének áttekintésére, ezért csak a kulcsfontosságú elemek megbeszélésére szorítkozhatunk.**

### **HATÉKONYSÁG ÉS KOCKÁZAT SZERINTI VÁLOGATÁS (LEFÖLÖZÉS)**

A finanszírozói verseny legkritikusabb pontja az egészségügyben, hogy a választás szabadsága képes-e olyan fegyelmező erővel hatni az egyes finanszírozókra, hogy azok hatékonyan működjenek, úgy, hogy az egészségügyi szolgáltatást nyújtókat hatékony működésre kényszerítik. A tökéletes piac hatékony erőforrás allokációt eredményező működése azon a feltételezésen alapszik, hogy egy bármilyen szolgáltatást nyújtó szolgáltató életképessége meghatározó módon az adott szolgáltatótól vásárlók számától függ, feltételezve, hogy minden vásárló csak egy egységet nyit vásárol a nyújtott szolgáltatásból. A vásárlók pedig azoktól a szolgáltatóktól vásárolnak, akik egy adott minőségű szolgáltatást a lehető legolcsóbban képesek ajánlani,

tehát a leghatékonyabbak. A vásárló-orientált szemléletmód kialakulása pedig ennek a gondolatmenetnek a logikus következménye, amennyiben a kiszolgálás minőségét is a szolgáltatás részének tekinthetjük.

Érvényesül-e ez a gondolatmenet az egészségbiztosítás területén? Az egészségbiztosítás különlegessége abból fakad, hogy a biztosító (finanszírozó) életképességét a vásárlók számán kívül a vásárlók összetétele is alapvető módon határozza meg. Ez pedig oda vezet, hogy a hatékony működés mellett más ösztönzők is megjelennek, amelyek adott esetben jóval erősebbek is, így más eredményre vezethetnek. Miért van ez?

Az a feltételezés, hogy a szolgáltató életképességét elsősorban a vásárlók száma határozza meg, azt a premiszát rejti magában, hogy minden vásárló egyformán megfizeti a szolgáltatás költségeit. Biztosítás esetében ez azt jelenti, hogy a biztosítási díj fedezi a biztosított várható költségét (a kockázati státusz és a kockázati esemény költségének szorzata) és a biztosító adminisztrációs költségeit, tehát a biztosító minden új ügyfele hozzájárul a biztosító fennmaradásához. Abban az esetben azonban, ha a biztosítási díjat nem az egyéni kockázati állapot alapján állapítjuk meg, mindig lesznek olyanok, akiknek a várható költsége magasabb, mint a megszabott díj, és olyanok is, akiknek alacsonyabb. Ebben az esetben a biztosító fennmaradását nem elsősorban a hatékony működés, hanem a kockázatközösség összetétele fogja meghatározni. Ez pedig a biztosítót arra ösztönzi, hogy csak az alacsonyabb várható költségű ügyfeleket vonzza magához, a többiek pedig ne (kockázat szerinti válogatás), ami az egészségi állapot vonatkozásában viszonylag könnyen meg is határozható, mert könnyen felismerhető jellemzőkről van szó (nem, életkor, vagyoni helyzet, etc). Fontos megjegyezni, hogy az eltérő kockázatokból adódó problémák minden olyan esetben megjelennek, amikor az országos szintű kockázatközösség szétagródik, fragmentálódik (például regionális vagy ágazati szinten). A választás lehetősége csak súlyosbító tényezőnek tekinthető, amennyiben teret ad a kockázatközösségek közötti átrendeződésre, tehát az eltérő kockázatokból eredő különbségek felnagyítására.

Kezelhetők-e a kockázat szerinti válogatás illetve az eltérő kockázatokból eredő problémák? Kényszeríteni kell-e, illetve kényszeríthetők-e a biztosítók, hogy felhagyjanak a kedvező kockázatú egyének lefűlözésével? Úgy tűnik, hogy ez nem célszerű, de nem is kivitelezhető. Nem célszerű, mivel azok a biztosítók, ahol a magas kockázatú egyének felszaporodnak, nem azért fognak tönkremenni, mert nem hatékony vásárlók, hanem azért, mert a kockázatközösség kockázati állapota az átlagosnál magasabb. Ha ugyanis minden biztosító mindenkit válogatás nélkül felvesz, akkor azok a biztosítók, amelyek a leghatékonyabbak (a legjobb minőségű szolgáltatást nyújtják, annak a kockázatnak teszik ki magukat, hogy a magas kockázatú egyének felvételével saját maguk lehetetlenítik el a működésüket. Ez csak abban az esetben nem történne meg, ha az ügyfelek választása eredményeképpen minden biztosító-

ban a kockázatközösség kockázati állapota az országos átlagnak felelne meg. Másrészt a kockázat szerinti válogatást tiltó szabályozás nem is valósítható meg, mert az objektíven megítélhető tényezők után végső soron az ügyféllel való bánásmód részleteit kellene szabályozni, ami nagyon nagymértékben szubjektív. Olyan dolgokat kellene például előírni, hogy minden ügyféllel egyformán udvariasan kell bánni, vagy hogy a tagfelvételi irodát olyan épületben lehet csak működtetni, ahol van lift. A fogyasztó (vásárló) -központúság azért működik jól a versenypiacokon, mert az ösztönzők ebben az irányban hatnak. Ezt szabályokkal lehetetlen helyettesíteni.

Az eltérő kockázatokból eredő problémák kezelése a finanszírozási rendszer alakításával elképzelhető. Arra van szükség, hogy minden biztosító a kockázatközösség kockázati állapotának megfelelő bevételhez jusson, azaz minden biztosított után megkapja az adott személy várható költségét és az adminisztráció fejenkénti költségét. Abban az esetben, ha ez megvalósul, a biztosítónak ismét érdekévé válik válogatás nélkül mindenkit magához vonzani. Ehhez azonban nagyon sok információra van szükség, amelynek megszerzése költséges és nem is minden esetben áll rendelkezésre: ismerni kell az egyén kockázati állapotát minden megbetegedésre nézve, valamint a kezelések költségeit. Látnunk kell, hogy minél kifinomultabb rendszerről van szó, annál inkább csökken a kockázat szerinti szelekcióra való ösztönzés hatása, viszont annál drágább a rendszer adminisztrációja. Fontos megjegyeznünk ugyanakkor azt is, hogy ezzel a problémával minden olyan esetben szembe kell néznünk, amikor az országosan egységes kockázat közösséget feldaraboljuk, függetlenül attól, hogy az egyes biztosítók közötti mozgás megengedett-e vagy sem.

Végül nem szabad arról sem elfelejtenünk, hogy a minden fogyasztó megfizeti a szolgáltatás költségeit premissza az egyfinanszírozós modell esetében is érvényes (fenntarthatóság). Ha a rendelkezésre bocsátott források nem fedezik az egyének várható költségét és az adminisztrációs költségeket, akkor az országosan egy biztosító működése már nem pusztán a hatékony vásárlói magatartástól függ. Az OEP szolgáltatásvásárlói tevékenységét tehát nem pusztán azért csúsztatás leminősíteni, mert a szolgáltatás-vásárláshoz szükséges hatásköröket az OEP soha nem kapta meg, hanem azért is, mert senki nem vizsgálta, hogy az OEP által rendelkezésre bocsátott pénz valóban elég-e az egészségbiztosítási törvényben meghatározott szolgáltatáscsomag elfogadható minőségben történő nyújtására. Éppen az irányított betegellátási modellkísérlet mutatta meg, hogy a magas rizikójú egyének szűrése adott esetben nem csökkenti, hanem növeli a kiadásokat, mivel az időben felismert betegségek esetében olyan drága beavatkozásokat is el lehet végezni (pl. invazív kardiológia), amelyek késői diagnózis esetén már nem alkalmazhatóak. A hatékonysági dilemma tehát minden szolidaritáselvű finanszírozási modellben fennáll, az ezzel kapcsolatos megoldási módok számbavétele azonban már túlmutat jelen összefoglaló keretein.

## A HATÉKONY SZOLGÁLTATÁSVÁSÁRLÁS TOVÁBBI KORLÁTAI A VERSENGŐ TÖBB-BIZTOSÍTÓS MODELLBEN

A biztosítók közötti tömeges biztosított mozgás nem ösztönzi a prevenciósi tevékenységet, mert a prevenciósi tevékenységbe való befektetés azonnali beruházási költségei csak hosszabb távon térülnek meg, és biztosítottak választási lehetőségéből adódóan nem garantálható, hogy a prevenciósi tevékenység haszna annál a biztosítónál fog jelentkezni, amely a beruházás költségeit eredetileg vállalta. Magyarországon a prevenciósi tevékenységnek különösen nagy jelentősége van, mert a mortalitási és morbiditási statisztikákat domináló megbetegedések, mint például a szív- és érrendszeri betegségek nem gyógyíthatók, az egyetlen igazán hatásos fegyver ellenük a megelőzés.

Ugyanakkor ezeknek a krónikus betegségeknek a kezelése sem illeszthető a klasszikus versengő biztosítói modellbe. A szív- és érrendszeri megbetegedésekben, daganatos betegségekben, krónikus obstruktív légzőszervi betegségekben, cukorbetegségben, és számos egyéb költséges krónikus betegségben szenvedők komoly pénzügyi kockázatot jelentenek a biztosítóknak, mert nem biztosítható kockázatról, hanem bekövetkezett biztosítási eseményről van szó. Ezekben az esetekben a kockázat 100%, tehát a biztosító csak akkor nem vállal pénzügyi kockázatot, ha ezek után a betegek után közvetlenül megkapja az ellátás várható teljes költségét plusz az adminisztrációs költséget. A kérdés az, hogy milyen alapon dől majd el, hogy mennyibe kerül ezeknek a betegségeknek a kezelése. Ha a biztosítótól származnak az adatok, akkor elvesz a hatékonysági ösztönző.

A krónikus betegségek problémájának kezelésére dolgozták ki a „carving out” technikát. Ennek lényege, hogy ezekben az esetekben a biztosítók között nem a hagyományos biztosítottakért folyó verseny zajlik, hanem a biztosítókat abban versenyeztetik, ki vállalja legolcsóbban ezeknek a betegcsoportoknak a kezelését előre meghatározott ellátási protokollok alapján. Ez a modell filozófiájában sokkal közelebb áll az ellátásszervezői koncepcióhoz, mint a versengő biztosítói elképzeléshez. A kérdés csak az, kompatibilis-e a két rendszer egymással. Sok esetben egy betegnek több betegsége is van, a „disease management”-től (betegség menedzsment) tehát elválaszthatatlan a „case management” (eset menedzsment).

## A VÁLASZTÁS SZABADSÁGA ÉS A FOGYASZTÓI ELÉGEDETTSÉG KORLÁTAI

A versengői biztosítói modellben a választás szabadságát nem pusztán a kockázati szelekcióra való törekvés korlátozza. Bonyolult termékek esetében az igénybevevők nem képesek a választáshoz szükséges információkat megfelelően értékelni, illetve összehasonlítani. Még abban az esetben is, ha a transzparenciát sikerül bonyolult és költséges szabályozási eszközökkel elfogadható mértékűvé tenni, a biztosított kény-

telen csomagot választani, miközben az ő érdeke az lenne, hogy az adott szolgáltatással kapcsolatban, amire éppen szüksége van, a lehető legjobb egészségügyi szolgáltatóhoz kerülhessen. **A választás szabadsága a jelenlegi feltételek mellett olyan nagy, hogy ehhez képest a versengő biztosítói modell bizonyosan visszalépést fog hozni.** Ezt pedig nem kompenzálja a biztosítók közötti választás lehetőségeinek bevezetése. A biztosított nem biztosítót, hanem szolgáltatót szeretne választani, és a biztosítók közötti választás csak annyiban fontos neki, amennyiben a biztosítón keresztül ezt el tudja érni. A választás korlátozása pedig (a gyakorlati megvalósítás problémáin túl, kockázati szelekció, kartell stb.) a versengői biztosítói modellel, modell szinten együtt jár.

## HATÉKONY SZOLGÁLTATÁSVÁSÁRLÁS ÉS ADMINISZTRÁCIÓS KÖLTSÉGEK – KÉTSÉGES EREDMÉNYEK MILYEN ÁRON

Még abban az esetben is, ha a biztosítók tökéletes ellátásszervezői tevékenységgel képesek lennének a rendszerben meglévő hatékonysági tartalékok kiaknázására, a megtakarítás első 10-20%-át felemésztené az adminisztrációs költségek megemelkedése. Az adminisztrációs költségek megemelkedése három forrásból származik: (1) biztosított és szolgáltatói szerződéskötés, teljesítményjelentési és ellenőrzési rendszerek, valamint bizonyos ellátásszervezői tevékenységek (pl. bizonyítékok elemzése, általános protokollok kialakítása stb.) felesleges duplikációja, sokszorozódása, (2) marketing költségek megjelenése a versenyből eredően, (3) biztosítói profit. Ugyanakkor a decentralizált ellátásszervezői tevékenység adminisztrációs költségei is nagyobbak, mint más ellátásszervezői modellek esetében, mivel az információgyűjtés drágább, ugyanis nem aknázhatók ki a közvetlen ellátói helyzetismeretből eredő előnyök. Arról nem is beszélve, hogy az ellátásszervezői tevékenységet országos szinten összehangolni sokkal drágább, ugyanannak a szolgáltatóknak pedig több biztosító ellátásszervezői elvárásainak is meg kell felelnie.

Látni kell azt is, hogy minél jobban működik a verseny, annál nagyobbak az általános adminisztrációs valamint a marketing költségek. Még abban az esetben is, ha a biztosító nem választhatja meg szabadon a szerződéskötés általános feltételeit, a finanszírozási technikákat, illetve a teljesítményjelentés módját, egy szolgáltatóknak az ellátott területen élők választása alapján több, szélsőséges esetben akár az összes biztosítóval szerződést kell kötnie, és mind-egyiknek külön-külön kell jelentenie.

## POLITIKAI MEGVALÓSÍTHATÓSÁG – VÁLLALHATÓ-E EGY KOCKÁZATOS MEGOLDÁS, AMELY IRREVERZIBILIS

Meglepő, de érvként vetődik fel a versengő biztosítói modell mellett az is, hogy az egészségügyet ki kell venni a

politikai irányítás alól, mert a döntéshozók nem képesek racionális döntéseket hozni. Bár az a politikus, aki ezzel az érveléssel kívánja alátámasztani az igazát, saját magáról állít ki elégtelen bizonyítványt, az érvelés más szempontból sem helytálló. Egyrészt amíg az egészségügyi rendszerünk szolidaritási alapú, addig az egészségügyi kiadások mértékét a járulékmértéken, illetve a teljes közkiadási szinten keresszük mindig is a politikusok fogják meghatározni. Ebben a tekintetben a különbség az egybiztosítós és a versengő több-biztosítós modell között „csak” az, hogy a nyújtott szolgáltatásokra, az igénybevételre és a kiadásokra vonatkozó adatok kikerülnek a döntéshozók ellenőrzése alól, így annak megítélése, hogy a szolgáltatáscsomag és a járulékmérték arányban van-e egymással, a biztosítói adatszolgáltatás alapján lesz csak eldönthető. Másrészt az egészségügyi rendszer elégtelen teljesítményének következményei mindig is a politikusokon fognak lecsapódni, még abban az esetben is, ha az amerikaihoz hasonló teljes magánbiztosítási rendszerre térnénk át. Harmadrészt az elmúlt időszak egészségpolitikai döntései megmutatták, hogy kellő elszántság esetén képesek a politikusok népszerűtlen döntéseket is hozni. Ha a verseny tényleg olyan fegyelmező erővel hat a biztosítókra, mint azt a versengő biztosítói modell támogatói állítják, akkor miért nem hagyták az ellátórendszer karcsúsításával járó népszerűtlen intézkedéseket a biztosítókra?

Elképzeltető azonban, hogy az előzőekben felsorolt érvek nem mindenki számára elég meggyőzőek ahhoz, hogy elvessek a versengő biztosítói modellt, ahhoz azonban nem fér kétség, hogy a modell bevezetése rengeteg problémával jár, amelyeket nem biztos, hogy a kormányzat képes lesz majd kezelni. Ennek alapján jogos a kérdés: vissza tudunk-e majd térni az egybiztosítós modellre abban az esetben, ha a versengő biztosítói modell nem váltja be a hozzá fűzött reményeket? Tudva azt, hogy a biztosítók milyen erős érdekérvényesítő képességgel rendelkeznek, kétséges, hogy amennyiben Magyarország ezen az úton indul el, a döntés visszafordítható lesz. Ha mégis megtehető, nagy valószínűséggel akkor is rengetegbe fog kerülni az adófizetőknek az, hogy ez megtörténjen. A kedvezőtlen nemzetközi tapasztalatok ellenére vállalható-e ez a kockázat?

## VAN-E MÁS VÁLASZTÁSUNK? NEMZETKÖZI TAPASZTALATOK ÉS MAGYAR MEGOLDÁSOK

Végezetül joggal vetődik fel a kérdés: van-e más lehetőségünk a magyar egészségügyi rendszer átalakítására? Ha nincs, akkor értelmetlen a versengő biztosítói modell hátrányairól vitatkozni. Hiszen ott vannak a nyugat-európai példák: Anglia és a skandináv országok kivételével mindenütt több-biztosítós modell működik, hallhatjuk évről-évre a versengő biztosítói modell támogatóitól. A volt állam-szocialista országok közül példának ott van Csehország és Szlovákia. Németországban a reform kulcsszava a verseny. Miért menjen Magyarország szembe ezekkel a nemzetközi trendek-

kel? A felsorolt példák azonban nem egyszerűen csak selektívek, hanem a reformok felületes, sőt több esetben félrevezető értelmezésén alapulnak.

Egyrészt több biztosító működhet olyan rendszerben is, ahol az albiztosítást egyetlen biztosító nyújtja, a többi biztosító pedig a társadalombiztosítási rendszerben nem térített szolgáltatásokra, illetve költségelemekre nyújt fedezetet. Ilyen rendszer működik például Szlovéniában. Másrészt a társadalombiztosítás rendszerében működő több biztosító még nem jelenti azt, hogy ezek a biztosítók versenyeznek egymással. Franciaországban például ágazati szintű több biztosító van, Ausztriában pedig területi alapon tagolódnak több biztosítóra a rendszer. Egyik esetben sem választhatnak azonban az állampolgárok szabadon a társadalombiztosítást nyújtó alapok között. Harmadrészt azokban a nyugat-európai országokban, ahol a biztosítók közötti versenyt bevezették, a reform eredményeként nem nőtt, hanem csökkent a kockázatközösség fragmentációja. Németországban például történelmileg több tízezer biztosítási alap alakult ki, amelyek fokozatosan csökkentek a jelenlegi kétszáznegyvenre, többek között azoknak a törekvéseknek az eredményeként, amelyek a biztosítók közötti mozgás lehetőségének megteremtését tűzték ki célul. Hollandiában is csökkent a kockázatközösség szétfűzöttségére, hiszen korábban egy meghatározott jövedelemszint felett az állampolgároknak magánbiztosítást kellett vásárolniuk, a reform eredményeként azonban őket is bevonták a kötelező társadalombiztosítás rendszerébe (ami nem véletlen, hiszen a bevalottan nagy jövedelemmel rendelkezők komoly transzferforrást jelentenek a szegények számára, és ezzel a holland rendszer korábban nem élt). Arról nem is beszélve, hogy a nyugat-európai példákat emlegetők nagyvonalúan megfedelkeznek azokról az országokról, ahol a több-biztosítós rendszerről tértek át állami egészségügyi rendszerre. Éppen azért, mert az óriási fragmentáció képtelen volt féken tartani az egészségügyi kiadásokat és hatékonyan működtetni az ellátórendszert a koordináció hiánya és magas adminisztrációs költségek miatt. Ilyen ország például Spanyolország és Olaszország. Negyedrész, a cseh valamint a szlovák példa sem releváns Magyarország számára, mivel ott a versengő biztosítói modellre való, a rendszerváltás lendületével történt áttérés következményeit nem gondolták át kellő mértékben a döntéshozók, miközben a cseh és a szlovák tapasztalatok azt mutatják, hogy a biztosítók közötti verseny az egészségügyi rendszer egyetlen problémáját sem volt képes érdemben kezelni. Az elmúlt évek szlovákiai egészségügyi reformlépései döntő többségének semmi köze sincs a több-biztosítós modellhez (szolgáltatáscsomag meghatározása, vizitdíj, minimum szolgáltatói kapacitások, az egészségügyi szolgáltatók korporatizációja, minőség ellenőrzés). Ezekre a lépésekre éppen azért volt szükség, mert a több biztosító nem javított a rendszer teljesítményén. A reformok másik része pedig az állami szabályozás erősítésével próbálja meg versenyre kényszeríteni a biztosítási alapokat. Csak a következő évek fogják eldönteni, hogy ez sikerül-e, ha egyáltalán mód lesz

a reformok eredményeit értékelni, hiszen az új szociáldemokrata kormány miniszterelnöke hadat üzent a profit-orientált magánbiztosítóknak. Eltávolításukra úgy tűnik lesz jogi lehetőség, mivel a magánbiztosítók egyelőre nem teljesítik maradéktalanul azokat a feltételeket, amelyeket az állami szabályozás előír. Végezetül érdemes megemlíteni azokat a példákat is, ahol a magyarhoz hasonló, egybiztosítós rendszer működik. Ilyen például a korábban említett Szlovénia, vagy például Észtország. Az észt reform azért is megfontolandó Magyarországra számára, mert ott egy regionálisan decentralizált több-biztosítós modellt alakítottak át egybiztosítóssá, többek között azért, mert így a rendszer kevésbé fragmentált, a biztosító erősebb vásárlói pozícióban van, emellett pedig rendelkezik azokkal a hatáskörökkel, amelyek segítségével képes betartani a makroszintű költségvetési korlátokat.

Mit tanulhat tehát Magyarország ezekből a nemzetközi tapasztalatokból? Legfőképpen azt, hogy nem az egyetlen járható, és helyzetének nem is legmegfelelőbb út a biztosítók közötti verseny megteremtése. Az észt példa azt mutatja, hogy a hatékony szolgáltatásvásárlás feltétele megteremthető az egybiztosítós modellben is. Magyarországon ezzel miért nem próbálkoztunk meg? Az osztrák példa azt mutatja, hogy regionális alapon is szervezhető a társadalombiztosítás: ehhez nincs szükség az alapok közötti versenyre. Erről a moderről miért nem folyik érdemi vita? Miért felejtettük el az Európában egyedülálló, a magyar sajátosságokra építő irányított betegellátási modellkísérletet? Kétségtelen, hogy voltak koncepcionális hibák is a rendszerben, de miért nem adtunk lehetőséget ezek kijavítására? Miért vettünk el érdemi elemzés és a korrekció lehetőségének biztosítása nélkül egy olyan rendszert, amelyről szinte kivétel nélkül minden Magyarországra látogató szakértő elismeréssel nyilatkozott?

## ÖSSZEFOGLALÁSKÉNT A KÖVETKEZŐ MEGÁLLAPÍTÁSOKAT TEHETJÜK

- A finanszírozási rendszer tényleges felépítésétől függetlenül, a finanszírozó (biztosító) életképességét alapvetően meghatározza, hogy az egyének által fizetett díjak fedezik-e a várható költséget és a finanszírozó adminisztrációs költségeit (fenntarthatóság), illetve, hogy a finanszírozó mennyire képes hatékony vásárlóként működni.
- Szolidaritási elv alapján működő finanszírozási rendszerekben az országos szintű kockázatközösség feldarabolása esetén a finanszírozó (biztosító) életképességét nemcsak a vásárlói hatékonyság, hanem az eltérő kockázatokból adódó különbségek is meghatározzák.
- A finanszírozók (biztosítók) közötti választás lehetősége felnagyíthatja az eltérő kockázatokból eredő különbségeket és az adminisztrációs költségek jelentős emelkedéséhez vezet (marketing költségek).
- A kockázat szerinti válogatás szabályozási eszközökkel nem kezelhető, mert a fogyasztóközpontú szemléletmód kialakítása elsősorban magán a szolgáltatón múlik.
- Az eltérő kockázatok problémáját a finanszírozás kockázati állapothoz történő igazításával lehet megoldani. Minél inkább igazodik a finanszírozás a kockázatközösség egyes tagjainak kockázati állapotához, annál inkább csökken a kockázati szelekcióból származó hasznok nagysága. Ugyanakkor egyre jobban nőnek a kockázatkiegyenlítő rendszer adminisztrációs költségei.
- A versengő biztosítói modell hatékony ellátásszervezői tevékenysége nagyon kérdéses két kulcsfontosságú területen. A versengő biztosítói modell nem képes kezelni sem a prevenció, sem pedig a krónikus betegségek ellátásának problémáit.
- A versengő biztosítói modell a megvalósítás gyakorlati problémáin túl (kockázati szelekció, kartell) modell szinten korlátozza a választás szabadságát, így visszalépést jelent a jelenlegi helyzethez képest.
- A versengő biztosítói modell ára az adminisztrációs költségek jelentős megemelkedése. Még abban az esetben is, ha a biztosítók tökéletes ellátásszervezői tevékenységgel képesek lennének a rendszerben meglévő hatékonysági tartalékok kiaknázására, a megtakarítás első 10-20%-át felemésztené az adminisztrációs költségek megemelkedése.
- A versengő biztosítói modell politikai kockázata, hogy amennyiben mégsem váltja be a hozzá fűzött reményeket, nagyon nehéz és költséges a megszüntetése, ha egyáltalán lehetséges.
- Az európai példák azt mutatják, hogy versengő biztosítói modell az országok csak kis részében működik, bevezetésükre alapvetően más helyzetben került sor.
- A versengő biztosítói modellnek a hatékonyság javítása és a választás szabadsága szempontjából több alternatívája is van, így félrevezető a reformokról szóló vitát a finanszírozók közötti versenyre leszűkíteni.