

VERSENY ÉS SZABÁLYOZÁS

Közgazdasági Szemle, LIV. évf., 2007. május (480–498. o.)

GULÁCSI LÁSZLÓ–KOVÁCS ERZSÉBET– AUGUST OESTERLE–BONCZ IMRE

Verseny az egészségügyben

Egyesült államokbeli és nyugat-európai példák

Napjainkban a kormányzattól és a biztosítóktól kezdve a szolgáltatókig és a fogyasztókig mindenki az egészségügyi piaci versenyről beszél. De mit is értenek piaci versenyen? Vajon azonos dolgokról beszélnek-e? Mivel az egészségpolitika alakításában az egészségügy különböző szereplői is részt vesznek, ez a kérdés alapvető fontosságú. Kevés szó esik arról is, hogy az egészségügy kulcsszereplői hogyan képzelelik el a versenyt a saját szempontjukból. Röviden áttekintjük a fejlett országok tapasztalatait, különös tekintettel az Egyesült Államok, Egyesült Királyság, Hollandia, valamint Ausztria és Németország példáján. Elemzésünk alapján elmondható, hogy a verseny az egészségügy területén valamennyi vizsgált országban korlátozott, az eredmények értékelése pedig nagyfokú óvatosságot igényel.

Journal of Economic Literature (JEL) kód: I11.

Egészségügy közgazdasági megközelítésben

A 20. század második felében a gazdaságilag fejlett országokban a jóléti kiadások erőteljesen és folyamatosan emelkedtek, az egészségügy oldaláról pedig egyre jobban nőtt az új orvosi technológiák kínálata. Az „szakmai szempontból elérhető, ugyanakkor gazdaságilag megengedhető”¹ konfliktusának kiéleződésével új tudományág jelent meg: az egészség-tudományok és a gazdaságtudományok határterületén az 1970-es és 1980-as években létrejött az egészség-gazdaságtan (Gulácsi [2005]). Magyarországon és a többi közép-kelet-európai volt szocialista országban az egészség-gazdaságtan az 1990-es évek végén kezdett erősödni, és ma már önálló szakmaként van jelen Magyarországon is (Bonz [2006]).

A Közgazdasági Szemle a kilencvenes évek közepétől a jóléti rendszerek számos területét tárgyalta. Így e lapok hasábjain jelent meg a jóléti rendszerek jövőjével (Andorka és szerzőtársai [1995]), a fogyasztási struktúra és az egészségügyi kiadások összefüggéseivel (Ékes [1996]), a francia (Nagy [1998]), a svéd (Semjén [1999]), a német (Gedeon [2001])

¹ Az orvostudomány és a technológia fejlődése eredményeképpen a betegek gyógyítására rendelkezésre álló technológiák olyan minőségben és mennyiségben állnak rendelkezésre, amelynek a finanszírozása egyetlen ország számára sem lehetséges.

Gulácsi László, Budapesti Corvinus Egyetem, Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Technológiaelemzési Kutatóközpont.

Kovács Erzsébet, Budapesti Corvinus Egyetem Biztosítási Oktató és Kutató Csoport.

August Oesterle, Vienna University of Economics and Business Administration, Institute for Social Policy, Department of Economics.

Bonz Imre, Pécsi Tudományegyetem, egészségbiztosítási és egészségpolitikai tanszék.

jóléti rendszer kihívásaival, az ausztrál és új-zélandi egészségügyi reformmal (Pete [1997]) és a poszt szocialista országok egészségügyi kiadásaival (Kornai–Mchale [2001]) foglalkozó tanulmány.

Egy-egy ország sajátos történelmi-társadalmi fejlődésének következtében az egészségügyi rendszerek működését számos speciális vonás jellemzi. Az átfogó egészségügy reformok egyik sarkalatos pontja a rögzült szokások megváltoztatása. A liberális, piaci alapú megközelítés a versenyhelyzet létrehozását tekinti az egészségügyi reformok egyik meghatározó elemének. Tanulmányunk célja annak bemutatása, hogy a nemzetközi tapasztalatok alapján milyen területeken alakulhat ki verseny az egészségügyben. Igyekszünk választ adni olyan közkeletű feltételezésekre, amelyek szerint több biztosító jelenléte valóban versenyt indukál-e az egyes biztosítók között, továbbá bemutatni az árverseny jelentőségét az egészségbiztosítási rendszerekben. A dolgozat magyarországi aktualitását az adja, hogy a rendszerváltozás óta számos olyan kormányzati egészségpolitikai elgondolás jelent meg, amelyek a jelenlegi egyetlen finanszírozó szervezet, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) helyett a több, egymással versengő betegbiztosító bevezetésében látják a reform lényegét.

A betegbiztosítók száma és típusa néhány országban

A betegbiztosítók száma a nemzetközi példák alapján jelentős szórást mutat. Olyan országokban, ahol állami egészségügyi rendszer működik (Egyesült Királyság, Svédország, Dánia, Finnország, Írország), a biztosítók száma nem értelmezhető, mivel állami szervezet látja el a finanszírozási feladatokat. Ugyanakkor akár az egy, akár a több biztosító hiánya nem feltétlen gátja bizonyos versenyelemek megjelenésének [lásd később a belső piac (*internal market*) fogalmát az Egyesült Királyságban]. A Bismarck-féle szolidaritás elvű társadalombiztosítási modellt követő európai országok többségében több-biztosítós rendszer működik, ahogy azt az 1. táblázat is szemlélteti. A betegbiztosítók optimális

1. táblázat

A betegbiztosítók száma néhány országban

Év	Ausztria	Belgium	Franciaország	Németország	Hollandia	Svájc
1990	26	119	18	–	37	220
1991	26	127	17	1209	31	203
1992	26	127	17	1223	27	191
1993	26	121	17	1221	26	207
1994	26	121	17	1152	26	178
1995	26	114	17	960	27	166
1996	26	116	17	642	29	145
1997	26	111	17	554	30	129
1998	26	109	17	482	28	118
1999	26	107	17	455	28	109
2000	26	103	17	420	27	101
2001	25	95	17	396	25	99
2002	24	94	17	355	24	93
Változás 2002 és 1990 között az 1990 százalékában	-7,7	-21,0	-5,6	-70,6	-35,1	-57,7

Forrás: Busse–Saltman–Dubois [2004].

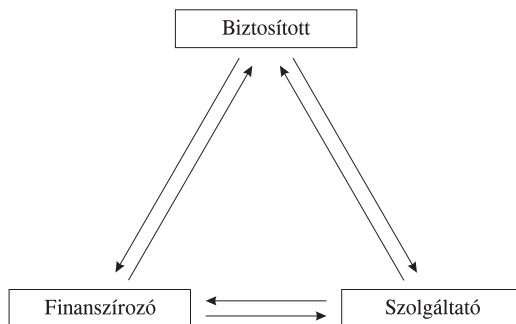
számára vonatkozóan azonban érdemben nem adható információ, hiszen azonos méretű országokban is nagyon eltérő lehet a biztosítók száma. Azt azonban meg kell említeni, hogy a több-biztosítós modellt követő országokban is számos helyen jelentős mértékben csökkent a betegbiztosítók száma, ha az 1990-es és a 2002-es értékeket összevetjük.

Az egészségügyi rendszerek szereplői

Az egészségügyi rendszerekre jellemző, hogy három főszereplő – a biztosított (fogyasztó), a finanszírozó (vevő) és a szolgáltató – közötti kapcsolatok alapján épül fel (1. ábra). Az egészségügyi rendszerek különböző típusai abban különböznek, hogy ezek a kapcsolatok milyen módon és formában jelennek meg az egyes szereplők között (Boncz-Horváth [2001]). Az esetek egy részében egy kézben volt a szolgáltatás és a finanszírozás (például a Beveridge névvel fémjelzett rendszerekben, az Egyesült Királyságban 1991-ig, valamint Magyarországon is). A szolgáltató és a finanszírozó szétválása az egészségügyi rendszerek fejlődésének fontos állomása volt. Az ehhez kapcsolódó egészségügyi reformok célja: kevésbé hierarchikus és inkább megegyezésen, szerződésen alapuló kapcsolatot hozzanak létre egyrészt a központi kormányzat és az egészségügy kulcsszereplői között, másrészt újradefiniálják a kapcsolatot a kulcsszereplők (a finanszírozók, a szolgáltatók és a biztosítottak) között. Az állam legfontosabb szerepe a törvényi háttér, a tervezés, az ármegállapítás, a szabályozás, a mérés, valamint az ellenőrzés.

1. ábra

Az egészségügyi rendszerek szereplői



Az állam időről időre az egyes kulcsszereplők (a háromszög csúcsai) képviseletében jelenik meg, hol a finanszírozó, hol a szolgáltató, hol a fogyasztó érdekeit képviselve. A nemzetközi példák egyértelműen mutatják, hogy az állam politikai szerepe igen erős ezen a területen (lásd német, holland, brit, magyar reformok), hiszen az egészségügyi költségek versenyképességet is befolyásoló növekedésével és a lakosság előregedése miatt kialakuló helyzettel szemben a piaci mechanizmusok tehetetlenek (EC [2006]). A szakirodalom azt is egyértelműen mutatja, hogy politikai döntésről lévén szó, az egészségügyi rendszerek szereplői közötti megegyezés alapvető, ezért egy-egy reform hosszú időt, többnyire évtizedeket vesz igénybe.

A biztosítók közötti verseny alapulhat a költségeken, illetve a minőségen.

– A kormányzat országos szinten megszabja az árakat, ezután a szolgáltatók nem folytathatnak árversenyt, csak a *minőség* terén versenyezhetnek. Ez jellemzi az Egyesült Királyság egészségügyi ellátó rendszerét (NHS), ahol egy esetegyüttes (*case mix*) alapú

rendszer és országos szinten rögzített tarifákkal vezettek be, amelynek célja a minőség fejlesztése.

– Költség alapú verseny esetében a kormányzatnak, illetve a különböző érdekcsoportok képviselőinek mindenki számára érvényes minőségi kritériumrendszer, valamint egységes mérési és jelentési rendszert kell kidolgozniuk. Így a szolgáltatók azonos követelményekkel találják magukat szembe, megszűnhetnek az átfedések. (Példaként említhetők az *Integrated Healthcare Association, IHA, Premier Hospital Quality Incentive Demonstration of the Federal Centers for Medicare and Medicaid, CMS*) (*Custers–Arah–Klazinga* [2006]). Az eredményeket közzéteszik, így a fogyasztók viszonylag könnyen megismerik a szolgáltatás minőségét.

– A harmadik lehetőség az, hogy a teljesen informált fogyasztók a döntéseikkel segítik elő a minőség fejlődését, azaz annál a szolgáltatónál veszi igénybe a szolgáltatásokat, ahol megfelelő a minőség. Ennek eredményeképpen a fogyasztó elsődlegesen szolgáltatót választ, és csak ezután biztosítót. Annak érdekében, hogy a minőségen alapuló verseny kialakulhasson, a fogyasztó választási lehetőségét semmilyen mértékben sem szabad korlátozni sem az intézményhasználattal, sem a beutalási rendszerrel kapcsolatban. A biztosító feladata ebben a rendszerben a biztosítottak információval való ellátása.

Magyarországon a szolgáltató és vásárló szétválása nem történt meg, az egészségügyi rendszer állami tulajdon és ellenőrzés alatt működik. Az állam továbbra is az egyik legnagyobb szolgáltató, hiszen továbbra is közvetlenül kormányzati, szakminisztériumi tulajdonban vannak a legmagasabb szakmai szintű ellátást nyújtó intézmények; az orvosi egyetemi klinikák és az országos intézetek. Az egyetemi klinikák a 2006. évi teljes magyar aktív kórházi ágy 11,8 százalékával rendelkeztek, az összes aktív finanszírozási eset 13,9 százalékát látták el, és a finanszírozás hozzávetőlegesen 18,8 százalékát kapták. Ugyanezen mutatószámok az országos intézetek esetében 6,1 százalék, 6,0 százalék, illetve 8,0 százalék (*OEP* [2006]). A központi kormányzat mellett a másik legnagyobb kórház-tulajdonosi kört a városi és megyei önkormányzatok jelentik. A közvetve vagy közvetlenül nem az állam tulajdonában lévő intézmények tulajdonosai az egyházak, illetve a magántulajdonosok, szerepük azonban elhanyagolható.

A szolgáltató és vásárló szétválás elmaradását az is mutatja, hogy az Egészségbiztosítási Alap egyenlege 1994 és 2005 között minden évben folyamatosan deficitese volt; azaz ez az intézmény pótlólagos állami források nélkül nem tudna működni. Az 1994 és 2005 közötti kumulált deficit nominálértéken 1421 milliárd forint, illetve ugyanez a kumulált deficit 2005. évi áron 1757 milliárd 900 millió forint. A hiány mértéke 2003 és 2005 között jelentősen megnőtt, és minden évben meghaladta a kiadások 20 százalékát. E három év alatt nominálértéken közel ezermilliárd forinttal növekedett az Egészségbiztosítási Alap kumulált hiánya (*Boncz* [2005]). Ennek fő oka a 2002-ben megvalósított átlagosan 50 százalékos közalkalmazotti – az egészségügyi dolgozókat is érintő – béremelés, amely jelentősen megemelte a kiadásokat, ugyanakkor bevételi oldalon nem biztosították a forrásokat. A gyógyszerkassza kiadásainak emelkedése szintén hozzájárult az Egészségbiztosítási Alap hiányának növekedéséhez. Az OEP nem döntheti el, hogy mely szolgáltatóval köt szerződést, és melyikkel nem, továbbá minőségi követelményeket sem támaszthat.

Verseny és az egészségügy – nemzetközi kitekintés

A verseny lehetőségeit és működését vizsgáljuk az Egyesült Államok, az Egyesült Királyság, Hollandia, Ausztria és Németország egészségügyi rendszerének példáján. Ezek azok az országok, amelyek általában a szakmai figyelem középpontjában állnak. Az Egyesült Államok, ahol a verseny leginkább jelen van, az Egyesült Királyságban a belső

piac és a kváziverseny meghonosítása lassan két évtizedre tekint vissza, Hollandiában a 2006. januári bevezetés óta Európa legnagyobb szabású biztosítási reformja folyik, Ausztria mint hazánkkal történelmileg sok rokonságot mutató ország, illetve Németország, amelynek hatása tradicionálisan jelentős volt a hazai egészségügyre.²

Egyesült Államok

Az Egyesült Államok költi a GDP legnagyobb százalékát (15 százalék) egészségügyre, ennek ellenére a születéskor várható élettartam és más egészségügyi mutatók terén a világ országai között általában a 15-20. helyek egyikét foglalja el.

Majdnem minden hatodik amerikainak – köztük 8,4 millió gyermeknek – nincs egészségbiztosítása. Az egészségügyi kiadások gyorsan nőnek, magas az adminisztrációs és a tranzakciós költség, az orvosi hibák³ száma is magas. Az Egyesült Államok rendszere munkaadó alapú biztosítás, az emberek 55 százaléka így van biztosítva. Ennek a megoldásnak nagyon nagy az adminisztrációs költsége. Több mint 1000 biztosítótársaság keresi a szerződést a több millió munkahellyel és a szolgáltatókkal. Nagyon nagyok a munkaadók szerződéssel és ellenőrzéssel kapcsolatos költségei, és ezek a költségek nem is kerülnek bele az egészségügyköltség-statisztikákba (*Fuchs–Emmanuel* [2005]).

A verseny a gazdaság különböző területein az innováció, a hatékonyság és a fejlődés legfőbb motorja. A versenyhez azonban az egészségügyi ellátásban is versenyzők kellenek. Az Egyesült Államokban az úgynevezett szervezett ellátás (*managed care*)⁴ a szolgáltatásokat kínáló és finanszírozó szervezetek, az egészségügyi szolgáltatók (*health care plans*)⁵ nagyszámú megjelenésével indult, amelyek nagy része az egészségmegtartó szervezetek (*health maintenance organisation, HMO*)⁶ voltak. Az egészségmegtartó szervezetek fejlődésének az erről szóló törvény 1973. évi elfogadása adott lökést [Health Maintenance Organization Act (HMO) of 1973].

A nagyszámú versenyzőnek csökkentenie kellett az árakat, mert különben elveszítették volna az ügyfeleket. A kilencvenes években megindult összeolvadások és felvásárlások következtében azonban hatalmasra nőttek ezek az egészségmegtartó szervezetek. 2003-ban például az UnitedHealthcare felvásárolta az Oxford Health Planst és az Anthem–WellPointot, így egy hatalmas egészségügyi szolgáltató (*megaplans*) jött létre 22 millió,

² Az Európai Unió új tagállamaiban (például Észtország, Szlovák Köztársaság, Cseh Köztársaság) is folynak egészségbiztosítást érintő reformok, azonban ezekről tudományos folyóiratokban angol nyelven még nem jelentek meg elemzések, ezért ezen országok példájának elemzésére nem tudunk kitérni.

³ Az orvosi hibák (*medical error*) definíciója országonként jelentős eltérést mutat. Olyan eseményekre alkalmazták, amikor a gyógyítás folyamata eltér a legjobb megkövetelhető eljárástól, oly módon, hogy az a beteget veszélyezteti. Például: nem a megfelelő beavatkozás történik, nem a megfelelő időben, nem a megfelelő gyógyszert, illetve gyógyszerdózist kapja a beteg, illetve hiba következik be gondatlanságból. A fejlett országokban az ilyen, nem kívánt események teszik ki a kórházi felvétel 2,9–13 százalékát (*Makai–Gulácsi* [2005]). A betegbiztonság 1999-ben került a figyelem középpontjába, az egyesült államokbeli Institute of Medicine jelentése után, amely szerint 44 000–98 000 amerikai hal meg nem kívánt események miatt (*Kohn és szerkesztőtársai* [2000]).

⁴ Nincs még bevett magyar kifejezés, tanulmányunkban a *szervezett ellátás* kifejezést használjuk. A *managed care* rendszer klasszikus esetben a betegellátás szervezését, irányítását, valamint a pénzügyi kockázat és a haszon/profit megosztását jelenti a finanszírozó és a szolgáltató között. Nem azonos a hazai úgynevezett irányított betegellátással.

⁵ Szintén hiányzik a magyar kifejezés, tanulmányunkban az *egészségügyi szolgáltató* kifejezést használjuk, amelynek jelentését egészségügyi-egészségbiztosítási közösségként lehet visszaadni.

⁶ Nincs megfelelő magyar kifejezés, tanulmányunkban az egészségmegtartó szervezetek kifejezést használjuk. Az HMO a szervezett ellátás (*managed care*) rendszerében az egyik szereplő, amely egészségügyi ellátást is nyújt és biztosítói feladatokat is végez.

illetve 28 millió ellátott részvételével. A kilencvenes évek óta a díjak évenkénti két számjegyű növekedése figyelhető meg, amely hozzájárult ahhoz, hogy az Egyesült Államokban a biztosítás nélküliek száma napjainkban meghaladja a 47 millió főt. Az egészségügyi szolgáltatók dominanciáját mi sem mutatja jobban, mint hogy a legnagyobb három cég piaci részesedése minden államban meghatározó. Csak három államban marad 50 százalék alatt a legnagyobb három cég piaci részesedése, és a vizsgált 50 államból csak 14 államban mozog ez a részesedés 65 százalék alatt. A három legnagyobb ellátó piaci részesedése 10 államban nagyobb, mint 80 százalék, négy államban pedig 98 és 100 százalék közötti. A verseny ezzel a legtöbb államban gyakorlatilag minimálissá vált, aminek következtében árai 2000 óta minden egyes évben a költséginfláció felett 1,5-2,0 százalékkal nőnek. A nagy ellátók kamatfizetés és adózás előtti eredményének növekedése 50 százalékos (WellPoint, United), és két esetben 100 százalék feletti (Aetna, CIGNA) volt (Robinson [2004]).

Egyesült Királyság

A forráskezelő háziiorvosi rendszer. Az Egyesült Királyság jó példája a szervezett ellátás (*managed care*) gyakorlati megvalósításának az állami egészségügyi szolgálat keretei között. Ennek a rendszernek része a forráskezelő háziiorvosi rendszer (*GP fundholding*)⁷ és a szolgáltatásvásárlási modell (*total purchasing pilot sites, TPPs*).⁸ A háziiorvosi rendszert a közösségi ellátásról szóló 1990-es NHS-törvény vezette be az Egyesült Királyságban (*NHS Community Care Act, 1990*).

E reform számos elemet tartalmazott, amelyek közül ki kell emelnünk az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának és vásárlásának különválasztását. 1991. április 1-jétől a a brit egészségügyi szolgálat (*National Health Service, NHS*)⁹ szervezi szolgáltatásnyújtást, a szolgáltatások vásárlásának funkciója pedig a területi egészségügyi hatóság (*District Health Authorities, DHAs*) hatásköre lett. Ezt a lépést tekintik a brit egészségügyi belső piac (*internal* vagy *quasi market*) kiépítése legfőbb induló elemének. Tekintettel a brit tradíciókra, a területi egészségügyi hatóság a kórházi finanszírozásért volt felelős, míg az alapellátás finanszírozásának feladatát kezdetben a család-egészségügyi szolgáltatások hatóságai (*Family Health Service Authorities, FHSA*) látták el. A DHA és FSHA szervezetek 1996-ban egyesültek.

A forráskezelő háziiorvosi rendszerben a háziorvos nem csupán a klasszikus alapellátás nyújtásáért kapja meg a pénzt, hanem egyéb szolgáltatásokért is, s ezen összeget a házi-orvosi csoportpraxisok kezelik. Így a háziorvos a kórházakkal történő szerződés-kötés alapján különböző vizsgálatokra küldheti betegét, járóbeteg-szakellátást kérhet, kezelheti a gyógyszerár-támogatási keret rá jutó részét. Az esetlegesen keletkező megtakarításokat pedig a praxis fejlesztésére használhatja fel, szigorú szabályok szerint. Ez a modell a háziiorvosi kapuőr (*gate-keeper*) betegirányító funkciójának erősítését jelenti. A forráskezelő háziiorvosi rendszerben való részvételt a háziorvosok önkéntesen választhatták. A brit rendszer indulásakor a kisebb létszámú praxisközösségeket támogatta (körülbelül

⁷ Forráskezelő háziiorvosi rendszer, ahol a háziiorvosi csoportpraxis önálló költségzsgazdálkodást folytat. Vagyis több háziorvos alkotta csoport egy pontosan meghatározott finanszírozási keretből vásárol szolgáltatásokat más szolgáltatóktól, például kórházaktól, betegeik, illetve az ellátó területükön élő lakosság számára.

⁸ Az előzőekben említett forráskezelő rendszer egyik változatáról van szó. Tanulmányunkban a *szolgáltatásvásárlási modell* kísérlete kifejezést használjuk.

⁹ Az Egyesült Királyság egészségügyi ellátórendszerének összessége (háziorvosok, járóbeteg-szakrendelők, kórházak, ellátásszervezők stb.).

11 ezer fő/ forráskezelő háziorvos csoport). Az 1991-es induláskor mintegy 294 forráskezelő háziorvosi program (*GP fundholding schemes*) létezett, míg számuk 1998-ben elérte a 3,5 ezret, ami 15 ezer háziorvos részvételét jelentette.

A forráskezelő háziorvosi rendszer gyenge pontja, hogy nincs pontosan meghatározva, hogy milyen betegségekre, illetve milyen szolgáltatásokra terjedjen ki a háziorvosok rendelkezésére bocsátott összeg. Különösen a kevesebb pácienssel működő kisebb praxisok esetén egy-egy súlyosabb beteg gondos és szakszerű háziorvosi ellátása is „elbillentheti” a kasszát. Talán e hatás kiküszöbölése is serkentette a nagyobb szervezetek, nagyobb kockázatközösségek létrehozását. Ennek kapcsán a rendszer fejlődése során létrejöttek az úgynevezett többszörös alapok (*multifund*), ami több forráskezelő háziorvosi egység összekapcsolását jelenti. 1998-ra ezen többszörös alapok száma már elérte a 100-at (2,6 ezer háziorvos részvételével).

1995-től vált lehetővé a szolgáltatásvásárlási szervezetek kialakítása,¹⁰ amelyek száma induláskor 53 volt. Ezek elméletileg az egészségügyi szolgáltatások teljes körét vásárolhatták. Az általuk ellátott lakosság köre általában 12 ezer és 80 ezer fő között változott, tehát egy-egy szervező, illetve szolgáltatásvásárló ellátási köre nagyobb közösségre terjedt ki. A szolgáltatásvásárlási szervezetek száma 1998-ban már elérte a 80-at (1500 háziorvos részvételével).

A forráskezelő háziorvosi rendszer, illetve ennek az előzőekben említett különböző szervezeti formáinak népszerűsége a háziorvosok körében nem volt egyértelmű. Sokan kimaradtak a rendszerből (például a nyugdíj előtt állók vagy az olyan településeken működő orvosok, ahol nem lehetett orvoscsoportot létrehozni). Azon háziorvosok egy része, akik kimaradtak a forráskezelő háziorvosi rendszerből, a regionális egészségügyi hatóságokkal szoros együttműködve, közösen határozzák meg a vásárlási feltételeket és stratégiát. Ebben a formában – ami lényegében a forráskezelő háziorvosi rendszer egyik változata – működő 7 ezer úgynevezett vásárlási csoportnak (*commissioning groups*) mintegy 19 ezer háziorvos volt tagja 1998-ban.

Az 1990-es évek második felében bekövetkezett politikai változás nem kerülte el a brit forráskezelő háziorvosi rendszert sem. A munkáspárt nem igazán szimpatizált a kvázipiac kiépítésével. Inkább a belső piac versenyének megszüntetését, illetve ezzel párhuzamosan az együttműködésen és partnerségen alapuló rendszer kiépítéséhez fogott hozzá. Téziseiket a fehér könyvben foglalta össze (*NHS Executive* [1998]). Az 1999-től új célkitűzések jegyében elvben elhatározták a forráskezelő háziorvosi rendszer megszüntetését, a gyakorlatban inkább átalakították, és létrehozták az alapellátási csoportok (*primary care groups*) rendszerét.

Az alapellátási csoportok és az alapellátási trösztök. A reformok keretében 1999. április 1-jétől működik az alapellátási csoportok (*primary care groups, PCGs*) rendszerre.¹¹ Ezen alapellátási csoportok az egy területhez tartozó háziorvosokat fogják össze, akiknek kötelező a részvétel a rendszerben. Az alapellátási csoportok a szolgáltatások teljes körét vásárolhatják pácienseik számára. Az előző szerveződésekhez képest jóval nagyobb, 50–250 ezer fő közötti lakosság szám tartozik egy csoporthoz. Elmondható, hogy egy-egy alapellátási csoport átlagosan 20 praxisközösség mintegy 100 ezer lakosát fogta össze. A regionális egészségügyi hatóság (DHA) helyett létrehozott egészségügyi hatóság szerepe inkább a tervezés irányába tolódik el.

¹⁰ A szolgáltatásvásárlási modell kísérlete (*total purchasing pilot sites, TPPs*) megfelel a forráskezelő háziorvosi rendszernek: csoportos praxisban dolgozó orvosok meghatározott pénzügyi keretükből egészségügyi szolgáltatásokat vásárolnak az általuk ellátott lakosság számára.

¹¹ Az alapellátási csoportpraxisok összességét jelenti.

A brit rendszer nem állt meg ezen a szinten, a továbbfejlődés az úgynevezett alapellátási trösztök (*primary care trusts, PCTs*)¹² rendszerének keretében valósult meg. Az alapellátási trösztök első hulláma 2001. április 1-jén indult, amikor 17 ilyen szervezet jött létre.

Összefoglalóan elmondható, hogy a brit háziorvosi forráskezelő rendszer bevezetésének két fő célja volt. Az egyik a szolgáltatók közötti verseny erősítése, a másik pedig az, hogy a szolgáltatások árainak megállapításával és a szerződéskötések rugalmasabbá tételével a háziorvosok számára lehetővé váljon az NHS-források megfelelő allokálása és a lakosság szükségleteinek rugalmas kielégítése. A forrásallokáció szabadságának mértéke a nagyobb praxisok esetében erőteljesebben jelentkezett. A kisebb (kevesebb orvosból álló) praxisok a gyógyszerfelírási szokások és a lakossági egészségügyi ellátás (*community health services*) – az alapellátás-vásárlás (*primary care purchasing*) – terén, a közepes nagyságú praxisok a kórházak és a specialistaikkal történő konzíliumok terén (*standard fundholding*), míg a legnagyobbak a brit egészségügyi ellátási (NHS) szinten is (*total purchasing practices*) hatással tudtak lenni a forrásallokációra. Árverseny a forráskezelő háziorvosok között ritkán fordult elő, ezért ennek nem volt jelentősége a forráskezelő háziorvosok számára. Vannak adatok arra, hogy a forráskezelő praxisok valamivel kevesebb gyógyszert használtak, mint a nem forráskezelő praxisok, azonban az egészségügy igénybevétele és az eredmény terén terén a forráskezelő és a nem forráskezelő praxisok között szignifikáns eltérést nem sikerült kimutatni (*Milne–Torsney* [2003]).

Nőtt-e a hatékonyság az Egyesült Királyság egészségügyében? Az Egyesült Királyságban nagy súlyt helyeznek az egészségügyi szektor hatékonyságának mérésére. Az egészségügyben meghozott intézkedések célja a hatékonyság javítása, és az intézkedések eredményességét is a hatékonyságjavuláson keresztül mérik. A hatékonyság kalkulálása azonban lényeges módszertani problémákat is magánban rejt (*Bloor–Maynard* [2006]). 2004-ben az Egyesült Királyság statisztikai hivatalában (*Office for National Statistics*) oly módon becsülték az NHS hatékonysági indexét, hogy az outputokat (az NHS terápiás tevékenységei a relatív költségükkel súlyozva) osztották az inputtal (munkaerő-, eszköz-, szervizköltségek és az NHS tőke). Azt tapasztalták, hogy a hatékonyság 1995 és 2004 között évente 0,6–1,3 százalékkal csökkent (*ONS* [2004]). Az Atkinson-jelentés a hatékonyság mérésével kapcsolatosan fejlesztési javaslatokat fogalmazott meg, javaslata alapján az alapellátás eredményességének elemzése és a minőség nagyobb figyelmet kapott (*Atkinson* [2005]). A minőségfejlesztés eredményeit is magában foglaló kutatás során figyelembe vették a betegségek túlélési arányait, a várakozási időt és a betegek tapasztalatait is. A minőségi elemeket is figyelembe vevő számítás szerint az Egyesült Királyság statisztikai hivatala újrakalkulálta a hatékonysági indexet, ami így évente –0,5 százalékostól +2,0 százalékosig terjedő változást mutatott 1999 és 2004 között (*Dawson és szerzőtársai* [2005]). Ha figyelembe vették a NHS növekvő kibocsátását is (amit a nemzetgazdasági reálkeresetek növekedésével becsültek), akkor a hatékonyság 0,9–1,6 százalékos növekedést mutatott (*ONS* [2006]).

Hollandia

Az 1980-as évek vége óta tervezett reform bevezetésével Hollandia egészségügyi piacát deregulálta, és betegbiztosítókat vont be. A biztosítási díjak 1995-ig nem különböztek a biztosítók között, 1996 után a biztosítási díjak szintje valamelyest csökkent, de a biztosítók által szedett díjak nagysága már különbözött. Ez azt jelentette, hogy ha egy átlagos

¹² Még nagyobb orvoscsoport-közösségeket, ennek megfelelően nagyobb lakosságot tömörítő szervezet.

bruttó jövedelmű biztosított a legdrágább betegbiztosítóról a legolcsóbbra váltott, akkor évente kevesebb mint 44 eurót takaríthatott meg (*Gress és szerzőtársai* [2002]). 1995 és 1999 között a biztosítók taglétszámában minimális jelentőségű változás következett be (10-20 ezer fős növekedés vagy csökkenés).

A holland rendszerben az elmúlt évekig két eleme volt az egészségbiztosítási díjaknak: az állam által központilag megállapított és beszedett százalékos egészségbiztosítási járulék és egy, az egészségbiztosítók által megállapított és beszedett fix díj. A holland rendszer 1. pillérében (AWBZ séma) a jövedelem 13,25 százalékának megfelelő egészségbiztosítási járulékot a munkavállalók nem az egészségbiztosítóknak fizették, hanem egy központi alapba. A 2. pillérben (ZFW) a járulékot a munkavállalók (a jövedelem 1,25 százalékának megfelelő) és a munkáltatók (a jövedelem 6,75 százalékának megfelelő) közösen fizették egy központi alapba. Itt azonban volt egy fix összegű (239–390 euró/év) díj is, amit a biztosítók állapítottak meg, és szedtek be közvetlenül – ebben lehetőségük volt versenyezni is.

A rendszer finanszírozhatósága érdekében jelentős lépések történtek 2000 óta. A erre vonatkozó számításokba (*van de Ven és szerzőtársai* [2007]) újabb kockázati tényezőket vontak be: a vizsgálatokban figyelembe vették gyógyszerek szerinti (2002. évi modell), később pedig a diagnózis szerinti költségsoportokat (2004. évi modell), illetve azt, hogy a biztosított önfoglalkoztatott-e. A kormányzat – mivel a 2004. évi modell magyarázó értéke a 2000-re vonatkozó modell magyarázó értékét jelentősen felülmúlta – a betegbiztosító finansziális kockázatát a 2000-ben megállapított 36 százalékról 2006-ban 53 százalékra emelte. Ennek eredményeképpen az átlagostól eltérő esetek kockázati küszöbe 4545 euróról 12 500 euróra emelkedett. A kockázati szelekció csökkentése érdekében 2006-ban kockázatkiegyenlítési rendszert is bevezettek. A kockázatkiegyenlítő alap bevételei a kötelezően fizetendő jövedelemarányos hozzájárulásokból származnak. 2006-ban ez az összeg a biztosítók bevételeinek 50 százalékát tette ki. 2000-ben a betegbiztosítók bevételeinek 90 százaléka származott a jövedelemarányos befizetésekből, ez az arány 2006-ban 78 százalékra csökkent. Ezzel párhuzamosan, a fejenként „zsebből fizetett” járulék növekedett, 188 euró volt 2000-ben, 350 euró 2003-ban és 1050 euróra emelkedett 2006-ra (*van de Ven és szerzőtársai* [2007]).

2006 januárjában jelentős piaci reformot vezettek be az egészségügyben, amelynek egyértelmű célja volt, hogy erősítsék a finanszírozók vásárlási pozícióját (*Custers–Arah–Klazinga* [2006]). Ezzel párhuzamosan megváltoztatták az egészségügyi szolgáltatók finanszírozásának a mechanizmusát is. A változások röviden úgy foglalhatók össze, hogy a korábbi, egy bizonyos jövedelemhatár alatti kötelező, akut ellátásra kiterjedő egészségbiztosítás és e jövedelemszint felett önkéntesen választható magánbiztosítás összeolvadt egy új, kötelező és magánbiztosítók által kínált, akut ellátást fedező alapbiztosítással. Ez az új biztosítás nagyjából ugyanaz, mint a korábbi kötelező biztosítás volt. Minden biztosító minden jelentkezést köteles elfogadni, és a biztosítottak kötelesek a biztosító által megállapított díjat fizetni. Emellett minden jövedelemmel rendelkező biztosított után munkaadója jövedelemtől függő (6,5 százalékos) hozzájárulást fizet. A verseny a biztosítási járulék területén van a biztosítók között, mert a biztosítók adhatnak 10 százalékos árengedményt. 2005 végén az emberek 18 százaléka váltott biztosítót, főleg egyedülálló, jó keresetű fiatalok (*van de Ven és szerzőtársai* [2007]).

A biztosítók egyeznek meg a szolgáltatóval az ellátások, kezelések áráról és minőségéről. A kockázati szelekció, azaz a rossz kockázatú ügyfelek nagy aránya által okozott problémák elkerülésére biztosítási kockázatot kiegyenlítő alapot hoztak létre. A hosszú távú ápolást és a költséges ellátásokat továbbra is a kivételes egészségügyi költségekre vonatkozó törvény szerint az AWBZ finanszírozza. Minimális kivételtől eltekintve mindenki, aki legálisan Hollandiában él és dolgozik, ide tartozik, és az AWBZ fedezi a költségek körülbelül 40 százalékát. Ennek forrását a jövedelemarányos hozzájárulások, a

jövedelemadó és más hozzájárulások fedezik. Az AWBZ hatálya alá tartozó szolgáltatókat ugyanazok a magánbiztosítók kínálják, amelyek az alapsomagot is.

A reform bevezetését széles körű és hosszú – két évtizedes – társadalmi vita előzte meg, hiszen a jelenlegi egészségbiztosítási reformról szóló Decker-jelentés 1987-ben jelent meg (*Custers–Arah–Klazinga* [2006]). E reform legfontosabb sajátossága, hogy a költségellenőrzéssel kapcsolatos feladatokat a kormányzat részben átadta a finanszírozóknak, a szolgáltatóknak és a fogyasztóknak. Az ellenőrzés megvalósításának eszköze a piaci verseny (*Paulus és szerzőtársai* [2003]).

A változások négy legfontosabb eleme:

1. kevésbé hierarchikus és megegyezésen alapuló rendszer létrehozása a központi kormányzat és a kulcsszereplők között, továbbá a kulcsszereplők közötti kapcsolatokat újradefiniálása;

2. a kormányzat a szabályozásra, tervezésre és az egészségügyi források árazására koncentrált;

3. olyan kormányzati mérési módszerek kialakítása (költség és minőség stb. mérésére), amelyek a versenyt stimulálják;

4. a döntés szabadságának a hangsúlyozása.

Már a reform bevezetése során a szolgáltatók jelentős szabadságra tettek szert, és a finanszírozók, a központi kormányzattól való függés csökkenését követően a piaci nyitás érdekében kezdtek kváziüzleti vállalkozásként működni. A betegek is kedvezőbb helyzetbe kerültek, hiszen ebben a rendszerben már kevésbé kell elfogadniuk a számukra kedvezőtlen döntéseket, biztosítót válthatnak, a túlságosan hosszú várólisták esetén pedig térítés mellett külföldön igénybe vehetik az egészségügyi szolgáltatásokat (*Paulus és szerzőtársai* [2002]).

A Decker-jelentést (1987) követő vita jelentős minőségfejlesztési lépésekhez vezetett. Ezek során épült ki az egészségügyben az akkreditációs rendszer, a tanúsítás, az irányelvek megfogalmazása, a kollegiális tanácsadás, a minőségi rendszerek, a betegrésztétel. Ezek mind illeszkedtek a folyamatosan fejlődő egészségpolitikába. Az ellátás minőségével kapcsolatos viták és teendők más országokhoz hasonlóan Hollandiában is áthelyeződtek a szolgáltatók oldaláról a szolgáltatásvásárlók oldalára. Mindezt azért történik, mert a szolgáltatásvásárlók számára egyre világosabb, hogy rengeteg pénzt költenek egy olyan egészségügyi rendszerre, amely rossz minőséget produkál (*Custers–Arah–Klazinga* [2006]). Ezért más országokhoz (például Egyesült Királyság, Egyesült Államok) hasonlóan Hollandiában is olyan finanszírozást vezettek be az alapellátás és a fekvőbeteg-ellátás területén, amely a minőség fejlesztését tűzi ki elsődleges célul (minőségen alapuló szolgáltatásvásárlás).

Ausztria

Ausztriában 21 betegbiztosító működik, ezek közül kilenc regionális, a többi szakmák (közalkalmazottak, köztisztviselők, vállalkozók, farmerek), illetve nagy cégek (például vasúttársaság) zárt betegbiztosítói. A díjak a jövedelem 7,3–9,0 százalékát teszik ki,¹³ amelyet közel 50-50 százalékban fizet a munkaadó és a munkavállaló. Az alapellátási csomag kissé eltér az egyes biztosítók esetén, mint ahogy a díjakban is mutatkozik kisfokú eltérés. A beteg-hozzájárulás (*co-payment*)¹⁴ mértéke is más és más az egyes biztosítók esetén. A lakosság nem választhat a betegbiztosítók között, emellett a betegbiztosí-

¹³ Betegbiztosítótól függő 7,3–9,0 százalékos hozzájárulást a biztosítottak, illetve a munkaadók 360–3600 euró között fizetnek, efelett a hozzájárulás 5000 euróig nem változik (lépcsős fizetés), efelett a jövedelmet ilyen kötelezettség nem terheli.

¹⁴ A beteg által fizetendő önrész az egyes egészségügyi szolgáltatások, termékek után (például tb-támogatáson felüli rész fizetése a gyógyszerárból).

tóktól a magánbiztosításba való átlépés gyakorlatilag lehetetlen. (Speciális lakossági csoportok, például diplomaták, jogászok számára járható ez az út, de ez körülbelül csak 10 ezer embert érint.) Emellett a lakosság 30 százaléka rendelkezik kiegészítő biztosítással, ezt a magánbiztosítók nyújtják. Verseny semmilyen formában nincs, és bevezetését nem is tervezik.

Németország

Németországban az 1996-ban és 1997-ben, tehát két lépésben végrehajtott reform óta szabadon lehet a különböző betegbiztosítók között választani. A német betegbiztosítók 2003-ban 70 millió biztosítottat láttak el. Ezt megelőzően ez a szabad választási jog csak a „fehérgalléros” munkatársakat illette meg. Bizonyos jövedelemhatár (2006-ban 3900 euró/hó) alatt a betegbiztosítás¹⁵ mindenki számára kötelező, de felette már ki lehet lépni a rendszerből, és magánbiztosítás köthető (ebben az esetben a biztosítási járulékot a betegbiztosítónak nem fizetik tovább). A betegbiztosítók által szedett biztosítási járulék regionális különbségeket mutat, a hozzájárulás 11,2–15 százalék között ingadozik. Ez azt jelenti, hogy ha egy 3000 euró bruttó jövedelmű biztosított, ha a legdrágább betegbiztosítóról a legolcsóbbra váltott, akkor évente akár 432 euró megtakarítást is elérhetett (a munkaadó szintén ugyanennyit), de alacsonyabb jövedelem mellett is jelentősek voltak a különbségek. A biztosítási hozzájárulás jelentős különbsége miatt gyakori a biztosítóváltás: 1995–2001 között például az AOK¹⁶ biztosító 2,7 millió tagot veszített (a tagság 12 százalékát), míg a BKK¹⁷ biztosító 3,2 millió új tagot nyert (a tagság 61 százalékát), az EAN¹⁸ 600 ezer tagot veszített (3,2 százalék), míg a EAR¹⁹ 34 ezer tagot nyert (3,7 százalék). Összegezve elmondható, hogy a biztosítottak 3-5 százaléka váltott biztosítót évente. A lakossági felmérések szerint a biztosításváltás okai a következők voltak: olcsóbb hozzájárulás (59 százalék), jobb ellátási csomag (23 százalék), jobb minőségű szolgáltatás (16 százalék) és más okok (2 százalék) (*Gress és szerzőtársai* [2002]).

A betegbiztosítóknak fizetendő járulék jelentős különbségét a 2006–2007. évi törvényi változások minimalizálják, mondván: nem indokolt gyakorlatilag azonos egészségügyi szolgáltatásokért jelentősen eltérő járulékot megállapítani.

A magasabb jövedelműek átléphetnek a magánbiztosítóba, ebben az esetben azonban a biztosítás nem terjed ki a (nem dolgozó) családtagokra és gyerekekre. Ezért ez a biztosítási forma a fiatal egyedülálló magas keresetűeket vonzza (*Busse–Riesberg* [2004]). Magánbiztosítók által kínált kiegészítő biztosítást is sokan vesznek igénybe.

Az utóbbi években gyakran előfordul, hogy a magánbiztosítást választók a magasabb biztosítási díjat nem tudják fizetni, illetve családot alapítanak, és vissza szeretnének menni a betegbiztosítókhoz. Ez azonban nagyon nehéz, ezért növekszik azok száma, akinek nincs semmilyen biztosításuk.

Az elmúlt évtized Németországban az egészségügy reformok jegyében telt, ezt a szakirodalom részletesen tárgyalja (*Gress és szerzőtársai* [2002]).

Különösen érdekesek a 2006. évi és a 2007. évi változások, amelyek egyik célja a biztosítási hozzájárulás és az ellátáscsomag egységesítése, a biztosítási hozzájárulás köz-

¹⁵ Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), angolul általában Statutory Health Insurance (SHI) formában használatos.

¹⁶ Allgemeine Ortskrankenkassen, angolul általában basic or regional sickness fund formában használatos.

¹⁷ Betriebskrankenkassen angolul általában company sickness fund formában használatos.

¹⁸ Ersatzkrankenkassen für Angestellte, angolul általában substitute funds for white-collar workers formában használatos.

¹⁹ Erstzkrankenkassen für Arbeiter angolul általában substitute funds for blue-collar workers formában használatos.

ponti beszédese és a kockázatkiegyenlítő közösség létrehozása. E technikai kérdések mellett ma a legnagyobb kihívás a verseny és a szolidaritás követelményeinek való egyidejű megfelelés. Bismarck 1880-as törvényei óta a betegbiztosítás legfontosabb alapeleme a szolidaritás, verseny nélkül viszont lehetetlen az egyre növekvő betegbiztosítási deficit lefaragása (*Stock–Radaelli–Lauterbach* [2007]). A szolidaritás és a verseny egyidejű javítását az 1992. évi *szolidaritás és verseny* keretprogram alapozta meg (*Plaff–Wassenger* [2000]), amit a biztosítók közötti szabad választás 1996–1997. évi bevezetése tett teljessé. A szolidaritás miatt azonban a betegbiztosítók nem kérhetnek kockázattól függő biztosítási díjat. A kockázat szerinti szelekció elkerülése érdekében a biztosítóknak mindenkivel kötelező szerződniek, nem vizsgálhatják a betegségi és ezzel együtt a finanszírozási kockázatot. Fel kell hívni azonban a figyelmet arra, hogy mindezek ellenére a kockázat szerinti szelekció²⁰ igen jelentős, és a kötelező betegbiztosítás egyik legfontosabb megoldatlan problémája (*van de Ven és szerzőtársai* [2003], *Gress és szerzőtársai* [2002]). Két évvel a szabad biztosítóválasztás bevezetése előtt, 1994-ben a biztosítók kompenzációja érdekében életbe léptették a kockázatkiegyenlítési rendszert. Minél jobban működik a kockázatkiegyenlítés, annál inkább megvalósul a szolidaritás, és annál kisebb az akadály a verseny előtt. A szolidaritás erősítése és a verseny fokozása érdekében olyan betegségmenedzsment programot vezettek be, amely biztosítja a magas kockázatú betegek esetében a kockázatmegosztást.²¹

Míg nem volt szabad a biztosítóválasztás, mivel a földrajzilag vagy munkahelyenként szerveződő biztosítók közötti váltás nagyon korlátozott volt, mind a betegségkockázat, mind a biztosítottak jövedelme szempontjából jelentős eltérések alakultak ki a biztosítók között. (Ez tükröződött azután a díjak jelentős eltéréseiben is.) Általában a magasabb jövedelműek kevesebb díjat fizettek, hiszen jobb kockázati struktúrájú biztosítóhoz kötődtek, így sérült a társadalmi szolidaritás.

A jelenlegi változások mögött az a felismerés áll, hogy a kialakított kompenzációs rendszer jelentős szerepet játszik, de nem képes a krónikus betegek²² megbetegedési kockázatát és költségeit megfelelően mérni. A betegbiztosító például ugyanazt a kompenzációt kapja egy egészséges 65 éves után, mint egy beteg 65 éves után, a különbség azonban éves szinten 2-3 ezer euró is lehet. Ennek megfelelően a biztosító nem érdekelt abban, hogy megfelelően ellátva a krónikus betegeket, növelje arányukat, hiszen ez számára ráfizetéses. A díjat sem emelheti, hiszen ebben az esetben a fiatal, egészséges biztosítottak más biztosítót választanak, ennek megfelelően hasznosabb volt a kockázati szelekció kifinomultabb formáit választani, mint a krónikus betegeket megfelelően kezelni.

Éppen emiatt a kormányzat a kompenzáció mellett közös kockázati csoportot hozott létre,²³ amely a 20 450 euró feletti éves kezelési költséget igénylő betegek költségeinek 60 százalékát fedezi, és létrehozta a betegségmenedzsment programot, hogy az ebben való részvétel kockázatkiegyenlítő hatása érvényesüljön.

²⁰ Ez összefügg a biztosítás egyik legnehezebben kezelhető problémájával, az információs aszimmetriával.

²¹ A betegségmenedzsment program akkreditált program, amely biztosítja az adott betegek ellátásának folytonosságát és magas színvonalát, nemcsak az orvosi/ápolási munka fejlesztésével, hanem a betegutak irányításával is. A betegségmenedzsment program során gondoskodnak arról, hogy érvényesüljenek a tényalapú orvoslás szabályai, azaz a betegek gyógykezelése a hozzáférhető legjobb tudományos eredményeken, az adott országban a beteggyógyítás során szerzett tapasztalatokon és a betegek preferenciáján alapuljon.

A 2003-ban bevezetett betegségmenedzsment program eredményeinek első széles körű felmérését 2006-ban végezték el, az eredményeket még nem publikáltak.

²² Krónikus megbetegedések, állapotok csoportjába az Egyesült Királyságban a betegek 20-25 százaléka tartozik (*Hutt és szerzőtársai* [2004]).

²³ A kockázatkiegyenlítés reformjára vonatkozó törvényt 2001 novemberében fogadta el a német parlament, ennek alapján 2002-ben létrehozták a magas költségek kiegyenlítő alapját, s a fent említett évi 20 450 euró feletti költségű betegek 60 százalékos kockázatkiegyenlítésére 2004-ben 4,6 milliárd eurót fordítottak a 26 milliárd euró költségvetésű kockázatkiegyenlítő alaphól. Ezt követően 2003-ban kezdődött az önkéntes, akkreditált betegségmenedzsment program, ami szintén segíti a kockázatkiegyenlítést.

A betegségmenedzsment program célja, hogy javuljon a krónikus betegek ellátásának minősége és folytonossága. Olyan betegségek kerülhetnek ebbe a programba, amelyekben a szenvedők száma egy évben (prevalencia) magas, jelentősek az (szakmai) eltérések az ellátásban, magas költséggel járnak, rendelkezésre állnak tudományos alapú szakmai irányelvek, az eredményes ellátás a különböző szolgáltatók esetén integrált ellátási formát igényel, és jelentős a beteg öngondoskodása.²⁴ Egy szakmai bizottság minden egyes betegség esetén felállítja a szakmai követelményeket, aminek a betegellátás során eleget kell tenni. A minőség javítása érdekében nemzeti célokat állítottak fel ezeknek a betegségeknek a kezelése terén, megnevezték az elsőként használandó gyógyszereket és beavatkozásokat, amelyek a tudományos alapú nemzeti irányelvben vannak lefektetve. Az ellátás integráltságát és a minőséget (cél, módszer, mérés) a biztosító és a szolgáltató közti szerződésben foglalják össze. A betegségmenedzsment programját kötelezően akkreditálni kell, a következő kritériumok alapján:

- tudományos alapú terápia,
- minőségi követelmények és mérési módjuk,
- a felvételi kritériumoknak való megfelelés,
- betegek és orvosok oktatása,
- dokumentációs követelményeknek való megfelelés,
- a hatékonyság és a költség-hatékonyság elemzése.

A verseny főbb tanulságai és eszközei

A biztosítók közötti verseny számos terepen és eszköz révén valósulhat meg. Az elméletileg rendelkezésre álló eszközök közül azonban a nemzetközi gyakorlat azt mutatja, hogy a már működő több-biztosítós rendszerek viszonylag kevés eszközt használnak. Belgium, Hollandia és Németország összehasonlítása (2. táblázat) azt mutatja, hogy az alapsomagban nincs érdemi verseny. A jövedelemfüggő (százalékos) járulékból Belgiumban és Hollandiában szintén nincs verseny. A vizsgált három ország mindegyikében a kiegészítő biztosítások piaca tűnik egyértelműen versenyorientátnak.

2. táblázat

Versenyelemek a több-biztosítós modellekben

Megnevezés	Belgium	Németország	Hollandia
<i>Versenyelem</i>			
Alapsomag	nincs	nincs	nincs
Jövedelemfüggő járulék	nincs	igen	nincs
Fix járulék	nincs	–	igen
Kiegészítő biztosítás	van	nincs	van
<i>Kockázatkiigazítás</i>			
Prospektív fejkvóta	van	van	van
Retrospektív kiigazítás	van	nincs	van
Szelektív szerződéskötés	nincs	nincs	van

Forrás: Varkevisser-van der Geest [2001].

²⁴ Eddig ebbe a programba bevont betegségek a következők: asztma/krónikus légzőszervi megbetegedések, szívbetegségek, emlőrák.

3. táblázat

A szabályozott verseny szereplői, ösztönzők és eszközök az optimális modellben, valamint Németország és Hollandia tényleges gyakorlatában

Megnevezés	Szabályozott verseny elméleti modellje	Németország	Hollandia
Biztosítók pénzügyi kockázata	magas	közepes	közepes és alacsony
Kockázattűggő fejkvóta a biztosítóknak	finomított	durva	kissé finomított
Standard alapsomag az ügyfeleknek	igen	igen, de nagyon magas szintű	igen, de magas szintű
Szabad piacra jutás a szolgáltatóknak	igen	limitált	nem
Szabad piacra jutás a biztosítóknak	igen	nem	igen
Szponzorok	igen	nem	nem
Hatékony versenypolitika	igen	nem	indulófélben
Szabad biztosítóválasztás az ügyfeleknek	igen	nagyrészt (1996-tól)	igen (1992-től)
Költségmegosztás az ügyfelek között	magas	közepes	alacsony
Árverseny – biztosítói	magas	magas	alacsony
Árverseny – szolgáltatói	magas	nincs	alig van
Verseny a biztosítói szolgáltatási spektrumban	magas	alig van	nincs
Szelektív szolgáltatói szerződés kötés	lehetséges	majdnem lehetetlen	csak az egyéni vállalkozókkal szemben
Biztosítók és szolgáltatók vertikális integrációja	lehetséges	lehetetlen	csak patikák

Forrás: Gress–Okma–Hessel [2001].

Gress–Okma–Hessel [2001] arra kereste a választ, hogy mit is várhatunk szabályozott versenytől az egészségügyben (3. táblázat). Modelljükben a verseny szempontjából kiemelt tényezőket vizsgálták, majd ezen elméleti lehetőségeket hasonlították össze Németország és Hollandia több-biztosítós rendszerével, az 1990-es évek végi állapot szerint. Mint láthatjuk, sem a német, sem a holland rendszer nem igazán felelt meg a szabályozott piaci verseny elméleti kritériumainak. További érdekesség, hogy a német, illetve a holland rendszer egymástól is igen eltérő jellegzetességeket mutat.

Összefoglalás és következtetések

Az Egyesült Államok, Egyesült Királyság, Hollandia, Ausztria és Németország példája alapján látható, hogy a verseny igen korlátozottan van jelen az egészségügyben, habár erre, Ausztriát kivéve, törekszenek a vizsgált országokban. Az is megállapítható, hogy a verseny nem állította meg az egészségügyi költségek gyors növekedését,²⁵ és a minőség javulása is kérdéses.

A vizsgált európai országokról általában elmondható, hogy:

- a jelenlegi reformfolyamatok hosszú (az esetek egy részében több évtizedes) előkészítő tevékenységek részei/eredményei,
- olyan országokban zajlanak, ahol a gazdasági növekedés ebben a teljes periódusban kiegyensúlyozott és jelentős volt,
- a magán-, illetve nem állami tulajdonú egészségügynek vannak hagyományai,
- az (Egyesült Királyságot kivéve) a több-biztosítós rendszernek vannak csak hagyományai,
- nagyon erős az állami (szakmai és finanszírozási), szakmai és a lakossági kontroll.

A verseny, legalábbis a vizsgált periódusban, eddig nem produkálta azokat az előnyöket, amelyekre a gazdaság más területein számos jó példa van. Például a verseny eredményeképpen oly módon nőtt a digitális kamerák megapixel-teljesítménye, a lapos képernyők átmérője és képfelbontása, a mobiltelefonok és számítógépek fejlődéséről nem is beszélve, hogy közben az árak igen jelentősen csökkent. Ezzel szemben az egészségügy képes szolgáltatásainak minőségét és mennyiségét oly módon növelni, hogy közben erőteljes az áremelkedés. Ez a gazdaság más szektorában ritkán előforduló jelenség magyarázatát az Egyesült Államokban abban látják, hogy a verseny nem a megfelelő szinten, rossz célokat követve, rossz formában és rossz stratégia alapján folyik (*Porter–Teisberg* [2004]).

Az európai országokban inkább az egészségügy sajátosságait és a társadalmi szolidaritást figyelembe véve próbálják a verseny támogatásával is javítani az egészségügy hatékonyságát, javítani minőségét, és kontroll alatt tartani a költségeit. A vizsgált országok ugyan sok tekintetben eltérnek, a következő általános törekvések figyelhetők meg:

- az egészségügyben az árakat és tarifákat központilag, kormányzati szinten állapítják meg, ettől a versengő biztosítók és szolgáltatók (lefelé) eltérhetnek, ennek az eltérésnek a mértéke azonban csekély;
- a biztosítási díjért és járulékért cserébe a biztosított jól definiált minőségű szolgáltatásokból álló, explicit módon leírt „alapellátási” csomagban részesül, függetlenül attól, hogy ezt állami vagy magánszolgáltató (biztosító) nyújtja számára;
- az egészségügyi szolgáltatások minőségének követelménye szintén központilag sza-

²⁵ Ez nem volt minden országban cél.

bályozott versenyt generálnak a jobb minőség érdekében. A minőség terén folyó „szabad” versenyt valamennyi ország etikátlannak tartja és elutasítja;²⁶

- a szolgáltatóknak a szolgáltatások eredményéről, kimenetéről (műtétek utáni fertőzési arány, szívinfarktus utáni vagy rákos megbetegedésekkel kapcsolatos túlélés, rövid és hosszú távú halálozás, a kezelés eredményeképpen elért életminőség-növekedés), az általános minőségéről és a szolgáltatások biztonságosságáról (egészségügyi hiba, balesetek) kötelező az információszolgáltatás a finanszírozó és a lakosság számára;

- az információs aszimmetria csökkentésére a lakosságot jelentős mennyiségű információval látják el annak tudatában, hogy az információk felhasználása igen korlátozott,²⁷ azaz a „jól informált fogyasztó” is részleges információ alapján dönt;

- abban az esetben, amikor az orvosi döntések olyan területeken születnek, ahol nem áll rendelkezésre megfelelő tudományos bizonyíték, maguk az orvosok sem tudják előre jelezni a végeredményt, ezért valamennyi országban erőteljesen terjesztik a tudományos alapú orvoslás módszerét;²⁸

- Ausztrián kívül minden országban már bevezették, illetve tervezik bevezetni a finanszírozási küszöb megállapítását,²⁹ ennek során kalkulálják és maximalizálják az egy életvagy egy életév-nyereség érdekében elkölthető összegek nagyságát;³⁰

- valamennyi országban egyre inkább a lényeges finanszírozási döntéseket az egészség-gazdaságtani vizsgálatok eredményei alapján hozzák meg;

- az egyes országokban jelentős egészség-gazdaságtani kutatások folynak, hiszen a más országokban folytatott elemzések transzferálhatósága és adaptálhatósága még az azonos fejlettségi szinten lévő országok között is igen korlátozott.³¹

Tisztában vagyunk azzal, hogy sok szakember foglalkozik Magyarországon az egészségügy átalakításával, hiszen ez kiemelt kérdés a reformok sorában. Ugyanakkor nem tudunk arról, hogy nemzetközi összehasonlítások, elemzések készülnének a hazai adatok felhasználásával. Reméljük, hogy a bemutatott példákkal sikerült néhány tapasztalatra felhívni a döntéshozók figyelmét.

²⁶ Magyarországon az egészségügyben a minőségügyi rendszerek kiépítettsége jelentős, a hatékonyságról és az eredményekről azonban nagyon kevés adat áll rendelkezésre. Bővebben lásd *Gulácsi és szerzőtársai* [2006].

Az ellátás minőségével kapcsolatos a betegek gyógyulása, túlélése, életminősége és biztonsága is. Magyarországon a kényelmi szempontok és az ellátás hotelszolgálati szempontjának hangsúlyozása került előtérbe. Ez utóbbi drágábban az esetek jelentős részében valóban megvásárolható, a szakmai minőség több pénzért való megvásárolhatósága az esetek túlnyomó részében kétséges.

²⁷ *Custers–Arah–Klazinga* [2006] szemléletes példával támasztja ezt alá. Példájuk szerint a légi utasok a repülés előtt nem vizsgálják a légitársaságok gépeinek típusát, életkorát, a karbantartás gyakoriságát és megfelelését, a pilóta tapasztaltságát és így tovább. Egyszerűen megbíznak a légitársaságban és repülnek.

²⁸ Magyarországon e téren harmincéves a lemaradás, és a mai napig nem épült ki olyan mechanizmus, amely szisztematikusan végezné a tudományos eredmények megfelelő gyakorlati alkalmazását. Ennek következtében jelentős finanszírozási forrást emészt fel az olyan technológia az egészségügyben, amelynek a hatássága kérdéses, illetve tudottan nem hatásos (*Kárpáti és szerzőtársai* [2006]).

²⁹ Az egy jó minőségű életévben számított nyereségre jutó költségszint, amit az adott országban megfelelőnek tartanak, és amely költségszint alatt általában javasolják az adott eljárás vagy gyógyszer finanszírozását, ez az érték 20 ezer euró Hollandiában, illetve 20–30 ezer font az Egyesült Királyságban (2004). Magyarországon erre nézve szakmai anyagok már készültek, azonban az ezzel kapcsolatos egészségpolitikai döntések nem születtek meg.

³⁰ Magyarországon ezt a küszöböt még nem rögzítették, de egyes megbetegedések esetén az életévnyereség költségeit már különböző vizsgálatok során már kalkulálták (*Boncz és szerzőtársai* [2003], *Gulácsi–Kiss* [2003]).

³¹ Tisztában vagyunk azzal, hogy sok szakember foglalkozik Magyarországon az egészségügy átalakításával, hiszen ez kiemelt kérdés a reformok sorában. Ugyanakkor nem tudunk arról, hogy nemzetközi összehasonlítások készülnének, elemzések folynának a hazai adatok felhasználásával.

Hivatkozások

- ANDORKA RUDOLF–KONDRATAS, A.–TÓTH ISTVÁN GYÖRGY [1995]: A jóléti rendszer jellemzői és reformjának lehetőségei. *Közgazdasági Szemle*, 1. sz. 1–29. o.
- ATKINSON, A. [2005]: Atkinson Review. Final Report. ONS, London. http://www.statistics.gov.uk/about/data/methodology/specific/PublicSector/Atkinson/downloads/Atkinson_Report_Full.pdf.
- BLOOR, K.–MAYNARD, A. [2006]: The productivity of health care. *Health Economics*, 15. 1257–1259. o.
- BONCZ IMRE–HORVÁTH BOLDIZSÁR [2001]: Az egészségügyi menedzsment és gazdaságtan alapvonalai. Pécsi Tudományegyetem, Pécs.
- BONCZ IMRE–SEBESTYÉN ANDOR–GULÁCSI LÁSZLÓ–PÁL MIKLÓS–DÓZSA CSABA [2003]: Az emlőrák-szűrések egészség-gazdaságtani elemzése. *Magyar Onkológia*, 47. évf. 2. sz. 149–154. o.
- BONCZ IMRE [2005]: Az Egészségbiztosítási Alap pénzügyi egyensúlyáról és hiánygazdálkodásáról. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, 4. évf. 5–7. sz.
- BONCZ IMRE–DÓZSA CSABA–KALÓ ZOLTÁN–NAGY L.–BORCSEK BARBARA–BRANDTMÜLLER ÁGNES–BETLEHEM JÓZSEF–SEBESTYÉN ANDOR–GULÁCSI LÁSZLÓ [2006]: Development of health economics in Hungary between 1990–2006. *The European Journal of Health Economics*, 7(S1) 4–6. o.
- BUSSE, R.–RIESBERG, A. [2004]: Health care systems in transition. *European Observatory of Health Care Systems and Policies*, London.
- BUSSE, R.–SALTMAN, R. B.–DUBOIS, H. F. W. [2004]: Organization and financing of social health insurance systems: current status and recent policy developments. Megjelent: *Saltman, R. B.–Busse, R.–Figueras, J.* (szerk.): *Social health insurance systems in western Europe*, Open University Press–McGraw-Hill, Berkshire–New York, 33–80. o. <http://www.euro.who.int/document/E84968.pdf>.
- CUSTERS, T.–ARAH, O. A.–KLAZINGA, N. S. [2006]: Is there a business case for quality in the Netherlands? A critical analysis of the recent reforms of the health care system. *Health Policy*, doi:10.1016/j.healthpol.2006.09.005.
- DAWSON, D. ÉS SZERZŐTÁRSAI [2005]: Developing new approaches to measuring NHS outputs and productivity. *University of York Centre for Health Economics Research Paper*, 6. York.
- ÉKES ILDIKÓ [1996]: Fogyasztási struktúra és egészségügyi kiadások. *Közgazdasági Szemle*, 1. sz. 58–71. o.
- EC [2006]: The Impact of ageing on public expenditure; projections for the EU Member States on pensions, health care, long term care, education and unemployment transfers (2004–2050). *European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs, Economic Policy Committee and the European Commission, (DGECFIN)*, Brüsszel.
- FUCHS, V.–EMMANUEL, E. J. [2005]: Health care reform: why? what? when? *Health Affairs*, Vol. 24. No. 6. 1399–1414. o.
- GEDEON PÉTER [2001]: Merre tart a német jóléti állam? Társadalombiztosítási alrendszerek Németországban, *Közgazdasági Szemle*, 2. sz. 130–149. o.
- GRESS, S.–OKMA, K.–HESEL, F. [2001] Managed competition in health care in the Netherlands and Germany. Theoretical foundation, empirical findings and policy conclusions. *Diskussionspapier. Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Greifswald* 4.
- GRESS, S.–GROENEWEGEN, P.–KERSSENS, J.–BRAUN B.–WASEM, J. [2002]: Free choice of sickness funds in regulated competition: evidence from Germany and the Netherlands. *Health Policy*, Vol. 60. No. 3. 235–254. o.
- GULÁCSI LÁSZLÓ–KISS ISTVÁN [2003]: Az antihipertenzív kezelés farmakoökonomiai szempontjai, *Háziorvosi Továbbképző Szemle (különszám)*, 8. sz. 43–50. o.
- GULÁCSI LÁSZLÓ [2005]: Egészség-gazdaságtan. *Medicina Könyvkiadó Rt.*, Budapest.
- GULÁCSI LÁSZLÓ–MAKAI PÉTER–PÉTER TÜNDE–JAKOBSEN ÁKOS–BONCZ IMRE [2006]: Minőség és minőségfejlesztés az egészségügyben 2005. 103 magyarországi kórház felmérése alapján, *Orvostovábbképző Szemle*, 13. évf. 12. sz. 13–22. o.
- HUTT, R.–ROSEN, R.–MCCAULEY, J. [2004]: *Case-Managing Long Term Conditions*. King's Fund, London.

- KÁRPÁTI KRISZTIÁN–BRANDTMÜLLER ÁGNES–MÁJER ISTVÁN–GULÁCSI LÁSZLÓ [2006]: Rangsorolás az egészségügyben; gyógyszer-támogatási prioritások Magyarországon 2004-ben. *Acta Pharmaceutica Hungarica*, 76. évf. 4. sz. 191–199. o.
- KOHN, L.–CORRIGAN, J.–DONALDSON, M. (szerk.) [2000]: To err is human: Building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. National Academy Press, Washington, DC.
- KORNAI JÁNOS–MCHALE, J. [2001]: Eltérnek-e a nemzetközileg szokásostól a poszt szocialista országok egészségügyi kiadásai? *Közgazdasági Szemle*, 7–8. sz. 555–580. o.
- MAKAI PÉTER–GULÁCSI LÁSZLÓ [2005]: A betegbiztonság alapjai és a dán betegbiztonsági rendszer 1. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 4. évf. 5. sz. 22–26. o.
- MILNE, R. G.–TORSNEY, B. [2003]: Financial incentives, competition and a two tier service: Lessons from the UK National Health Service internal market. *Health Policy*, 64. 1–12. o.
- NAGY ANDRÁS [1998]: A jóléti rendszer Franciaországban. *Közgazdasági Szemle*, 5. sz. 465–478. o.
- ONS [2004]: Public Service Productivity. Health Paper, 1. Office of National Statistics, London.
- ONS [2006]: Public Service Productivity. Health Paper, 3. Office for National Statistics London.
- PAULUS, A.–EVERS, S.–FECHER, F.–VAN DER MADE, J.–BOONEN, A. [2002]: Cross border health care: an analysis of recent ECJ rulings. *European Journal of Law and Economics*, Vol. 14. No.1. 61–73. o.
- PAULUS, A.–VAN RAAK, A.–VAN DER MADE, J.–MUR-VEEMAN, I. [2003]: Market competition: Everybody is talking, but what do they say? *Health Policy*, 64. 279–289. o.
- PETE PÉTER [1997]: Az egészségügyi ellátás rendszerének alapvonásai és reformjai Ausztráliában és Új-Zélandon. *Közgazdasági Szemle*, 5. sz. 440–454. o.
- PLAFF, M.–WASSENGER, D. [2000]: Germany. *Journal of Health Politics Policy and Law*, Vol. 25. No. 5. 907–914. o.
- PORTER, M. E.–TEISBERG, E. O. [2004]: Redefining competition in health care. *Harvard Business Review*, június, 1–14. o.
- ROBINSON, J. C. [2004]: Consolidation and the transformation of competition in health insurance. *Health Affairs*, Vol. 23. No. 6. 11–24. o.
- SEMJÉN ANDRÁS [1999]: A svéd jóléti rendszer átalakulása. *Közgazdasági Szemle*, 4. sz. 326–345. o.
- STOCK, S. A. K.–RADAELLI, M. –LAUTERBACH, K. W. [2007]: Disease management and health care reforms in Germany. Does more competition lead to less solidarity? *Health Policy*, 80. 86–96. o.
- NHS EXECUTIVE [1998]: The New NHS Modern. Dependable: A National Framework for Assessing Performance, NHS Executive, London.
- VARKEVISSER, M.–VAN DER GEEST, S. [2001]: Price competition among Dutch sickness funds. Research Memorandum 0112. Research Centre for Economic Policy (OCFEB), Erasmus University Rotterdam.
- VAN DE VEN, W. P. ÉS SZERZŐTÁRSAI [2003]: Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries. *Health Policy*, Vol. 65. No. 1. 75–98. o.
- VAN DE VEN, W. P. ÉS SZERZŐTÁRSAI [2007]: Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 year later. *Health Policy*, január 30.