



GAZDASÁGI
VERSENYHIVATAL

A Gazdasági Versenyhivatal vitaanyaga

Versenyt az egészségügyben ?

Igen, de hogyan !?

**A verseny lehetőségei és korlátai
a szabályozott egészségügy piacain**

-

**egy modellváltáskor
figyelembe veendő szempontok**

Budapest, 2007. április 10.

(Összeállította: Torjáné Amberger Teréz, a Szolgáltatási Iroda vezetője)

TARTALOM

Bevezető	3
I. A kiinduló helyzet leírása	3
I.1. Mitől függenek a verseny hatásai?.....	5
I.2. Az egészségügyi szolgáltatási piacok fő jellemzői, sajátosságai.....	6
I.3. Az egészségbiztosítási piac fő jellemzői, sajátosságai.....	8
I.4. A szabályozási kudarc, mint probléma	12
I.5. A forrásteremtés rendszerproblémái	14
I.6. A jelenlegi versenykörnyezet.....	15
I.6.1. A piac kínálati oldala: az egészségügyi szolgáltatások.....	16
I.6.2. A piac keresleti oldala: biztosítás, finanszírozás, beteg.....	17
I.7. A rendszert alakító érdekek	18
II. A rendszerproblémák megoldási útjáról.....	21
II.1. Hogyan javítható a forrásteremtés?	21
II.2. Hogyan javíthatók a verseny körülményei?	22
II.2.1. A termékek homogenitásának növelése, szabványosítás - minőségbiztosítás	23
II.2.2. Az információs aszimmetria csökkentése, mint megoldandó feladat.....	27
II.2.3. Az információ feldolgozási képesség és döntési helyzet javítása	30
II.2.4. A piacra való be- és kilépés akadályainak csökkentése	31
II.2.5. A fogyasztói választási lehetőség fenntartása.....	32
II.2.6. Versenybarátabb kiegészítő szabályozási megoldások	33
II.2.7. Szabályozott monopóliumokat, professzionális felügyelettel	34
II.2.8. Más árszabályozást!.....	35
II.2.9. A fogyasztók árérzékenységének növelése	38
II.2.10. Egyes versenyeszközök használatának korlátozása.....	39
II.3. Hogyan változtatandó a rendszer menedzselése?.....	40
Melléklet: Egy lehetséges célmodell	43
M.1. A kiinduló helyzet értékelése.....	43
M.2. Egy lehetséges célmodell elemei	46
M.2.1. A finanszírozási oldal átalakítása	46
M.2.2. A szolgáltatási piac átalakítása	47
M.2.3. A biztosítási piac átalakítása.....	50
M.2.4. A szabályozási és felügyeleti intézményrendszer átalakítása.....	51
M.3. Az átmenet ütemezése	52

Bevezető

Hónapok óta élénk vita folyik az egészségügyi reformról, s amennyiben felmerült a verseny fontossága vagy lehetőségessége akár az egészségügyi szolgáltatások, akár az egészségbiztosítás piacain, az helyzettől és vérmérséklettől függően ideák, vagy heves kirohanások tárgya volt.

A Gazdasági Versenyhivatal tisztában van azzal, hogy az egészségügy piacain a verseny lehetősége számos okból korlátozott. Érdemi és megkerülhetetlen korlátnak vélelmezzük mi magunk is azt, hogy az egészségügyi piacok szabályozása során számos más közpolitika (különösen egészségpolitika, szociális politika, fogyasztóvédelmi politika) szempontjai is megjelennek, s az egyes közpolitikai célok maguk is, illetve a megvalósítására hivatott eszközök különösen ellentétbe kerülhetnek egymással, s a versenypolitikával.

Azt is látjuk, hogy az egészségügy szabályozásánál a más közpolitikai célok megvalósításának prioritást adó döntéseknél – valós tényeken, bizonyítékokon alapulóan vagy csupán hamis vélelmekre alapozva – a versenypolitikai megfontolások rendre érdemtelenül háttérbe szorulnak.

Anélkül, hogy érdemben állást kívánnánk foglalni a különböző közpolitikai megfontolásokat illetően, úgy véljük, hogy hasznos lehet a versenyhez fűződő közérdek megjelenítése e vitákban. Álláspontunk szerint ugyanis nem lehetnek helyesek azok a döntések és megoldások, melyek a versenynek még a lehetőségét is elvetik, mint ahogy azok sem, amelyek eltúlzott várakozással tekintenek a versenyre. A lehetőségek és korlátok reális értékelésének érdekében érdemes tehát megvizsgálni, mely gazdasági jellemzők mentén írhatók le az egészségügyi és a biztosítási piacok.

Kísérletet teszünk tehát arra, hogy rendszerezzük az egészségügyi és egészségbiztosítási piac működését, működtethetőségét a piac, a verseny lehetőségei szempontjából.

Eközben

- keressük a verseny helyét,
- megkíséreljük bemutatni azokat a tényezőket, melyek miatt az egészségügy a piacain a verseny önmagában nem képes megoldani a létező szabályozási problémákat,
- feltárjuk, hogy hol és hogyan lehetne javítani a verseny körülményein,
- kutatjuk azokat a pontokat, ahol nagyobb mértékben lehetne támaszkodni a piac, a verseny hatásaira.

Tisztában vagyunk azzal, hogy mind elemzésünk, mind javaslataink számos ponton vitathatóak, s megvitatandóak. Nem állítjuk, hogy nálunk van a bölcsék köve. Az elemzésnél nem törekedtünk a teljességre, azt inkább problémafelvetőnek és egy más nézőpont megjelenítőjének szántuk.

Azt szeretnénk elérni, hogy differenciáltabb szakmai vitának adjunk teret úgy, hogy ebben a vitában a versenypolitikai megfontolások is érdemben terítékre kerüljenek, s a

sok – sokszor egymásnak is ellentmondó – szempont és cél most egy új nézőpontból is áttekintésre, megvitatásra kerülhessen.

Bár nem feladatunk, az elemzésünkből nyert következtetéseink alapján felvázolunk még egy lehetséges célmodellt és megközelítési utat is tekintettel arra, hogy álláspontunk szerint fontos lenni olyan kitörési pontokat találni, ahol a piac, a verseny, mint olcsó szabályozási eszközök jól hasznosulhatnak a társadalmi jólét javítása érdekében. Ennek során igyekeztünk figyelembe venni a jelenlegi piaci és szabályozási környezetből fakadó sajátosságokat, a vélelmezhető más közpolitikai prioritásokat, s igyekeztünk olyan javaslatot tenni, mely a jelenleginél több területen épít a verseny funkcióinak érvényesülésére.

A szabályozási jelenlegi rendszer több-kevesebb sikerrel azon dolgozik, hogy hogyan ossza el az e célra rendelt társadalmi forrásokat úgy, hogy az egyszerre szolgálja az igazságosságot, a hatékonyságot, és a minőséget szempontjait. Mindeközben folyamatosan azzal szembesül, hogy adott források mellett e szempontok csak egymás kárára képesek érvényesülni.

Kérdés azonban, hogy lehet-e úgy teremteni növekvő forrásokat a társadalom tagjainak jobb egészségben töltött hosszabb életére, hogy a bővülő források mellett egyszerre lehessen javítani az igazságosságot, a hatékonyságot, és a minőséget is.

Ha el tudjuk érni, hogy a társadalom tagjainak preferenciái között előrébb sorolódjon az egészség, mint megtartandó és helyreállítható érték, akkor meggyőződésünk, hogy esély teremthető erre. Ehhez azonban álláspontunk szerint kellene és lehet is nagyobb esélyt és segítséget adni a saját sorsáról döntő, jól informált embernek, s nem mellékesen a versenynek is, mint ösztönzőnek.

I. A kiinduló helyzet leírása

I.1. Mitől függenek a verseny hatásai?

A piacelméleti szakirodalom szerint egy lehetséges kiindulási mód valamely piacon a versenytől várható előnyök – különösen a hatékonyságjavulás – valószínűsítésére, hogy megvizsgálják e piacon a piac struktúrájára és a piaci szereplők viselkedésére ható tényezőket és a piaci szereplők magatartási jellemzőit, így a fogyasztók informáltságának fokát, a fogyasztó racionális döntésének lehetőségeit, a piaci szereplők érdekeit, döntési motívumait.

Ennek keretében figyelembe veszik azt, mennyire könnyű avagy nehéz a piacra való belépés (*belépési akadályok, barriers to entry*) illetve az onnan való kilépés (*barriers to exit*). Ezek a korlátok sok esetben gazdaságiak, vagyis - némileg leegyszerűsítve -, ahhoz köthetők, hogy milyen magas belépési illetve piacelhagyási költségek merülnek fel a vállalatoknál. Ugyanakkor a piacralépésnek lehetnek egyéb, például jogi, szabályozási akadályai is. Amennyiben új vállalatok könnyen, különösebb költségek és időbeli késedelem nélkül be tudnak lépni a piacra, akkor a már piacon lévők számára ez olyan érzékelhető fenyegetést jelent, amely miatt nem bánhatnak tetszésük szerint a fogyasztókkal, kénytelenek azok kegyét keresni, hiszen ellenkező esetben egy új belépő bármikor elhódíthatja őket. Ez a fogyasztói szempontból kedvező állapot akkor is megközelíthető, ha ugyan költséges a belépés, de a piac elhagyásakor ezek a költségek visszanyerhetőek, mert a befektetések más formában is hasznosíthatóak.¹ Más a helyzet viszont, ha a piacralépés költséges és a befektetés nem nyerhető vissza.² Ekkor a már piacon lévő vállalatok tényleges teljesítmény, a fogyasztói igények figyelembevételével nélkül „nyeregben érezhetik” magukat. A piacról való kilépést akadályozó korlátok megléte rövidtávon erősítheti a versenyt, de hosszabb távon jellemzően versenygyengítő hatású.

A piaci szerkezettel kapcsolatos egyik elsődleges kérdés, hogy a technikai korlátok miatt keletkező vagy a jog által biztosított *kizárólagosság(ok)* miatt akár természetes, akár egyéb monopólium jött-e létre vagy oligopolisztikus (néhány szereplős) struktúra alakult-e ki. Minél alacsonyabb ugyanis a versenytársak száma, annál kevésbé lehet automatikusnak tekinteni a versenytől várt kedvező hatások bekövetkezését³, és annál inkább szükség lehet a speciális piaci (pl. vasúti, energia, távközlési, egészségügyi) szabályozásokra (pl. az árakra, a szerződések tartalmára stb. vonatkozóan), különleges

¹ Például egy belvárosi fodrászüzlet létrehozásakor az üzlethelyiség megvásárlása ilyen „visszanyerhető” beruházásnak tekinthető.

² Jellemzően ide sorolhatók a specializált gépekre, az alkalmazottak szakértelmére fordított befektetések, a reklámkiadások.

³ Persze bizonyos piacokon illetve esetekben néhány (4-5) versenyző megléte már elég volt a versenykimenetelhez, így nincs feltétlenül szükség végtelen számú versenyzőre a vágyott állapot eléréséhez. Akár két-három cég is erősen versenyezhet, ha éppen olyanok az adottságok (valószínűleg persze nem sokáig teszik ezt...).

ellenőrző hatóságok felállítására, vagy végső menedékként általános felhatalmazású versenyhatóságra.⁴

Ha a piacra való belépés nehéz ugyan, de a már piacon lévő vállalatok könnyen tudják növelni termelésüket, könnyen át tudnak csábítani fogyasztókat (nem léteznek termelésbővítési korlátok, *barriers to expansion*), akkor (elégge nagyszámú vállalat versenye esetén) a már piacon lévők is képesek lehetnek jobb teljesítményre ösztönözni egymást – de a fogyasztók remélt kedvező kiszolgálása kevésbé biztos.

Ugyancsak figyelembe kell venni az adott termék jellemzőit (pl. mennyire bizalmi vagy tapasztalati jellegű az adott szolgáltatás), homogenitását, illetve bonyolultságát, egyediségét, összehasonlíthatóságát más termékekkel, az árkialakítás jellegét (piaci árak vannak-e vagy hatósági fix, esetleg maximált árak), az árak megismerhetőségét, összehasonlíthatóságát, a fogyasztónak az árváltozásra való reagálási jellegzetességeit. Fontos a szolgáltatás nyújtója és igénybevevője közötti ismeretkülönbség mértéke a nyújtott szolgáltatás valódi tartalmáról, a termék minőségéről rendelkezésre álló információk szintje és minősége, a fogyasztó információ feldolgozási képessége, a racionális fogyasztói döntés lehetősége, korlátai. Sok olyan tényező van tehát, mely hat arra, hogy képes-e a verseny jó hatásokkal működni, vagy pedig az adott árupiac esetén eleve számolni kell olyan körülményekkel, amelyek miatt a hiányzó versenyt más megoldásokkal, adminisztratív jellegű szabályokkal, speciális ösztönzőkkel kell kiegészíteni, avagy pótolni.

1.2. Az egészségügyi szolgáltatási piacok fő jellemzői, sajátosságai

Az orvostudomány és a technika fejlődésével egyre több olyan speciális eszköz és tudásanyag vált szükségessé, amely magas költsége miatt az egészségügyi szolgáltatások egyes piacain a gazdaságos üzemlételet megnövelte, illetve piacralépési korlátokat hozott létre. A magas belépési költségek, a nehezen konvertálható eszközök és tudás általában monopolhelyzet kialakulásához vezethet egy-egy adott földrajzi területen. Az egészségügyi piacokon a közgazdaságtan nagyon sok további olyan sajátosságot is azonosított, melyek nyomán a verseny jótékony

⁴ Megjegyezzük, hogy általában nem a vállalatok tulajdonlása az elsődleges a hatékonyságra ösztönzés szempontjából. Ennél jóval lényegesebb tényező az érdekeltség, valamint a verseny, a versenyhelyzet léte vagy hiánya, ha pedig monopolizált piacokról van szó, akkor pedig a külön szabályozó és felügyeleti intézményrendszer léte és minősége.

Nem az a kérdés tehát, hogy privatizált-e a kórház, hanem az, hogy szabályozás nélküli monopóliumként képes-e megfelelően viselkedni a kórház tulajdonosa, legyen az akár az állam, vagy az önkormányzat, vagy bármilyen magántulajdonos. Abban az esetben, ha hiányzik a szabályozás és a megfelelő felügyeleti és ellenőrző tevékenység, vagy rossz azok minősége, és érvényesül a profitérdekeltség, akkor a magántulajdonban álló monopólium a fogyasztók számára még rosszabb is lehet a köztulajdonú monopóliumnál. Ekkor ugyanis a privát monopóliumot a profitérdekeltség erősebben motiválhatja az árak emelésére, a kibocsátása korlátozására, vagy a minőség rontására, ha az profittöbbletet eredményez, mint a lustaságra hajlamos, de kevésbé profitérdekelt közvállalatot. Az egyes helyi piacokon a privatizált – profi szabályozást és monopolfelügyeletet nélkülöző – víz- és szennyvíz-szolgáltatási, vagy távhő-szolgáltatási szektorban számos jelenség utal erre a helyzetre.

Ismét hangsúlyozzuk, hogy a fenti gondolatmenet kizárólag monopol- vagy oligopol-jellegű piaci szerkezet mellett igaz. Élénk versenypiacokon ellenben szinte bizonyosan hatékonyabban működik egy profitérdekelt magánvállalat, mint egy állami tulajdonban álló piaci szereplő.

hatásai kevésbé érvényesülhetnek, illetve bizonyos tekintetben más a verseny természete, hiszen a szolgáltatás, a terápia személyre szabott, egyedi, kevésbé ismételtető, a rossz döntések vagy helytelen fogyasztói viselkedés következményei visszafordíthatatlan kimeneteket eredményezhetnek.

Ezek az egészségügyi szolgáltatások esetében piackudarcot okozó sajátosságok – csupán felsorolásszerűen – a következők:

- Nem homogének, hanem személyre szabottak, nehezen szabványosíthatók a szolgáltatások.
- Nagy a szaktudás, informáltság terén jelentkező különbség az orvos és beteg között (információs aszimmetria), ami a beteg állapotával, a lehetséges kezelési lehetőségekkel kapcsolatos ismereteket illeti.
- Ha rossz diagnózis felállítása, helytelen a terápiás döntés, vagy a beteg nem követi a terápiás utasításokat, ez számos esetben visszafordíthatatlan következményekkel járhat.
- Az orvos nem csupán a diagnózis felállítója, hanem – sok esetben – egyúttal maga is nyújtja a szolgáltatást, ezért befolyásolni is képes a szolgáltatás mennyiségét és minőségét („kínálat indukálta kereslet”).
- A szolgáltatások zöme úgynevezett bizalmi jószág, ami azt jelenti, hogy a beteg még a szolgáltatás igénybevétele után sem képes teljes bizonyossággal megítélni, jó minőségű szolgáltatásban részesült-e.
- Megbízó és ügynök problémák sokasága áll fenn a szereplők (beteg, orvos, biztosító, szabályozó, beszállító) közötti viszonylatokban. Az orvosnak például egyszerre kellene a beteget, és – a betegek összességének, vagy bizonyos közösségének érdekeit képviselő – biztosítót is kiszolgáltatni, és e szempontok, érdekek ütközhetnek egymással.⁵
- Az egészségügyi szolgáltatások esetén jelen vannak a közjószág jellegű szolgáltatások (olyan szolgáltatást is fenn kell tartani, amelyet a piac magától nem állítana elő) és az externáliáknak nevezett jelenségek (a harmadik félre gyakorolt hatásában így például pozitív externália, ha védőoltást kapunk, ilyenkor ugyanis nem csak magunk nem betegszünk meg, hanem másokat sem fertőzünk meg).
- Nehéz mérni a szolgáltatások minőségét, s előállítani a megfelelő minőségű információkat, de mégis sikerül is ez, a laikus közönség nehezen képes feldolgozni azokat.
- A betegség, különösen a súlyos betegség ténye a fogyasztók racionális döntési képességét csökkenti, probléma és döntéshárítóvá, vagy hiszékennyé és egyúttal átérezhetlenné teszi őket

⁵ A beszállító iparágak különféle – sokszor nemtelen – eszközökkel kísérik meg az orvos hivatásrendi, szakmai integritását felszámolva az orvost saját termékügynökké tenni (például tiltott jutalékot adnak a felírt gyógyszer, a megrendelt diagnosztikai vizsgálat, a beültetett eszköz után).

Ezek az alapvetően (köz)gazdasági problémákon túl további döntési szempontokat is mérlegre kell tenni az ágazat szabályozása során. Ilyen fontos szempontok a szociális igazságosság, a méltányosság, melyek forrásteremtési és újraelosztási igényt generálnak a gazdagoktól a szegények, a fiataloktól az öregek, az egyedülállóktól a nagycsaládosok, az egészségesektől a betegek irányába. A betegséggel kapcsolatos kockázat közös kezelése az utóbbi évszázadban a közös kockázatviselés felé terelte a társadalmi megoldásokat, így a finanszírozói, s ezzel a keresleti oldalon megjelent a beteg mellett egy további szereplő. Ez a biztosítás, melyet vagy az állam maga nyújt, vagy sajátosan szabályozott biztosító(k) szolgáltatnak.

Az egészségügyi szolgáltatási piac elemzésekor nem elég csupán a kínálati oldali, azaz az egészségügyi piaci sajátosságokat feltérképezni. Fontos azt is áttekinteni, hogy a keresleti oldalon a biztosítási piacnak melyek azok a jellegzetességei, amelyek kihatnak a verseny pozitív hatásainak érvényesíthetőségére, esetleges kudarcaira.

1.3. Az egészségbiztosítási piac fő jellemzői, sajátosságai

A biztosító esetén is megjelennek olyan, összességében piackudarcnak nevezett jellegzetességek, amelyek miatt a verseny pozitív hatásainak érvényesíthetősége csorbát szenved. Itt is van információs szakadék (információs aszimmetria) a beteg és a biztosító⁶ között, jóllehet erre az aspektusra ritkán gondolunk. A beteg ugyanis szinte mindig képes arra, hogy a saját állapotát érintő információkat elhallgassa biztosítója előtt, illetve egy átfogó állapotfelmérésnek olyan magas költségei lennének az összes potenciális ügyfélre nézve, hogy ezt nem gazdaságos megtenni. Abban az esetben, ha a biztosító valamilyen országos átlagot alapul vevő mutatószám alapján kalkulálja biztosítási díjait, akkor azoknak az állampolgároknak, akik tudják, hogy személyes kockázatuk (megbetegedésük valószínűsége) nagyobb az átlagnál, jobban megéri szerződést kötniük, mint azoknak, akik tudják, hogy személyes kockázatuk átlag alatti. Ezzel a kontraszelektív ösztönző hatással a biztosítók is tisztában vannak, és megpróbálják kiszűrni, visszautasítani az adott konstrukció általános feltételeihez képest magasabb kockázatú egyéneket. Ennek oka, hogy a biztosan bekövetkező eseményekre a biztosítónak nem szabadna biztosítást fenntartania, vagy a teljes költséget fedező biztosítási díjat szabadna csak alkalmaznia az adott személynél. Ez utóbbi már egyenértékű a teljes ár megfizetésével, ami nem nevezhető valójában biztosításnak. A folyamat vége, hogy kialakul a nem kockázatos és a kockázatos betegek különválogatása, s végeredményben éppen azok maradnak biztosítás nélkül, akiknek egészségügyi helyzetük alapján a legnagyobb szükségük lenne erre a biztonságra.

Ehhez társul az a probléma is, hogy amennyiben a biztosító teljes egészében kifizeti az ellátás díját az ügyfél helyett, akkor az ügyfél bizony hajlamos kockázatosabban élni, s nem törődik kellően azzal, hogy megpróbálja elkerülni a betegségeket. Az ennek a kockázatnak a korrigálására alkalmazott önrészfizetés ellenben éppen azokat az embereket képes leginkább eltántorítani a megfelelő időben történő orvoshoz fordulástól, akik szegénységük, vagy tudatlanságuk miatt nem k

⁶ Az egészségügyi szolgáltató és a biztosító között is lehet információs aszimmetria, habár ilyenkor professzionális szereplők állnak egymással szemben.

Ezekkel az egészségbiztosítási piacot jellemző piackudarc problémákkal, melyek eredőit a közgazdaságtan a káros szelekció (*adverse selection*), a morális kockázat (*moral hazard*) fogalmaival szokta röviden leírni, számos írás foglalkozott a közelmúltban.

Az alapbiztosítási csomag több biztosító közötti megosztását ellenzők számára különösen a **káros szelekció** (*adverse selection*) problémájának léte és megkerülhetetlensége szolgál objektív érvként az egyetlen, monopol helyzetű finanszírozó fenntartásának szükségessége mellett.

A problémák ezen részének kezelésére alkalmazott megoldás, ha szektorálisan, vagy regionálisan szerveződő kötelező biztosítók vannak, ugyanis ezek sem tudnak „túlzott kockázat” miatt kizárni a biztosításból, és egyúttal az átlagosnál alacsonyabb kockázatot jelentő biztosítandók sem tehetik meg, hogy ne kössenek biztosítást. A kulcsszó tehát a „kötelezőség” (amire persze egy lehetséges megoldás, hogy csak egy biztosító van). Az európai több biztosítós rendszerek jellemzően így épülnek fel (ágazati, szakmai, vagy területi monopolizáltság jellemzi őket). Ha a kötelezettség annyi, hogy minden egyén belépésre, minden biztosító felvételre kötelezett, akkor kialakulhat verseny, de valamilyen szinten az *adverse selection* probléma bizonyosan fennmarad.

Ha az egyén belépésre és a biztosító szerződési kötelezettsége szektorális/regionális/országos vagy más olyan formában valósul meg, amit az egyén nem vagy nagyon nehezen tud megváltoztatni, úgy az ilyen rendszer kiküszöböli a káros szelekciót, egyúttal azonban ezáltal a fogyasztó választási szabadságát és a fogyasztói választásra épülő versenyt. Ha nem egy, hanem több biztosító jön létre ilyen rendszerben, ez lehetővé teszi a szabályozó számára a biztosítók összehasonlításán alapuló szabályozást (*benchmarking*), a relatíve hatékonyan és relatíve hatékonytalanul működő biztosítók hatékony(talan)ságot kiváltó tulajdonságainak azonosítását, és a hatékonytalanok hatékonyságra ösztönzését. Ez az elméletileg hasznos tulajdonság ugyanakkor betegcsoportok különböző szintű ellátását is eredményezheti (ez némi politikai feszültséggel járhat), ami aztán kiegyenlítő megoldások iránti igényt generálhat. Ugyancsak hatékonyságvesztéssel járhat a gazdaságos üzemméret szintjét nem érő biztosítói méret önmaga is. Egy hazai méretű piacon nem zárható ki, hogy egyetlen biztosító kell ahhoz, hogy hatékonyan megszervezhesse magát. Ilyenkor a szabályozó akár egyetlen hazai biztosító esetén is alkalmazhat *benchmarkokat* úgy, hogy külföldön működő megbiztosítók gyakorlatát elemzi, s azokból von le következtetéseket, készíti nagyobb hatékonyságra az egyetlen szervezetet.

Ugyanakkor az alfejezetben korábban felsorolt, ügyfél oldali **erkölcsi kockázat** (*moral hazard*) probléma kezelése nem attól függ, hogy egy vagy több biztosító van. Hanem inkább attól, hogy a biztosítási díjak tükrözik-e az egyén által külön felvállalt kockázatokat (pl. dohányzás, extrém sportok). Ha a biztosítók profitelven működnek, erősebb az ösztönzésük a kockázatok magasabb díjjal büntetésére és/vagy kizárásra, ami a *moral hazardot* erősebben csökkenti, ugyanakkor az egyén által nem befolyásolható faktorok miatt magas kockázatúak kizárásához is inkább vezethet.

Bármilyen sajnálatos, ezeknek a piackudarccal jellemezhető helyzeteknek a létezését, kiküszöbölhetetlenségét nincs elegendő érvünk megkérdőjelezni. Számos ország⁷ példája bizonyítja, hogy ahol a piackudarcok létezését, a biztosítási piac működésének közgazdasági törvényszerűségeit nem vették figyelembe, és/vagy az állami beavatkozások elégtelenek voltak a kudarc következményeinek felszámolására, tompítására, ott az egészségügyi biztosításban és az ellátó rendszerben egyaránt sokkal nagyobb valószínűséggel sérültek a szolidaritási célok, mint amekkora előnyt hozhatott a hatékonysági előnyök tekintetében a verseny.

Nem lehet tehát szemellenzős módon a verseny bevezetése mellett érvelni a finanszírozói oldalon akkor, ha tudomásul vesszük azt a közpolitikai célmeghatározást, hogy azoknak az embertársaiknak, akik genetikai adottságaik vagy a véletlenek szerencsétlen egybeesése folytán legbetegebbek és legelesettebbek, s leginkább rászorulnak más embertársaik segítségére, legalább egy közmegegyezéssel elfogadott, és fenntarthatóan finanszírozható szintű egészségügyi ellátást meg kíván adni a társadalom.

Az állami döntési feladatok és alternatívák számosak.

Dönteni kell, hogy a társadalom elfogadja-e azt, hogy csupán valamilyen jól meghatározott alapsomaghoz való hozzájutás megszervezését garantálja-e az állam, s az ezen felüli egészségügyi szolgáltatások ellátását rábízza a piac működésére. (Ezt a döntést adottnak vehetjük, hiszen évtizedek óta működik Magyarországon az egészségügyi szolgáltatások magánpiaca, ahol mindenki a kereslet-kínálat törvényszerűségei alapján nyújt és vásárol szolgáltatásokat.)

Közmegegyezésre kellene jutni abban, hogy milyen ellátásokat kíván garantálni minden lakója számára az állam (szolgáltatási alapsomag tartalma), de legalább arról kellene döntést hozni, hogy milyen szempontok alapján, ki és hogyan határozhat arról, hogy milyen termék vagy szolgáltatás tartozhat a társadalmi közös felelősségvállalás körébe.

Dönteni kell arról, hogy ennek az alapsomagnak a teljesíthetőségéhez, finanszírozhatóságához az állam a forrásokat maga teremti-e meg. Ha igen, akkor külön döntési kérdés, hogy milyen arányt képviseljenek a bér- és egyéb jövedelemfüggő járulékok, fogyasztást terhelő, vagy más típusú adók.

Majd dönteni kell arról, hogy a források közös megteremtését, beszedését milyen módon oldja meg: saját maga, vagy, vagy megosztja más szervezetekkel. (Ha saját maga oldja meg, akkor további részletkérdés, hogy ezt az adóhatósággal, vagy más szervezettel szedeti be.)

⁷ Különösen ilyen piacnak tekintik a szakértők az Egyesült Államokat, valamint Chilét. Az első esetben a mintegy 45 millió biztosítás nélkül maradó személy problémáját, mindemellett a világviszonylatban rekordmagasságú egészségügyi ráfordítási szintet, utóbbi esetben a kettévált egészségügyi ellátást (állami ellátásra szoruló szegények és magasabb kockázatúak, magánbiztosításban ellátott jómódúak, egészségesebb fiatalok) tekintik az egészségbiztosítás „szabadpiacibb” jellegű megoldási módja, illetve az alacsonyabb szintű és/vagy rosszabb módszerű és hatékonyságú állami beavatkozás következményének.

Ha már a forrásgyűjtésnél valamilyen megosztást alkalmaz az állam, akkor óhatatlanul felmerül az igény arra is, hogy kockázatkiegyenlítést végezzen, hiszen lesznek területi, illetve szakma szerinti kockázatkülönbségek, ha pedig versenyre alapoz, akkor megjelenik az ügyfélfüggő kockázatszelekció problémája, különösen akkor, hogyha a forrásgyűjtés és felhasználás egy szervezeten (üzleti biztosító) keresztül valósul meg. Ez utóbbi kiküszöbölésének szokásos módja, hogy az állam szerződéskötési kötelezettséget, s ennek kikényszerítését célzó szankciórendszert alkalmaz a biztosítók felé.

Külön kérdés a forrás felhasználás (szolgáltatásnyújtás és/vagy szolgáltatásvásárlás) megoldásának módja, de a forrásteremtési és a szolgáltatásvásárlói funkcióról együtt, és külön is lehet dönteni. Még ha közös is a forrásteremtés, akkor is lehet a szolgáltatásvásárlói funkciót egy szervezeten keresztül megoldani, vagy megosztani más szervezetekkel.

Ha a szolgáltatásvásárlói szerep megosztásra kerül más szervezetekkel, akkor további kérdés, hogy a megosztást milyen alapon végzi el – monopoljogok biztosításával, vagy versengő módon. Elvégezheti ugyanis például területi alapon (regionális biztosítók, betegpénztárak) is, szakmák szerint (ágazati biztosítók, betegpénztárak) is, vagy nem alkalmaz ilyen – területi, vagy szakmai monopóliumokra alapozott – megoldást. Ha az állam monopoljogok biztosításával oldja meg a szolgáltatásvásárlói funkciót, akkor e szervezetek ugyanúgy nem versenyeznek egymással, mintha a szolgáltatásvásárlói funkció egy állami monopólium kezében van. Ilyenkor tehát – bár a tranzakciós költségek szintje érdemben megnövekedhet – a hatékonysági kényszer továbbra is hiányzik.⁸ Ha a szolgáltatás vásárlási funkció elnyeréséért van verseny, akkor megjelenik a kockázatszelekció is, hiszen a tudottan beteg, vagy nagy kockázatú ügyfeleket nem befogadni, hanem kizárni érdemes minden olyan esetben, ha a teljes forrást nem biztosítja a forrásallokációs mechanizmus. Mivel pedig ez természeténél fogva nem lehet tökéletes, ezért folyamatosan létezik kizárási készlet különösen, ha a kizárás kideríthetősége nehéz, és szankcionálása nem elrettentő.

A morális kockázatok csökkentése érdekében – bármilyen modell esetén – szokásos szabályozási vagy biztosítási módszer, hogy önrészfizetési kötelezettség kerül meghatározásra (ld. vizitdíj, gyógyszereknél alkalmazott térítési díjak) a betegek felé.

Ha a káros szelekció megakadályozása érdekében kizárólagos jogokat, területi vagy szakmai jellegű monopóliumokat ad az állam egy-egy területen, ágazatban egy biztosítónak, akkor ugyanúgy nem érvényesülhetnek a vevői oldali versenytől várt pozitív hatások, mintha egyetlen biztosító működne. Az ellenben szinte biztos, hogy a rendszer működtetésének költségei emelkedni fognak.

Ezekhez, az alapsomag felbontásával szemben döntő érvként szolgáló okokhoz társul még néhány további olyan piaci sajátosság is, amelyet érdemes figyelembe venni, amikor megkíséreljük előre jelezni a biztosítói versenytől várt előnyök bekövetkezési valószínűségét.

⁸ A szabályozónak ilyen esetben célszerű lehet versenyt szimuláló technikákat alkalmazni, hogy e hátrányt kiküszöbölje, ennek azonban jellemzően alacsonyabb a hatásfoka. Például ilyenek lehetnek bizonyos összehasonlításokon alapuló módszerek (yardstick competition benchmarking alapján).

Az egyik ilyen sajátosság, hogy a biztosítók fenntartható és biztonságos működtethetősége érdekében az állam szigorú piacralépési, úgynevezett prudenciális⁹ szabályokat szokott megállapítani, és a működés során is számon kéri ezek betartását. Minél jobban törekszünk arra, hogy a biztosítók közül csak kevés menjen csődbe, általában annál szigorúbbak ezek a követelmények. Ezért végül kevés olyan vállalat marad, amely folyamatosan teljesíteni tudja e követelményeket, s a piac szerkezete jellemzően koncentrált, kevés szereplős lesz. Ha csak néhány piaci szereplő van jelen, minimális a csődveszély, akkor a biztosítási piacot sem jellemezhetjük erősen versengő, a hatékonyságot a vevői nyomás hatására jól kikényszerítő piacként.

Ehhez társul még a biztosítási termékek homogenitásával kapcsolatos probléma. Ha ugyanis nem egy standard egységcsomagot kell kínálniuk a biztosítóknak, amelynek egységára jól tereli a fogyasztók választását, hanem több tucat szerződéses feltételből álló, bonyolult termékek meghatározásáról van szó, akkor a korlátozott ismerettel bíró, az ilyen információk megfelelő feldolgozására nem képes laikus fogyasztó legalább olyan elveszetté válhat a biztosítási termékek piacán, mint magában az egészségügyben. Ekkor pedig csorbát szenvedhet a verseny allokációs hatékonyságra ösztönző szerepe, hiszen fennáll a veszélye, hogy az ügyfél felszínes impulzusok, túlzottan leegyszerűsített döntési algoritmusok alapján fog választani, vagy pedig külön díjat kell fizetnie azért egy hozzáértő személynek (biztosítási alkusz), hogy ő adjon tanácsot a fogyasztó szempontjaihoz legjobban illeszkedő termék kiválasztásához. Ezáltal ezen a piacon is megjelenik az „ügynök probléma”, hiszen ha az alkusz a tilalom ellenére aszerint ajánl terméket, hogy melyik biztosítótól milyen jutalékot kap akkor ugyanazzal a problémával találjuk magunkat szemben, mint a beszállító iparoknak lekötelezetté váló orvosoknál.

Ez a probléma a piac kialakulásának időszakában jelentősebb, ilyenkor a piaccal, a döntési problémával kapcsolatos információk jelentős része új, és ezért esetleg nehezen feldolgozható. Ha a fogyasztói tanulási folyamat sikeres, idővel lehetővé válhat valamivel „rugalmasabb”, több feltétel változtatását lehetővé tevő szabályozás.

1.4. A szabályozási kudarc, mint probléma

Az egészségügyi és biztosítási piac keresleti és kínálati oldalának sajátosságait tekintve tehát a versenytől várt előnyök automatikus érvényesülésére kevésbé lehet számítani. Ehhez azonban még további kockázati tényezők is csatlakoznak, hiszen az ilyen típusú piacokon – ahol óhatatlanul felmerül az állami beavatkozás szükségessége – a szabályozási kudarcokkal is számolni kell. Az állam ugyanis minden olyan helyzetben, amikor a piackudarcból fakadó problémákat akarja megoldani, saját finanszírozási, szabályozási és ellenőrzési beavatkozásait és/vagy tulajdonosi

⁹ Megjegyzendő, hogy a megfelelő ellátáshoz való megfelelő hozzáférést (időbeliség, terület), a szolgáltatásbiztonságot szolgáló, „prudenciális” szabályok az egészségügyben is vannak. Ezek hiánya az egészségügyi piac egyéb jellemzői miatt azzal a veszéllyel járna, hogy a fogyasztók számára akár még csökkenne is a jólét. A vállalati nyugdíjalapok Egyesült Királyságban, USA-ban néha megfigyelhető csődje is ilyen gond. A nyugdíjpénztáraknál vagy bankoknál viszonylag erős a prudenciális szabályozás, ugyanakkor viszonylag sok a piaci szereplő – ami persze nem jelenti, hogy van is hatásos verseny.

részvételét erősíti fel, miáltal ezeknek a beavatkozásoknak a problémái is felszínre kerülnek.

A szabályozási kudarc megjelenésének fő oka itt is az, hogy információs aszimmetria áll fenn az állam, mint szabályozó és a szolgáltatók, mint szabályozottak között, hiszen ez utóbbiak mindig több információval rendelkeznek saját működésük költségeiről, egyéb sajátosságaikról, mint az, aki szabályozza és felügyeli őket. Ahhoz, hogy a szabályozási kudarc szintje csökkenthető legyen, hatékony és ellenőrizhető információs szolgáltatási rendszerekre van szükség, továbbá a szolgáltatási folyamatba beépített ellenőrzési, visszacsatolási és korrekciós mechanizmusokat kell működtetni. A jelenleg működő állami szabályozás legnagyobb gyengéje éppen az, hogy a hatékony menedzseléshez szükséges mechanizmusok részlegesek, hiányosak, alacsony határfokkal működnek.

Amikor a szabályozási kudarc következményeit el akarja kerülni az állam, akkor sokszor felerősíti tulajdonosi szerepvállalását. Mint tudjuk, ebben az esetben azonban sokrétű belső motivációs eszközöket és ösztönzőket kell alkalmazni ahhoz, hogy a munkavállalókat jobb teljesítésre ösztönözzük. Ez pedig szintén ritkán sikerül.

A köztulajdonosi szerepvállalás Magyarországon jelenleg megoszlik az állam és a területi önkormányzatok között oly módon, hogy a helyi és megyei önkormányzatok tulajdonában vannak az ellátórendszer középső szintjei (járóbeteg szakellátás, területi kórházi ellátások), míg az országos intézmények, egyetemi klinikák tipikusan állami tulajdonban vannak. Az alapellátás szintje privatizált, kizárólagos jogokkal működik. Az ellátási felelősséget az önkormányzati – a kétharmados! – törvény a helyi önkormányzatokra terhelte. Ebben a rendszerben a tulajdonosi érdekeltség is szükségszerűen széttagolt, a szolgáltatás menedzselési funkciójával és felelősségével együtt. Ez a struktúra önmagában is alkalmas arra, hogy a rendszer működtetésének, menedzselésének tranzakciós (jogi és koordinációs) költségeit jelentősen megemelje, a visszacsatolási folyamatokat, a szükségletekhez való alkalmazkodást lelassítsa, esetenként megakadályozza.

A magyar egészségügyi rendszerben jelenleg magas arányú az állam (a „köz-”) finanszírozási, adminisztratív szabályozási és tulajdonosi részvétele, miközben háttérbe szorul a verseny, mint lehetséges ösztönző. Amikor a változtatásról, annak szükségességéről van szó, arra a következtetésre jutunk, hogy az állami szerepvállalásból, különféle külső- és belső ösztönzőkből és a versenyből összetákolt jelenlegi rendszer nem képes kezelni a fennálló kihívásokat. A központosított bevételek nem fedezik az egészségügyi közkiadásokat, a kereslethez való alkalmazkodás lassú, az egyéni igényeket nem képes rugalmasan kezelni a rendszer, lassan fogadja be a technikai és tudásfejlődés eredményeit, a szolgáltatások minősége egyenetlen, az esélykülönbségek felerősödtek, a társadalom elöregedése pedig újabb megoldásra váró feladatokat jelent.

Az ország előtt álló feladat tehát nem lebecsülendő. Nem véletlen, hogy nincsenek bevált receptek. Ilyen helyzetekben legfeljebb a piaci és a szabályozási kudarcok felbecslése alapján, az állami szerepvállalás mennyiségeit és belső arányait, módszereit lehet változtatni, módosítani, de nem lehet ezek közül csak az egyiket, vagy csak a másikat üdvözítő megoldásnak kikiáltani, mert ez számos bizonyíték és

gyakorlati példa szerint is hiba lenne. Folyamatos korrekciókra és finomhangolásokra van szükség.

1.5. A forrásteremtés rendszerproblémái

Jelenleg Magyarországon az egészségügyi közkiadások döntő hányada a munkajövedelmeket terhelő járulékokból, kisebb része az állami költségvetésből származik. A rendszerváltás óta növekvő gondot jelent, hogy a források megteremtése során a járulékokból származó források aránya folyamatosan csökken. A fizetők körének szűkülése egyre növekvő terhelést okoz, ami viszont növeli a nyomást a járulékok eltitkolására, s egyre nagyobb társadalmi költséget jelent azok beszedése.

A forráshiánynak számos oka van.

Az egészségügyben speciális forráshiányt teremtő okot jelent a technológiai változás következtében bekövetkezett költségrobbanás, az új eszközök, műszerek, gyógyszerek megjelenésének gyors üteme, illetve az azok befogadásra/alkalmazásra vonatkozó nyomás.

Emellett a demográfiai helyzet változása, az élettartam növekedése, a munkaképesek és eltartottak arányában történő drámai változások is folyamatosan növelik a dolgozókat terhelő adó- és járulékelvárásokat.

A munkaerőpiac működése a rendszerváltás óta, a vállalatok közötti verseny élénkülésével alapjaiban megváltozott. A versenynyomás fokozódásának hatására, a piaci változásokhoz való rugalmas alkalmazkodás kényszere átformálta a munkaerővel, mint termelési tényezővel kapcsolatos vállalati attitűdöt is. A korábbi kiszámíthatóbb, stabilabb piaci környezet eltűnt. Az alkalmazkodási kényszer nem csak az egyéb termelési tényezők, de a munkaerő iránti igény hullámzásában is megjelent. A piacra történő be- és kilépések, a termelés növelése és csökkentése, a termelési profil módosítása eredményeként a munkaerőpiac keresleti oldala folyamatos változásban van. Ez a mozgás a korábbi munkaerőpiaci szerződéses kapcsolatokat is átalakította: csökkent a magasabb alkalmazkodási költséggel járó – így a határozatlan idejű – munkaszerződéseken alapuló munkavégzés aránya, s fokozódott az olcsóbb, rugalmas alkalmazási formák (pl. határozott idejű munkaszerződések, munkaerő kölcsönzés, polgári jogi jellegű megbízási és vállalkozási jellegű szerződések) súlya.

Ez a változás minden olyan területen, ahol az élőmunkát terhelő állami bevételekkel kellett volna biztosítani a kiadások fedezetét – különösen a nyugdíjknál, valamint az egészségügyi kiadásoknál – egyrészt megnövelte az állam járulékbiszédesi költségeit, másrészt pedig a hiány folyamatos növekedéséhez vezetett.

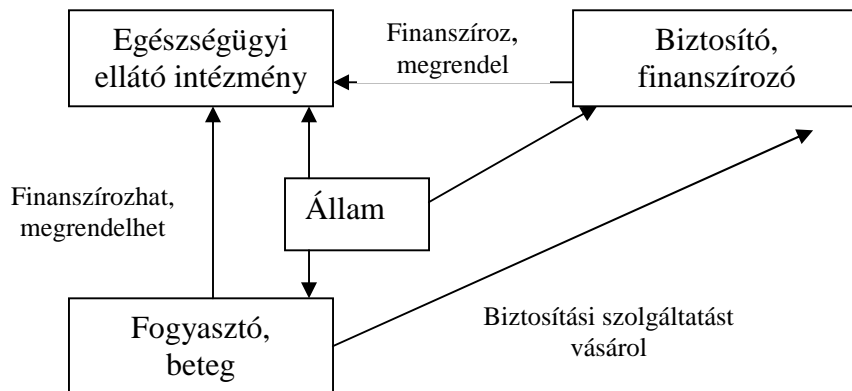
E folyamatnak a forrásteremtésre gyakorolt káros hatásai – egyrészt a piaci verseny fokozódása következtében tovább erősödő alkalmazkodási kényszer eredményeként, s ezáltal a rugalmasabb, és változatos foglalkoztatási formák arányának további növekedésével, másrészt ezzel párhuzamos folyamatként a munkaképesek és eltartottak közötti arány további romlásával – fokozódni fognak a jövőben is, hacsak nem módosulnak a járulékpolitikai elvárások.

Be kellene ugyanis látni azt, hogy ebben a versenykörnyezetben, mely tehát nem hagyja érintetlenül a munka világát sem, változtatni kellene az adózási eszköztáron, az

adózási nemek arányain is ahhoz, hogy a társadalmi prioritások megvalósíthatóságát szolgáló források megteremthetőek legyenek.

1.6. A jelenlegi versenykörnyezet

Tekintsük át a magyar egészségügyi piacot abból a szempontból, hogyan lehetne a verseny arányait úgy növelni a rendszerben, hogy eközben a rendszer stabilitása ne boruljon fel végletesen, és lehetőleg a jelenleginél kevesebb szabályozási kudarc keletkezzen.



A kockázatmegosztás elvén működő egészségügyi rendszerekben az a jellemző állapot, hogy a **biztosító** (finanszírozó) vásárol egészségügyi szolgáltatást (ellátást) a tőle biztosítási szolgáltatást „vásárló” (adó- vagy járulékfizető) biztosított (ellátott) számára. Ugyanakkor az **egészségügyi szolgáltatóknál** a „biztosított” **fogyasztó** is vevőként jelenik meg néha, ő is hozzájárul a költségekhez, szolgáltatást választ. Az **állam** szabályozóként, forrásgyűjtőként és forrásallokálóként, ellenőrként és piacfelügyelőként, de akár tulajdonosi funkcióban is jelen van a rendszer különböző pontjain.

A verseny potenciális lehetőségeit és korlátait úgy tudjuk megítélni ebben a funkció - felosztásban, ha megvizsgáljuk a piac kínálati és keresleti oldalának mostani szerkezetét, és szabályozási környezetét, a piaci szereplők érdekeltségét, motivációit.

A továbbiakban azonban e bonyolult viszonyrendszernek az egyes elemeit nem egyforma részletességgel vizsgáljuk. Azokra a kapcsolatokra fókuszálunk, amelyeknek a verseny szempontjából nagyobb jelentőséget tulajdonítunk, míg más viszonyokról nem, vagy kevés szót ejtünk.

I.6.1. A piac kínálati oldala: az egészségügyi szolgáltatások

A piac **kínálati oldalán** az alapellátást, a járó- és fekvőbeteg szakellátást szükséges elsőként nagy vonalakban áttekinteni.

Az **alapellátás** területén folyó versenyt akadályozó korlát a praxisjog teremtette jogi monopólium, mely korlátozza és megdrágítja a piacra történő szabad belépést. Ehhez társul még az a diszkriminatív árazási megoldás, hogy a praxisjoggal nem rendelkező házi orvosok alacsonyabb fejkvótára jogosultak még akkor is, ha egyébként befogadásra kerültek a közszolgáltatás rendszerébe. A praxisjog ellátási felelősséggel jár, az állam által meghatározott tarifák az ellátott betegek számával arányosak, bár bizonyos betegszám felett degresszív módon változnak, s függenek az ellátott betegek életkor szerinti összetételétől is. További eltérések állnak fenn a praxis földrajzi területének kiterjedtsége alapján. A tarifák alapvetően a rendelkezésre állást honorálják, de az elvégzett munka tényleges minőségétől (pl. befejezett ellátások száma, továbbutalási arány, járulékos költségek generálása stb.) nem függenek.

A **járó- és fekvőbeteg szakellátásban** a piacra való belépés nem szabad. Az intézményi struktúra jellemzően adminisztratív kapacitásszabályozásra épül, melynek egy része (köztulajdoni intézmények) esetén az önkormányzati törvényből adódó erős jogi korlátok között lehet a kapacitásokon módosítani, más része (magánszervezetek) esetén pályázatattal és azok eredményein alapuló szerződéskötésekkel – kevesebb jogi kötöttséggel és inkább a finanszírozási források által meghatározott korlátok által meghatározottan – dönt el a szolgáltatási struktúra. A finanszírozás teljesítményarányosnak tekinthető (jóllehet az utóbbi hónapokban a költségvetési megszorítások hatására visszatérés látható a teljesítményt – bizonyos szint fölött – figyelmen kívül hagyó, a rendelkezésre állást honoráló finanszírozás irányába). A finanszírozott ellátásokat (az alapszolgáltatási csomag tartalmát), valamint a szolgáltatási díjtételeket (HBCS¹⁰ és német pontrendszeren¹¹ keresztül, közvetetten) az állam adminisztratív eszközökkel határozza meg.

Az **árak** alakulását nem a piac, a kereslet és kínálat törvényszerűségei határozzák meg, hanem az állam. A monopolpiacokon szokásos ármaximumok helyett azonban itt fix árak megállapítására kerül sor, ami kizárja a hasonló szolgáltatásokat végző szervezetek közötti árverseny lehetőségét is. Az árak nem költségfedezők, az amortizáció nem épül be a szolgáltatási tarifákba.

A **fejlesztési döntések** – a finanszírozásba be nem épített amortizációs fedezet pótlására – egyedi állami, illetve önkormányzati tulajdonosi és költségvetési támogatási típusú döntések maradtak, ezek fedezete döntően nem az intézményi bevételekből származik, hanem jellemzően az állami (céltámogatások), illetve

¹⁰ **Homogén Beteg Csoport:** a fekvőbeteg ellátásban alkalmazott finanszírozási módszer, melynek lényege, hogy az átlagos ráfordítás alapján a **betegségek kezelési igénye szerint betegcsoportokat** határoznak meg, a csoportokhoz az átlagos és szükséges ráfordítások alapján pontértékeket, illetve a pontértékhez pénzüsszeget rendelnek, és ez alapján történik a finanszírozás.

¹¹ **Német pontrendszer:** a járóbeteg ellátásban alkalmazott **tételes teljesítmény szerinti finanszírozási** módszer, melyben az egyes szakmákban, egyes beavatkozásokhoz az átlagos szükséges ráfordítások alapján pontérték rendelődik, illetve a pontértékhez pénzüsszeget rendelnek, és ez alapján történik a finanszírozás.

önkormányzati (saját, vagy átengedett) költségvetési forrásokból. A beruházások allokációjára nincs érdemi hatással a teljesítmény, mert az diszkrecionális, egyedi állami döntések nyomán alakul, s kevés normativitást mutat.

Az ellátás minden szintjén jellemző, hogy viszonylagos magasak a szolgáltatások minőségi minimumainak garantálásával összefüggő – normatív módon meghatározott, a személyi és tárgyi minimumfeltételek teljesítéséből származó – költségek. E belépési költségek az ellátási szintek emelkedésével növekednek, amiből következően a gazdaságos üzemméret a magasabb ellátási szinteken egyre nagyobb, a specializált ellátások földrajzi piaca szükségszerűen egyre kiterjedtebb. Az alap- és szakellátás szintjén – más, hasonló, személyi szakmai szolgáltatási piacokkal összehasonlítva – azonban nem tekinthetőek kivételesen magasaknak e belépési költségek.

Összességében – sokkal inkább az állami beavatkozások miatt, mint a gazdaságos üzemméret minimum-szintjéből adódóan – az egészségügyi szolgáltatási piacokon a piac szerkezete közelebb áll a monopolisztikus helyzethez (különösen vidéken, ahol szórta a szolgáltatók elhelyezkedése), mint a versenypiacokon jellemzőhöz. Ez önmagában is akadályozhatja a verseny funkcióinak érvényesülését, de további gátat jelent a szolgáltatók közötti árverseny teljes kikapcsolása, melynek révén a finanszírozó (avagy a fogyasztó) által különösen értékelt árversenyre – árcsökkenésre – nincs lehetőség, mint ahogyan az áremelés kizárása a minőségi verseny lehetőségét is korlátozza¹².

I.6.2. A piac keresleti oldala: biztosítás, finanszírozás, beteg

A **keresleti oldalon** a biztosítási rendszer működésének alapvető jellegzetességeit, és a fogyasztó (ügyfél) döntési lehetőségeit érdemes áttekinteni.

A **biztosítási díjak jelenleg adók** módjára viselkednek, a biztosítónak alig van rálátása a díjak nagyságára. A díj (járulék) mértékéről való döntés politikainak tekinthető.

Egyetlen **egészségbiztosítási szerv** van, azaz a jogi szabályozásból adódóan jelenleg eleve adott a vevői monopólium. Az ügyfélnek nincsen választási lehetősége a biztosítók között. Az Országos Egészségbiztosító Pénztár azonban sokkal inkább csupán kifizető ügynökségként működik, mint valódi megrendelőként, vevőként. Ehhez ugyanis nincsenek meg a szükséges jogi felhatalmazások: piaci, diszkrecionális döntési lehetőségekkel (mit, kitől, mennyiért és mennyit vásároljon) ugyanis nem rendelkezik. Rendeletben meghatározott az, mely szolgáltatási termékeket finanszírozhatja, milyen áron. Jogszabályok határozzák meg, kivel kell szerződést kötnie a potenciálisan alkalmas szolgáltatók közül (kapacitástörvény). A mennyiség meghatározását jogszabály alapján rá kell bízni a különféle szakmákat gyakorló orvosokra (a kassa kulcsa másnál van). Nem szelektálhat ár vagy minőség alapján,

¹² Az árverseny kikapcsolása sok esetben éppenhogy a más típusú verseny erősödését eredményezheti, eredményezi (minőségi verseny, reklámverseny). Ami bizonyosan elmondható, hogy az ár a fogyasztó számára az egyik legnagyobb haszonnal kecsegtető termékjellemző, amely dimenzióban ráadásul az előnyösebb szolgáltatást nyújtó könnyebben felismerhető – szemben pl. a reklámversennyel vagy a csak sok minőségi szempont összességével megragadható minőségi versennyel.

nem alkudozhat az árakról, gyakorlatilag nincsen joga visszavenni a kassa kulcsát, ha valaki nem őrzi a jó gazda gondosságával a rá bízott közös vagyont.

Az OEP ellátás-menedzselési funkciói is korlátozottak. A tulajdonosi – ellátási felelősségi – ellenőrzési – visszacsatolási funkciókat, szerepköröket oly módon osztották szét, hogy azok nehezítik, szinte lehetlenné teszik a hatékony ellátásszervezést, a szükségletek számbavételét, a szolgáltatások megfelelőségének, adekvát jellegének ellenőrzését, a kapacitásoknak és a finanszírozási forrásoknak a szükségletekhez való igazítását.

Kapcsolódó probléma, hogy a nyújtott egészségügyi **szolgáltatás minősége** nem ismert vagy figyelembevétele kimarad a finanszírozói, illetve a fogyasztói döntési folyamat során, így e szereplők csak kismértékben tudják minőségi versenyre ösztönözni a szolgáltatót¹³.

A közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatások körében fogyasztói döntésben az árak nincsen szerepe, mert vagy ingyenes a szolgáltatás, vagy fix, nem differenciált, egységes hozzájárulást (vizitdíj) kell fizetni.

A **fogyasztónak** (páciens, beteg) az ellátó intézmények közötti választása jogilag kevésbé korlátozott, elvileg – és a nagyobb településeken gyakorlatilag is – szabadon választhat háziorvost, s a háziorvosi beutaló birtokában dönthet az azonos szinten elhelyezkedő ellátási intézmények között is. A területi monopóliumok léte a gyakorlatban ugyanakkor korlátozza a döntést. A racionális döntés meghozatalát akadályozza továbbá az is, hogy a szolgáltatók tényleges minőségéről, gyakorlottságáról, eredményeiről vagy kudarcaikról nem állnak rendelkezésre megbízható információk. Az információszerzéssel kapcsolatos tranzakciós költségek egyrészt magasak, másrészt az így szerzett információk megbízhatósága is kétséges. Ez azzal az eredménnyel jár, hogy a fogyasztói választás ténylegesen kevésbé, vagy csak torzítottan tudja betölteni allokációs, és minőség-növelésre, hatékonyságra ösztönző szerepét.

Mindehhez még figyelembe kell venni azt is, hogy a rendszer szereplőinek viselkedését milyen érdekek határozzák meg. Ez ugyanis befolyásolja azt, hogy a strukturális, vagy jogi monopóliumhelyzetek visszaélészerű kihasználására milyen erős a szereplők érdekeltsége.

1.7. A rendszert alakító érdekek

A **szolgáltatások igénybevevői** a lehető legjobb szolgáltatást szeretnék igénybe venni, ugyanakkor fizetni nem szeretnék, vagy egyes rétegek kétségtelenül kevésbé képesek is erre. Az ingyenesség, vagy a minimális, egységes, azonos összegű térítési díj érdemben nem alkalmas a keresleti oldali viselkedés tartós befolyásolására, érezhető költségérzékenységet nem teremt. A sok és átláthatatlan áttét miatt a

¹³ Van ösztönöztség a minőségi versenyre, a hivatásszeretetet, emberbarátság, de akár a parasztolenciáért folytatott vetélkedés is ezt jelzi, de ez a minőségi verseny valószínűleg szuboptimális. Az bizonyos, hogy nehéz optimalizációs kérdés, hogy miképpen lehet az orvosi csapat jobb teljesítményre ösztönözni úgy, hogy közben ne törjön össze a felelősség alatt, illetve, hogy ne hátrítsa el a nehéz eseteket, kimazsolázva a statisztikákat javító pácienseket.

járadékfizetési (biztosítási díjfizetési) hajlandóság is gyenge, különösen, ha gyakorlatilag állampolgári jogon nyújtja a szolgáltatást a közsféra, és a jogosultság az igénybevitel során jellemzően nem ellenőrzött.

A **közszolgáltató szektor** dominánsan nonprofit elv alapján működik, érdemben kevésbé meghatározott közellátási felelősséggel. A köztulajdonosi érdek meghatározása és a tulajdonosi számonkérés szakmailag jellemzően gyenge, és politikailag motivált, sok esetben a menedzsment intézményi vagy akár magánérdekei dominálhatnak.

A **szakmai szolgáltatásokat végző személyek**, orvosok és szakszemélyzet érdekeltségéről azért kell külön szólni, mert a szabad szolgáltató- és különösen a szabad orvosválasztás az orvos-beteg kapcsolatba külön érdekeltségi elemet hozott. A fogyasztói döntés egyik kérdése, hogy a létező kapacitás- és egyéb hozzáférési korlátokat milyen módszerrel lehet megszüntetni, továbbá az egyéni igények közötti különbségeket hogyan lehet érvényesíteni. Mivel ezek a fogyasztói prioritások léteznek, ugyanakkor a szabályozás sem az igénykülönbségek kezelésére, sem pedig a korlátok megszüntetésére átlátható és kiszámítható rendszereket nem hozott létre, a hálapénz rendszere alakult ki, mint piaci – bár kevésbé kívánatos – megoldás. A rendszerben dolgozók minőségibb szolgáltatásban való érdekeltségét ez a megoldás is javítja, bár kiszámíthatósága és átláthatatlansága, a számonkérhetőség hiánya miatt a hatása gyengébb. A szolgáltatást végző személyek nagy hányada – a közöttük meglévő indokolatlan egyenlőtlenségek ellenére – érdekelt ennek a rendszernek a működésében, míg másokban nagyobb az érdekeltség a tisztább viszonyokra, a legális többletjövedelemre.

A **finanszírozó**, társadalombiztosítási szervezet állami, közjogias szabályozású jogi monopóliumára a puha költségvetési korlát, a hiányzó tulajdonosi és menedzsmentösztönzők, és a politikailag erősen motivált beavatkozások jellemzőek. A beavatkozások következményei jellemzően csupán politikaiak, s jogilag kevésbé számonkérhetőek.

A **szabályozás és felügyelet** intézményrendszere szétagolt, a feladat- és hatáskörök szétszétválasztása nehezen áttekinthető, a beavatkozások szintje és ellenőrzése, a szankcionálás cél- és okszerűsége sok esetben erőteljesen megkérdőjelezhető. A szabályozási és felügyeleti intézményrendszer átlagos – különösen a speciális gazdálkodási feladatokat illető – szakmai felkészültsége hiányos, kevés a megfelelő ismeretanyaggal és gyakorlattal rendelkező szakember, vagy alig van ráhatása a megszülető döntésekre.

A gazdasági jellegű szabályozási beavatkozások esetén (kapacitások, tarifák, szolgáltatások minőségi feltételeinek rendeleti szabályozása stb.) az alkotmánybírósági kontroll lehetősége nem adekvát sem időigénye, sem a szabályozási probléma tartalma, sem pedig a kárt szenvedő fél veszteségeinek kompenzálása tekintetében.

A nem normatív jellegű szabályozási beavatkozások (beruházási és kapacitásdöntések) esetén a politikai motiváció, a lobby-érdekek a hosszú távú szakmai megfontolások fölé kerülhetnek. A döntések nem transzparenssek, és kevésbé számonkérhetőek. A szabályozási jellegű beavatkozások esetén is jellemzően a rövid távú érdekek dominálnak.

Összességében a piaci szereplőket – ideértve különösen a szolgáltatókat, biztosítót és szabályozókat – irányító ösztönzők, motivációik elsődlegesen nem a gazdasági érdekeltségeken alapulnak. Ez egyik oldalról nem hátrányos, hiszen a monopolhelyzet, a piaci kudarcok okozta helyzetek visszaélészerű kihasználására irányuló érdekeltség nem nagyon erős, ugyanakkor a szereplők hatékonyságra való törekvése, ez irányú ösztönzöttsége is gyenge.

Azáltal azonban, hogy az így működő piacnak gyakorlatilag mind a kínálati, mind pedig a keresleti oldala monopolizáltnak tekinthető¹⁴, eleve bele van kódolva a rendszerbe az, hogy a kibocsátása (teljesítménye) kisebb, a fizetendő ár pedig nagyobb lesz, mint ha valamelyik oldalon (különösen a kínálati oldalon) élénkebben versenyző lenne a piac. Az adminisztratív szabályozási beavatkozások fő motivációja a rendelkezésre álló korlátozott erőforrások hatékonyabb elosztása a költségek csökkentése révén, míg háttérbe szorul, csupán áttételesen jelenik meg a minőségjavítás és a szolgáltatások fejlesztése (itt jellemzően a maradékelven, s várólistákra történő – sokszor kevésbé átlátható módon megvalósított – besorolásokkal kerül sor az igények fokozatos kielégítésére).

A biztosítói verseny megjelenése segítheti a szolgáltatói piaci verseny intenzitását, a minőség javítását, a szolgáltatási piacra való belépést, ha például bizonyos rossz feltételekkel szolgáltató területeken valamely biztosító, vagy biztosítók egy csoportjának kereslete serkenti a minőségjavítást, segít megelőlegezni egy új szolgáltatás kifejlesztését, egy szolgáltató piacralépését.

A jóléti veszteség rövidtávon akkor kerülhető el az egészségügyben, ha először a szolgáltatói oldalon kezdjük meg a monopóliumok felszámolását, s a verseny fokozatos kiterjesztését. Az erőfeszítéseket ebből következően nem a biztosítói versenyre kellene fókuszálni, különösen nem akkor, amikor a szolgáltatói oldalon erőfeszítéseket teszünk a monopolizáció irányába. Ehelyett első lépésben intézkedéseket kellene tenni a szolgáltatói oldali területi monopolhelyzetek felszámolására, fokozatos feloldására, a földrajzi piac méreteinek kiterjesztésére, a hatásosabb ár- és minőségi verseny feltételeinek megteremtésére, illetve ahol elkerülhetetlen, a szolgáltatói monopóliumokat az államnak fokozott ellenőrzés alatt kell tartania. Ebből nem következik, hogy ne lenne szükség a biztosítói versenyre is, de az igen, hogy a szolgáltatói oldalon – ahol lehetséges – előbb kell olyan beavatkozásokat tenni, hogy a piacnyitás folytán megteremtődjön a hatásosabb verseny lehetősége, s ezzel párhuzamosan a verseny hatásait rontó körülményeken is változtatni szükséges.

A biztosítói oldali piacnyitást második lépéssé érdemes tenni úgy, hogy a kiegészítő biztosításnak adunk jól elhatároltan nagyobb piacteret, segítve ezzel a differenciáltabb igények kielégítését.

¹⁴ Ezt a jelenséget hívja a mikroökonómia bilaterális monopóliumnak, vagy kettős marginalizációnak: ha a piac két egymást követő vertikális szintje (jelen esetben a szolgáltatási és a biztosítási) is monopolizált, akkor a társadalmi hatás rosszabb (a jóléti veszteség nagyobb) lesz, mintha csupán az egyik szint lenne monopolizált.

II. A rendszerproblémák megoldási útjáról

Ahhoz, hogy a versenyt, mint ösztönzőt – némi leegyszerűsítéssel¹⁵ – akár az egészségügyi szolgáltatások (kínálat), akár az egészségbiztosítás (kereslet) piacán úgy lehessen érvényre juttatni, hogy hatásossága kielégítő legyen, az előzőekben leírtak alapján adódik a következtetés: **először változtatni kellene azokon a körülményeken, amelyek a verseny funkcióit lerontják, majd fokozatosan egyre tágabb teret lehetne adni a versenynek.**

II.1. Hogyan javítható a forrásteremtés?

A forrásteremtés kérdése sok tekintetben nem tartozik szorosan egy versenyelemzés témájához, azonban a tárgyalt téma szempontjából fontos lehet néhány szót áldozni erre a területre. Ennek az az oka, hogy a modellválasztási kérdés felvetéséhez éppen a **finanszírozás fenntarthatóságával kapcsolatos problémák** kiéleződése vezetett. Meglátásunk szerint a közfinanszírozási, forrásgyűjtési nehézségek megoldásának keresése során a munkapiaci versenykörülmények megváltozását is célszerű figyelembevenni akkor, amikor a lehetséges eszköztárból választ a kormányzat.

Tudomásul kellene vennünk azt a tényt, hogy a munkának, mint termelési tényezőnek a piacán folyó verseny keresleti oldali viselkedése, elvárásai érdemben változnak, s ez óhatatlanul hatással kell legyen a kínálati oldal viselkedésére is. Magyarországnak az uniós átlaghoz való közeledése a magyar munkapiaci komparatív előnyöket is elmorzsolja, hiszen hosszabb távon a jelenlegi bérköltségbeli különbség csökkenését eredményezi. Ha a munkajövedelmeket terhelő adók és járulékok szintje az országot – mint termelési tényező forrást – a munkaerőforrások nemzetközi versenypiacán egyre költségesebbé teszi, akkor ez a tehernövekedés versenyképességünket, versenypozícióinkat is tovább ronthatja.

Más oldalról vizsgálva, ha ugyanolyan szintű közösségi forrásteremtés tranzakciós költsége más típusú adónem alkalmazása esetén jóval kisebb lenne, s ugyanakkor ez nem rontaná nemzetközi versenyképességünket sem, akkor ebből logikusan következne, hogy a munkajövedelmeket terhelő adókat részben célszerű lenne kiváltani más típusú elvonásokkal.

Tekintettel arra, hogy a munka és a vagyon révén keletkező jövedelem – még az „eltitkolt” is – az elköltése során megjelenik fogyasztásként, ésszerűen adódik az a következtetés, hogy olyan új adónemre volna szükség, mely a fogyasztásból teremtene forrást azon társadalmi célok megvalósításának legalább egy részére, melyek a teljes lakosság szolidaritási jellegű prioritásainak kielégítését szolgálják.

Mind a nyugdíjrendszerben, mind pedig az egészségügyben az alapellátások forrását célszerű lenne tehát a **fogyasztást terhelő „szolidaritási” jellegű adóval** biztosítani. Ha figyelembe vesszük azt, hogy az egészség megőrzésére, az életkilátásokra milyen

¹⁵ Az I.6-ban lévő hárompólusú ábra arra utal, hogy az egészségügyi szolgáltatások kereslete nem csak a biztosítókat, de a fogyasztókat is magába foglalja; a biztosítói szolgáltatások kínálatára pedig a páciensek/állampolgárok/állam keresletével keletkezik. A következőkben ebből a viszonyrendszerből a szolgáltatói és a biztosítási oldalt elemezzük részletesebben, figyelembe véve azonban a fogyasztó viszonyát e szereplőkhöz.

termékek és szolgáltatások fogyasztása, milyen potenciális hatásokkal jár, akkor eszerint lehetne differenciálni, s a normál adókulcsokhoz képest akár preferáló (zöldség, gyümölcs, sporteszköz), akár büntető (dohány, cigaretta) jellegű adótételeket alkalmazni. Egy ilyen fogyasztási adónem beszedése vélhetően egyrészt olcsóbban megoldható, másrészt pedig garantált bevételt eredményezhet tekintettel arra, hogy mindenki fogyaszt, s a fogyasztás döntő hányada ma is ellenőrizhetőbb, mint a jövedelemképződés. Abban pedig, hogy ki, miből és mennyit fogyaszt, a jövedelemkülönbségek is megjelennek, tehát a méltányosság és igazságosság sem szenvedne csorbát¹⁶.

Ugyancsak potenciális – legális – többletforrást jelenthetne a ma hálapénz formájában megjelenő **önrész** más formában történő megjelöltetése. Az egészségügyi intézmények az érdekeltségi rendszer gyengeségei (nincs kemény költségvetési korlát, tulajdonosi számonkérés gyenge), illetve a munkavállalói ellenérdekeltség (a hálapénz révén így a személyzet juthat hozzá ezekhez) miatt – bár bizonyos jogi lehetőség létezik – jellemzően nem élnek a szolgáltatásnyújtás minőségi különbségeinek külön díjakban történő elismertetési lehetőségével még ott sem, ahol tehetnék. A végeredmény, hogy mind az egyéni igénykülönbségek kielégítéséért, mind a várakozási listák megkerüléséért a hálapénz révén kerül többletforrás a közfinanszírozott egészségügy rendszerébe. A hálapénz összegéről rendelkezésre álló becslések arra utalnak, hogy ez a forrástöbblet jelentős. Ez azt jelzi, hogy a társadalomban nagy igény él, és egyúttal fizetőképes kereslet is van az ilyen igények kielégítésére. Ez önmagában is célszerűvé teszi azt, hogy a hálapénzt, mint forrást nyilvánossá és átláthatóvá tegyünk, s azt kiegészítő biztosítások, és/vagy legális önrészfizetés révén megvásárolható, létező vagy megteremthető többletszolgáltatásokért cserébe használja fel az egészségügyi szolgáltatási rendszer. A differenciáltabb minőségű szolgáltatásokért (például nagyobb kompetenciával rendelkező személy tudástöbblete; jobb minőségű, de a közfinanszírozó számára aránytalanul drágább ellátás; felhasznált eszközök ártöbblete miatt korlátozottan rendelkezésre álló ellátási lehetőség; komfortosabb elhelyezés; stb.) történő többletfizetés révén dinamizálható a minőségfejlesztés, a minőségi verseny, javítható lenne a szolgáltatási rendszer érdekeltsége is.

II.2. Hogyan javíthatók a verseny körülményei?

1. Növelni kellene a termékek homogenitását, szabványosítva a termékeket mind az egészségügyi szolgáltatások, mind az egészségbiztosítás piacain, hozzájárulva ezzel a termékek minimális minőségi szintjének garantálásához is – ott, ahol a szolgáltatások jellege ezt nem zárja ki (különösen a rutin jellegű, gyakran ismétlődő eljárásoknál és terápiáknál).
2. Csökkenteni kellene az információs aszimmetriá(ka)t, növelve a fogyasztók, s a biztosító(k) informáltságát is.

¹⁶ Még a külföldiek is automatikusan hozzájárulhatnának ezen a csatornán az esetleges baleseteik, megbetegedésük kezeléséhez, hiszen itteni költségeik után adóbevétel keletkezne.

3. Javítani kellene a fogyasztó döntési helyzetét, információ feldolgozó képességét a racionális döntési képességet korlátozó körülmények megváltoztatásával – ott, ahol lehetséges.
4. A piacra való be- és kilépés adminisztratív akadályait csökkenteni kellene, a jogszabályokon alapuló – nem kellően alátámasztott – kizárólagos helyzeteket meg kellene szüntetni, hogy a piaci struktúra a monopolhelyzettől elmozdulhasson a versenyhelyzet irányába – ott, ahol nem gazdaságos üzemméret probléma vagy a fogyasztói döntési képesség, és -helyzet teljes hiánya az oka a monopolhelyzetnek.
5. Meg kell hagyni a fogyasztó választási lehetőségét mind az egészségügyi szolgáltatás, mind a kiegészítő biztosítás piacán, miközben megmaradna az állami – közös – szerepvállalás az ellátási alapsomag biztosítása tekintetében.
6. A piacudarcokból adódó ellátási hiányokat kevésbé adminisztratív módon kellene megoldani, inkább a piacért folyó versenyeztetéssel, árazással illetve más ösztönzéssel.
7. Ott, ahol fennmaradnak monopolhelyzetek, jobb szabályozással és állami felügyeleti intézményekkel, ellenőrzéssel kellene megakadályozni a visszaéléseket, s megfelelő belső, menedzsmentösztönzőket alkalmazni a szolgáltatók hatékonyságának fokozása érdekében.
8. Le kellene bontani a versenyt akadályozó egyéb szabályozási korlátokat, és az ár-, és ezáltal a minőségi versenyt elősegítő szabályozási környezetet kellene teremteni mind a szolgáltatásoknál, mind a biztosítás területén.
9. Növelni kellene a fogyasztók érzékenységet, különösen azoknál a szolgáltatási termékeknél, ahol a fogyasztói magatartás (életvitel, fogyasztói szokások) bizonyítottan érdemi hatással van a betegség bekövetkezési valószínűségekre, ezzel együtt érzékenyebbé indokot tenni az OEP-et a nyújtott szolgáltatások tartalmában és minőségében kialakuló különbségekre, hogy ne csupán kifizető ügynökség legyen, de ösztönözzön a hatékonyságra illetve kikényszerítse azt.
10. Csökkenteni célszerű az ár- és minőségi versenyen túli versenyeszközök (promóciós- és reklámverseny, egyéb eladásösztönző eszközök) használatára való ösztönözöttséget. A reklámversenyben az informatív reklámok irányába kellene eltolni a vállalati aktivitást és kreativitást.

Miután listába szedtük a fontosabb pontokat, további kérdés, hogy **hogyan lehet ezeket megvalósítani?**

II.2.1. A termékek homogenitásának növelése, szabványosítás - minőségbiztosítás

Definiálni kellene tehát többé-kevésbé standard, kellően homogén, szabványosított termékeket. Növelni kellene ezek számát és arányát mind a szolgáltatásoknál, mind pedig a biztosításban, ekkor ugyanis a termékek összehasonlíthatósága (különösen az árak összevethetősége révén) javul. A termékszabványosítás – még ha számos nehézséget okoz is – bevett gyakorlat minden olyan rendszerben, ahol akár az állam,

akár a biztosító a nyújtott egészségügyi szolgáltatás mennyisége és minősége alapján ad visszatérítést, fizet a szolgáltatóknak.

Szabványosítás gyakorlatilag ma oly módon működik, hogy a „szabványok” – az egyes díjtételek, HBCS vagy német pontok mögötti szolgáltatási termékek tartalmának meghatározása – többé-kevésbé pontos leírása hiányos, vagy nem létezik. Jellemzően a nagy ráfordítású szolgáltatások esetén (ahol például igen drága külön keretes gyógyszereket is tartalmaz a terápia) jobban definiált, részletesebb mind az orvosi eljárás leírása, mind a finanszírozási következménnyel járó döntési pontok meghatározása, míg más szolgáltatásoknál (például a háziorvosi ellátás, ahol a rendelkezésre állásért fizet átalánydíjat az OEP¹⁷) a minimális szolgáltatás tartalma alig meghatározott.

Ahhoz, hogy a lehetséges versenykudarc lehetőségét csökkentjük, a szabványosítás területén nem lehet azoknak a törekvéseknek engedni, melyek arra irányulnak, hogy az eljárásrendek, finanszírozási protokollok – mint a szolgáltatási termékek minimális tartalmának magasabb, vagy alacsonyabb általánosítási szintű definíciói – akár szolgáltatóként, akár biztosítóként eltérjenek. Bármennyire is úgy tűnik, hogy ennek a minőségfejlesztés lehetősége miatt lennének előnyei, a termék-összehasonlíthatóság lehetőségének elvesztése sokkal nagyobb hátránynak vélelmezhető minden olyan szolgáltatásfajta esetén, ahol a szolgáltatás rutin jellegű, jó közelítéssel szabványosítható, leírható. Számos olyan beavatkozás létezik az orvoslásban is, ahol a termék nem annyira „bizalmi”, mint amennyire „tapasztalati”¹⁸ jellegű. Az ilyen jellegű szolgáltatásfajtáknál (tömegesen előforduló esetgyakoriságok, kipróbált és bevett kezelési eljárások és diagnosztikai módszerek) nem látszik elegendő indok arra, hogy miért ne lehetne egységes, homogén termékeket definiálni függetlenül attól, hogy hány biztosító vagy szolgáltató nyújtja ezeket a szolgáltatási termékeket.

A homogén termékek meghatározásának tranzakciós költsége egy ekkora ország számára arányában sem vélelmezhető kis tételnek. Az hogy ezeknek a definiálásoknak a költségeit megsokszorozzuk, hiba lenne: nem vállalható fel, de nem is lenne célszerű belemenni. Ezt a definiálási feladatot bármilyen rendszer esetén a biztosítási alapsomag meghatározási feladat részének kellene tekinteni, egy közös, vagy központi szervezetben. A termék definiálások megsokszorozása helyett annak eljárásrendjét indokolt kialakítani, hogy hogyan módosítsuk, javítsuk a már elfogadott szolgáltatási termékek garantált minimális tartalmát, minőségét („kódkarbantartás” tartalmi része).

A feladat megoldását az úgynevezett technológia el- és befogadás újabb területre, annak az egészségügyi terápiákra történő kiterjesztését jelenti (új „kód” létrehozása).

¹⁷ Az itt alkalmazott díjtétel esetén értelemszerűen az ellátás tartalmát a rendelkezésre állás időtartamában (rendelési és készenléti szolgáltatás időkerete) kell legalább szabályozni, s kevésbé adekvát a ténylegesen elvégzett munka után fizetni. Ezek a minőségi paraméterek (pl. befejezett ellátások száma) ilyen tarifarendszer esetén legfeljebb árkorrekciós tényezőként működtethetők.

¹⁸ A professzionális szolgáltatásmegrendelő egészségbiztosító általában szakmailag jobban meg tudja ítélni különböző eljárások relatív hasznát, mint a jóval kevesebb információval rendelkező (ám végül a szolgáltatást „elszenvedő”) fogyasztó. Ezért még a tapasztalati jellegű termékek esetén is marad fogyasztóvédelmi feladat, szükség lehet a minőségbiztosítás rendszerére, eseti ellenőrzésekre, és technológiaértékelésre is.

A gyógyszereknél a termék elfogadásának intézményi és eljárás rendje (Országos Gyógyszerészeti Intézet általi törzskönyvezés, mint biztonsági kontroll), továbbá biztosítási csomagba való befogadási és árelfogadási rendje (az OEP befogadási eljárása, mint a finanszírozási kontroll első lépcsője) már megoldott. Ezzel ellentétben a gyógyító eljárások esetén mind a terápiás eljárás leírása és „törzskönyvezése”, mind annak a – közfinanszírozás rendszerében – történő téríthetőségéről való átlátható döntés rendszere hiányzik. Nyilvánvaló, hogy az elismert és finanszírozott gyógyító eljárások alapregiszterét a ma finanszírozott termékek pontosabb definiálásával „hivatalból” kellene felépíteni, azaz állami feladatot jelent. Ez lenne a biztosítási alapsomag definiálásának első lépcsője is egyben.

Megjegyzendő, hogy számos olyan eljárás, vagy ellátás létezik ma is, ahol a termékek homogenitása eleve jó szinten van. Mind az ápolási szolgáltatások, mind pedig egyes krónikus ellátások és terápiák esetén viszonylag homogén termékeket találunk¹⁹. A szakma által szokásosan alkalmazott és elfogadott terápiás gyakorlatok számossága is feltehetően elég magas (oktatási rendszerben is tanított). Ebből következően az alapregiszter kialakításában – lévén, hogy létezik egy már alkalmazott termékkód rendszer mind a járóbeteg szakellátásban, mind pedig a kórházi ellátásban – jó alapokról lehet elindulni.

Megjegyzendő, hogy a homogenitás hiányával összefüggő problémák sok szolgáltatási piacon léteznek. Ezeket a gondokat a piac jellemzően átalány-jellegű árakkal szokta megoldani. Az egészségügyben a HBCS módszer erre a jó példa. A minőségi követelmények kikényszerítési mechanizmusában azonban ilyenkor sokszor kell külön ellenőrzést is beiktatni a rendszerbe. Ezekben az esetekben a szolgáltatók oldalán a bonyolult eset továbbutalása képében, vagy alulkezelésben ugyanúgy megjelenik a kockázatszelekció problémája, mint a biztosításban, és különösen így van ez akkor, ha egy homogénnek definiált szolgáltatási termék határai nagyon szélesek, és a rendszer nem teszi lehetővé az akár bonyolultságában, akár egyediségében kirívóan sajátos esetek külön kezelését, például korrekciós faktorokkal. Ugyancsak előállhat ez a helyzet, ha az adott betegségfajta kezelésére rendelkezésre álló, minőség szempontjából is eltérő terápiás megoldásokat nem képes külön kezelni a rendszer, azokat nem engedi külön termékként definiálni. Nyilvánvaló, hogy amennyiben nem akarjuk elzárni a lehetőséget az innovációk, az új megoldások előtt, akkor olyan mechanizmusokat kell beilleszteni a finanszírozási rendszerbe, hogy a fejlesztések elterjedését lehetővé tegye, akár olyan áron is, hogy – még ha fokozatosan is, például először az alapsomagban kisebb, később a tapasztalatok birtokában növekvő támogatási szint mellett – kezdetben a beteg önrésze nagyobb lenne, mint a már kipróbált, igazolt terápiás megoldások esetén.

A **biztosítás területén** a termékek homogenitásának hiánya a fogyasztó/ügyfél számára szintén nagy – bár elsődlegesen gazdasági jellegű – döntési problémát jelent. Ha ugyanis mind a szerződés tartalmában, szerződéses kondíciók sokaságában, mind pedig az egyes szerződések árazásának megoldása tekintetében olyan termékgazdagság, olyan különbségi skála áll elő, melyben az egyes biztosítási csomagok egymással történő összevetése során a fogyasztó szempontjából vett

¹⁹ Itt az árazás rendszere is más, hiszen az idő hosszával arányos az átalánydíj (napi tarifa létezik).

előnyök és hátrányok összevetése szinte lehetetlen, akkor a biztosítók és a biztosítási termékek közötti optimális választás nagy valószínűséggel megoldhatatlan problémát jelent a laikus fogyasztó számára²⁰.

A bonyolult, nehezen összehasonlítható termékeket előállító iparágakban, az utóbbi évtizedekben felpörgött a termékproliférációnak nevezett jelenség. A termékek differenciálásába történő befektetés – részben a minőségi versenyt erősíti – racionális és támogatandó törekvés. Másik oldalról viszont az okok között megtalálható, s egyre inkább dominánssá válik a termékpiacok elkülönítésére, a megkülönböztethetőség és összehasonlítás megnehezítésére és ezáltal a verseny csökkentésére való törekvés is.

A pénzügyi piacokon jellemzően nagyon könnyű a termékeket összehasonlíthatatlanná tenni. A kimagasló banki profitok egyik oka is éppen a termék megkülönböztetés fokában és az ezt kísérő információs zaj okozta döntési problémában keresendő. Az egyre szaporodó szerződési feltételek között a laikus nem tud eligazodni, a valódi kockázatot jelentő szerződéses feltételek felismerésére képtelen, egyes – a saját szerződéses pozícióit erősítő – kondíciók hiánya jellemzően csak utólag derül ki. A szerződések blanketta-jellegéből adódóan a fogyasztó a szerződéskötési folyamat során a tényleges alkuhelyzet egyenlőtlensége miatt még akkor sem tud korrekciót elérni, ha érzékel bizonyos kockázatokat és szeretne változtatni a feltételek egyoldalúságán.

A termékek összehasonlíthatatlanná tételének másik terepe **a termékek árazása**. A verseny kikerülésére alkalmas árazási stratégiák gyorsan fejlődtek az utóbbi években Magyarországon is. Tetten érhető ez a pénzügyi piacokon, különösen a bankszektorban, ahol korábban jellemzően a kamat volt a szinte egyetlen ármutató. Ma a szolgáltatási csomag több tucatnyi elemre történő felbontásával és az egyes szolgáltatási elemek külön árazásával, az egyes elemek más-más kombinációjának csomagba rendezésével válik egyre bonyolultabbá és átláthatatlanná a szerződéses kapcsolatokban a szolgáltatás-ellenszolgáltatás felismerhetősége a laikus fogyasztók számára. A bankszektorban a THM és EBKM mutatók ezeknek az árazási stratégiáknak kísérelnek meg szabályozási eszközökkel gátat vetni, s próbálják meg összehasonlíthatóvá tenni a különféle jogcímenen felszámított díjakat, költségeket, kamatokat, inkább kevesebb, mint több sikerrel.

Az olyan piacokon, ahol a szolgáltatás tartalma közel homogén, ott – mivel a szolgáltatás tartalmában nem lehet könnyen versenyezni – sokszor az árazás átláthatatlanná tételében jelenik meg a kreativitás²¹. Az ilyen iparágakban a fogyasztói szokásokról az iparág szereplőinek sokkal több megbízható adata van, mint amilyen tudása van a laikus fogyasztónak akár a saját szokásairól is. Ebből következően a

²⁰ Bizonyos biztosítási területeken nem szokatlan a termékszabványok, előírt szolgáltatási csomagok alkalmazása. Ilyenek vannak például más – garancia jellegű – biztosítási területeken is (pl. kötelező felelősségbiztosítás, kötelező magánnyugdíjpénztár, stb.).

²¹ (ld. telekommunikációs piac egyre összehasonlíthatatlanabbá váló tarifacsomagjai) A GVH tapasztalatai szerint ilyen stratégiák egyre több területen okoznak fogyasztói panaszokat. Pl. repülőársaságok, utazási irodák is egyre inkább nem összárakat közölnek, hanem egyetlen tarifaelemet kiragadva reklámoznak. Vevői oldalon a nagyméretű kereskedők is elterjedten alkalmaznak a beszerzési árakat eltérítő – gyakran 10-20 külön tarifaelemből álló – ármódosító csomagokat.

különbéle tarifacsomagok azt az információs aszimmetriából adódó helyzetet használják ki, ami a szolgáltató és a fogyasztó között van. A vállalat számára sokkal jövedelmezőbb az árakat összehasonlíthatatlanná tenni (ha már a terméket nem lehet differenciálni), minthogy árversenybe szálljon be.

Mindezek alapján, amikor az egészségügyi piacokon a fogyasztói döntési helyzetét javítani akarjuk, mind az egészségügyi szolgáltatási piacon, mind az egészségbiztosítás területén, akkor indokolt ezeket a **fogyasztói döntési problémákat** is figyelembe venni. Azért van különös jelentősége ezeknek a tapasztalatoknak, mert az egészségügy területén számos további olyan speciális fogyasztói döntési probléma is van (az élet, az egészség, mint a döntés tétje), amelyek tovább fokozzák a fogyasztói kiszolgáltatottságot, korlátozzák a fogyasztói racionalitás érvényesülését.

A homogenizációnak és szabványosításnak tehát nem csupán az egyes termékek tartalmának meghatározásakor, hanem a **szolgáltatási termékek árazása** tekintetében is különös jelentősége van. Ki kellene dolgozni olyan kötelezően alkalmazandó árazási, számlázási szabványokat, ártájékoztatói formulákat is, az újabb, külön ártényezőktől való eltiltással kombinálva, melyekkel meg lehet akadályozni, de legalább csökkenteni lehet az ilyen jellegű, kifogásolható szolgáltatói versenystratégiák kialakulásának valószínűségét. Az ilyen jellegű szabályozási beavatkozásnak egyúttal tranzakciós költségeket csökkentő hatása is van, hiszen nem kell szolgáltatóként, vagy biztosítóként eltérő rendszereket kialakítani, így nem merülnek fel újabb költségek sem az adatgyűjtési rendszerekben, sem a kalkulációs eljárásokban, sem pedig a számlázás és számla-befogadás informatikai rendszereiben. Egyúttal a fogyasztó is könnyebben össze tudná hasonlítani a különféle szolgáltatók és biztosítók ajánlatait, tarifáit.

II.2.2. Az információs aszimmetria csökkentése, mint megoldandó feladat

A termékek homogenitásának hiánya mellett a következő piackudarcot okozó probléma a jelentős **információ-különbség** a fogyasztó és a szolgáltató között. Ennek az információs aszimmetriának több vetülete is van:

Fennállhat információs hiány

- a) a beteg és orvos között a **diagnózis és terápia megválasztása** vonatkozásában;
- b) a diagnózist és kezelést előíró **orvos, vagy az ellátást nyújtó csoport minőségéről**;
- c) arról az **intézményről**, ahol az orvos, vagy gyógyító team az adott ellátást nyújtja, amely intézmény tulajdonképpen a háttérfeltételeket biztosítja a folyamat menedzselésével,
- d) a **biztosítási termék tartalmára** vonatkozóan (Ennek megismerhetősége is gondot jelenthet, ha más-más terápia, eljárások lehetnek azonos elnevezés mögött, vagy egyszerűen túlságosan hosszú és áttekinthetetlen a lista.)
- e) a **biztosítási csomag tartalmának** határait illetően (ha különböző összetételű termékcsomagokat lehet kínálni);

f) a **biztosítási csomagok közötti eltérések** – különösen, ha nagyszámú biztosítási csomag, vagy kiegészítő biztosítási csomag is létezne – mind szerződéses tartalmukban, mind pedig áraikban átláthatatlanok és összehasonlíthatatlanok lehetnek.

A **betegség felismeréséhez és a kezelés eldöntéséhez** hasonló információs probléma számos termék- illetve szolgáltatási piacon ismert jelenség (pl. szinte minden javítási szolgáltatás, vagy tanácsadási típusú piacon ez a helyzet). Sajátos szakértelemre van szükség, olyan szakértőt kell igénybe venni, aki a diagnózis, majd az áru személyre/problémára szabott kiválasztása területén jártassággal rendelkezik, és a fogyasztó döntési szempontjait megismerve megfelelő terméket tud ajánlani, szolgáltatást tud nyújtani, alkalmas arra, hogy a fogyasztó számára optimális döntés meghozatalához segítséget adjon. Ebben a fogyasztó-szakértő viszonylatban érdemi probléma a szakértő **integritása**, autonómiája. Más szóval, a fogyasztó ügynökének kell lennie a tanácsadónak, s nem kívánatos, hogy bármilyen más egyéb befolyás alatt álljon (pl. éppen valamilyen kapcsolódó piac ügynöke is legyen egyben), vagy ha már ilyen kapcsolat eleve létezik a rendszerben²², akkor ennek a ténynek a fogyasztó előtt ismertté kell válnia, hogy számolni tudjon ezzel a torzítási lehetőséggel a megbízottjától kapott tanács értékelésekor.

Az **orvos, a kezelést végző team** kompetenciái és minősége, a kezelés, a terápia kimenetét jelentősen befolyásoló tényező. Számos – különösen a specializált megoldásokat igénylő – egészségügyi szolgáltatási termék esetén nem feltétlenül az adott intézmény általános felkészültsége a lényeges kérdés, hanem az, hogy egy adott kezelés tekintetében milyen jártassággal és tapasztalattal rendelkező szakemberek dolgoznak egy adott intézményben. A soktermékes vállalatoknál is (pl. kiemelt kórház széles szolgáltatási palettával) teljesen reális az a feltételezés, hogy jellemzően a rutin jellegű, gyakran előforduló esetek (tömegtermék) tekintetében áll rendelkezésre a szokásos minőségű szolgáltatáshoz szükséges tudás és tapasztalat. Ezzel ellentétben közel sem biztos, hogy a bonyolultabb, vagy ritkán előforduló betegségek esetén egyáltalán rendelkezésre áll-e a megfelelő specialista, vagy infrastrukturális háttér egy kezelés, vagy műtét (speciális termék) elfogadható kockázattal történő lebonyolításához. Ezzel ellentétben az sem zárható ki, hogy egy kisebb intézmény specializálódik bizonyos ellátásra, és abban az egy adott szolgáltatási körben tesz szert nagy tudásra és tapasztalatra. A fogyasztó a mai információs környezetben nem képes megbízható adatokat szerezni – különösen, ha általa kivételesnek tartott kompetenciáról kíván tájékozódni – az egyes orvosokról, műtéti teamekről. Ehhez célzott és hozzáférhető információkat kellene gyűjteni, és rendelkezésre bocsátani. Az egyes kórházak honlapjain ma még kevés, és túl általános az információ, bár már most látható, hogy a nagyobb – különösen országos – intézmények legalább az orvosok képzettségére, esetleg pontosabban meghatározott szakterületére vonatkozóan közölnek adatokat.

²² Például a biztosító rábízta a kassza kulcsát az orvosra, a fogorvos a fogtechnikus termékének is megrendelője és forgalmazója, de lehet, hogy gyártója is (ha ő a tulajdonosa a labornak) egyben. Az audiológus a hallókészülékek, a szemész a kontaktlencsék, az ortopéd orvos a szükséges gyógyászati segédeszközök esetén is lehet hasonló helyzetben, különösen a kisebb helyi piacokon.

Ma már az egyes **intézményekről** szintén állnak rendelkezésre nyilvános adatok, de ezek részletezettsége, az intézmény fontosabb minőségi paramétereiről (egyes beavatkozások gyakorisága, eredményei, az alkalmazott orvosok gyakorlata, szaktudási jellemzői), a betegek komfortérzetét meghatározó állapotokról (szobák nagysága, étkezés, takarítás stb.) nincs érdemi, hozzáférhető tájékoztatás. Ugyanez igaz például az intézmények esetén a nem biztosított betegek kezelése során, vagy a biztosító által nem térített szolgáltatások esetén felszámított díjak nagyságára is. Kivételesen találni árlistákat, ám azokat is inkább csak a társadalombiztosításba nem befogadott magánintézmények tájékoztatóiban.

A biztosítási **termékek, kezelési eljárások leírása**, hozzáférhető helyen történő **közzététele** nagyon hézagos, hiányos. A közelmúltban közzétett kódleírások – bár lehet, hogy a szakemberek számára adnak némi eligazítást – valójában kevésbé alkalmasak a laikusok tájékoztatására.

A privát egészségügyi **biztosítási csomagok**, vagy egészségpénztári csomagok, esetén nehéz, sok idő- és energia-ráfordítást igénylő feladat a termékek összehasonlítása, a csomag tartalmát érintő eltérések felderítése szinte vállalhatatlan feladat egy laikus számára. Nem egy esetben előfordul, hogy olyan biztosítási események kerülnek fel – megtévesztő módon – a listára, amelyek adott csomag esetén gyakorlatilag szóba sem kerülhetnének, míg a valóban fontos eseményeket kizárja egy adott – a nevéből következően erre kiterjedőnek vélelmezhető – csomag.²³ Így olyan mesterségesen keltett információs zaj közepette kellene a laikusnak megkeresnie a lényeges elemeket a csomagban, ami – hacsak nem folytat le nagyon előrelátó és célzott kereséseket – szinte csak hibásan végezhető el. Tekintettel arra, hogy egy egészségügyi szolgáltatási csomag természeténél fogva hosszú listákból és bonyolult feltételekből állhat össze, eleve belekódolt az, hogy a laikusok – különösen, ha koruknál, vagy képzettségükénél fogva is hátrányos helyzetűek – információs és információ-feldolgozási hátrányba kerülnek

Nyilvánvaló, hogy valamennyi előbbi információs probléma esetén gondot jelent annak a módszernek a megtalálása, mellyel a laikus, de egészségtudatos, azaz egészsége és életesélyei miatt aggódó ember számára érthető, értékelhető tartalommal és formában kell a szükséges adatokat, tényeket megkeresni és továbbítani. Ez a módszertani nehézség azonban nem elegendő ok arra, hogy lemondjunk az információgyűjtésről, feldolgozásról és továbbításról, hiszen ma már sokkal több erre alkalmas technikai eszköz áll rendelkezésre ahhoz, hogy ezeket a nehézségeket kiküszöböljük, vagy legalább csökkentsük. Tekintettel arra, hogy ez a gond országhatároktól függetlenül létezik, s más államok egészségügyi piacain is folyamatos kísérletek zajlanak a megfelelő módszerek megtalálására, értelemszerű, hogy ezek tanulságait összegyűjtsük és hasznosítsuk magunk is.

²³ Például baleseti csomag esetén a mandulaműtét szerepel a listán, de bizonyos nagyobb rizikójú sportok baleseteit kizárja a biztosító, miközben nyilvánvaló, hogy előbbi nem baleseti esemény, utóbbiak igen.

II.2.3. Az információ feldolgozási képesség és döntési helyzet javítása

II.2.3.1. A megalapozott fogyasztói döntésnek akkor is vannak akadályai, amikor **tényleges döntési helyzet** áll fenn (elektív, tervezhető ellátások és beavatkozások):

- a) az információk feldolgozása, kiértékelése és
- b) a döntési probléma kezelése,
- c) a rövid- és hosszú távú fogyasztói preferenciák²⁴ ütközése és kezelése tekintetében.

Nincs tehát meg mindig a laikus részéről a kellő ismeret és képesség²⁵ az optimális döntés meghozatalához.

Ahhoz, hogy ezeknél a döntési helyzeteknél segítsük a – mind a fogyasztó, mind a köz szempontjából – optimális döntés meghozását, külön **intézményes segítséget kell nyújtani** a fogyasztó számára.

Az intézményes segítség többféle módon megvalósulhat:

- Ø A kezelő, és a beteget irányító **orvos** maga is (ld. irányított betegellátási rendszer) nyújthat a döntéshez szempontokat, segítséget.
- Ø Megoldás lehet e funkció **biztosító** általi betöltése.
- Ø Ugyancsak megoldás lehet **független** – pl. betegszervezetek közössége által működtetett – **információ szolgáltatási rendszer** igénybevétele.

Mindhárom megoldás feltétele, hogy a **tanácsadó** rendelkezzen azokkal az információkkal (szolgáltatói kompetenciák, árak, várakozási idők, egyéb fogyasztói preferenciák, biztosítási csomagok stb.), amelyek alapján a döntés optimalizálható és érdekelt legyen a fogyasztói prioritások megismerésében is.

Ilyenkor is fontos, hogy a keresési költség ne legyen magas, ami óhatatlanul felveti

- Ø az **információs rendszerek standardizációjának, az adatok gyűjtésének, rendszerezésének és könnyű kereshetőségének megoldását**, továbbá
- Ø a tanácsot adó **függetlensége** (ellenérdekeltségének kizárhatósága) **garantálásának**, a lehetséges torzító körülmények (az orvos a saját intézményét preferálja, vagy tulajdonosa annak, esetleg más módon érdekelt bizonyos

²⁴ Ahogyan a politikusoknál a választási ciklusok okozta időtáv lényeges korlátot jelent akkor, amikor hosszú távú érdekeket szolgáló, s rövid távon népszerűség- és újraválasztási esélyt rontó döntéseket kell meghozni, úgy az átlagembernél is gondot okoz az egészséggel, öregséggel kapcsolatos hosszú távú kockázatok kezelése a rövid távú potenciális előnyök kihasználása ellenében. A politikust államférfiként kezeljük, ha képes a rövid távú érdekei ellenében dönteni. Ha csupán a kényszerhelyzet szüli a bátorságot, akkor inkább balek, aki elviszi a balhét. Kérdés, hogy milyen egyéni kiválóság szükséges az átlagember esetén ahhoz, hogy képes legyen felülemelkedni a napi érdekein. Mivel pedig ilyen egyéni kiválóságok tömeges előfordulásában kevésbé lehet bízni, valószínűsíthetően a jogi és gazdasági körülmények alakításával kell annyi külső kényszert előállítani, hogy a - rövidtávon inkább nehézséget okozó, lemondást igénylő - magatartásváltozás elérhető legyen.

²⁵ Tipikus eset, hogy a kevésbé képzettek, vagy öregség folytán már korlátozott belátással rendelkezők az egészséggel, betegséggel kapcsolatos információk megértésére, az információtorzítások felismerésére kevésbé képesek, hiszékenyséjük és bizalmuk tisztességtelenül, csalárd módon is jobban kihasználható.

megoldások ajánlásában stb.) kizárásának, vagy beteg előtti megismerhetőségének problémáját.

A döntést segítő információk előállítására, a fogyasztói prioritásoknak megfelelő szelektálása, a fogyasztóhoz való eljuttatása, az eligazodás segítése nem kevés ráfordítást igényel. Ezekre a ráfordításokra szükség van azonban ahhoz, hogy a jelenlegi helyzethez képest javulni tudjon a fogyasztói döntés, mely nélkül a teljesítményre, a minőségre történő ösztönzés hiányos.

II.2.3.2. Természetesen az egészségügyi ellátásoknak számos olyan területe van, **ahol eleve hiányzik a döntési helyzet**. Ezek tipikus területei a járványügyi, a sürgősségi, a katasztrófa-, vagy akár a vérellátás, ahol a közösségi ellátási rendszert eleve ennek figyelembevételével indokolt megszervezni. Mind a mentőszolgálat, mind pedig a területi kizárólagossággal működtethető sürgősségi és katasztrófa, vagy járvány elhárító helyek hálózata az indokolt monopolhelyzet megléte alapján szervezhető és szervezendő.

Az ilyen piacokon nem az a kérdés, hogy a monopolhelyzet indokolt-e, hanem azt kell eldönteni, hogy a közösségi feladatellátás megoldási módja milyen legyen. Ilyenkor tehát az az elsődleges döntési kérdés, hogy az állam saját tulajdonú szervezetekkel oldja-e meg ezeket a tevékenységeket, vagy adjon-e és milyen feltételekkel (örök időre, vagy piacért történő versenyeztetéssel meghatározott időre) kizárólagos jogokat a nem köztulajdonú szervezeteknek.

Ezen belül a fő problémák a verseny szempontjából, hogy

- Ø hogyan lehet **átláthatóvá tenni** a döntési eljárásokat, kizárni a káros befolyásokat,
- Ø hogyan lehet a monopolhelyzet létéből adódó potenciális **visszaéléseket megakadályozni**,
- Ø hogyan lehet hatékonyságra ösztönözni, **hatékonyságot kikényszeríteni** a monopolhelyzetű szervezetekben, továbbá
- Ø a más, érintkező piacokon zajló **versenyt korlátozó, vagy kizáró hatásokat hogyan lehet kiküszöbölni**, különösen akkor, ha a monopolizált tevékenységet ellátó, kizárólagos jogot élvező szervezet versenypiaci elveken működő funkciókat is ellát, azaz a kapcsolódó piacokon maga is versenyez, más szóval hogyan lehet elhatárolni a monopoltevékenységet és a versenyző piacoktól.

II.2.4. A piacra való be- és kilépés akadályainak csökkentése

Meg kellene szüntetni, de legalább csökkenteni szükséges a jogszabályokon alapuló – nem kellően alátámasztott – kizárólagos helyzetek számosságát, hogy ezek indokolatlanul ne akadályozzák a piaci struktúrának a monopolhelyzettől versenyhelyzet irányába történő elmozdulását – ott, ahol nem gazdaságos üzemmérettel kapcsolatban probléma vagy a fogyasztói döntési képesség, és helyzet teljes hiánya az oka a monopolhelyzetnek.

Az egészségügyi szolgáltatások területén a jelenlegi szabályozás számos olyan belépési korlátot tartalmaz (praxisjog a háziiorvosi szolgáltatásoknál, kapacitásszabályozás minden egyéb közfinanszírozásból működő szolgáltatási területen), melyek következményeként mesterségesen generált szűkösség teremtődött, s a verseny előnyei még ott sem tudnak érvényesülni, ahol egyébként joggal lehetne bízni a versenynek mind a minőséget javító, mind pedig a hatékonyságra ösztönző szerepében. Egyes belépési korlátok járadékszerzésre²⁶ adnak lehetőséget ott, ahol a szabályozás ténylegesen akadályozza a kínálat növekedését, míg ugyanez a szabályozás nem képes megoldani a kínálat kialakulását ott, ahol tényleges és érdemi – bár nem fizetőképes – keresleti többlet, ellátási hiány áll fenn.

Indokolt ezért számos olyan szolgáltatási piacon, ahol a belépési korlátok okozzák a kínálat szűkösségét, ezeket eltávolítani a potenciális belépők elől, hogy a tényleges kereslethez, a szükségletekhez való alkalmazkodás mind a területi elhelyezkedést, mind a minőséget tekintve rugalmasan megvalósulhasson.

II.2.5. A fogyasztói választási lehetőség fenntartása

A verseny (különösen hatékonysági és allokációs) funkcióinak érvényesülése érdekében szükség van arra, hogy a fogyasztói választás szabad legyen mind a szolgáltatók, mind pedig a biztosítók tekintetében.

Sokan magától értetődőnek vélik azt, hogy a biztosítók közötti választással a fogyasztó automatikusan le kell mondjon a szolgáltatók közötti választásról, s e jogát nyilvánvalóan delegálnia kell a biztosítójára. Úgy véljük, hogy ez sem nem nyilvánvaló, sem nem vezet szükségszerűen jobb eredményhez, hatékonyabb kimenetelhez, mintha a fogyasztó – megfelelő információk birtokában – maga választja meg szolgáltatóját²⁷.

²⁶ A háziiorvosi praxisjog elmúlt hat évi története mutatja a szabályozási célra rosszul kiválasztott megoldás, a nem adekvát szabályozás hibáit. A háziiorvosok számára kívánatos földrajzi területeken magas árak alakultak ki, ezáltal a praxisjogot ingyen megkapó doktorok a szolgáltatási tevékenység felhagyásakor nagy járadékokkal hagyják el a piacot. Itt a praxisjog tényleges belépési akadályt jelent. Ezzel szemben minden olyan – ma üres – körzetben, ahol a szolgáltatási tarifákból és potenciális hálapénzekből adódó jövedelem kevés az orvos letelepedéséhez, a praxisjog nem oldja meg az ellátási gondokat, orvoshiány alakul ki. Itt még a negatív belépési árak (szolgálati lakás, egyéb juttatások) sem elegendőek ahhoz, hogy a piacralépést kívánatosá tegyék.

²⁷ Az autóbiztosítási piacon végzett versenyfelügyeleti eljárás nyomán nyugodtan állíthatjuk, hogy a javítási szolgáltatást nyújtók és a biztosítók képesek voltak olyan verseny- és fogyasztóellenes rendszert kialakítani, melyben érdekösszhang tudott kialakulni a „vevő” (biztosító) és az „eladó” (szervizek) között, mely a biztosítási és szervizdíjak emelkedését eredményezte. A megállapodás alapján a biztosítók a szerződött szervizek – piaci árnál magasabb kartellárakon kiállított – számláit fogadták be, a független javítók (jellemzően olcsóbb) számláit pedig nem fizették ki az ügyfeleknek. Ennek eredményeként az ügyfél magasabb önrészt kénytelen viselni, másrészt hosszabb távon biztosítási díja is emelkedhetett.

Ilyen háttér megállapodás kialakulhat a betegek/ügyfelek kárára a magán egészségbiztosítás piacán is. Nem ismeretlen jelenség, hogy a biztosítóval, betegpénztárral szerződött optometrikusok, orvosok és más szolgáltatásnyújtók tarifái ma is drágábbak, mint a szabad piaci árak. Ennek bizonyos esetekben lehet oka a feketegazdaság (számla nélküli munka), de legalább ilyen fontos ok, hogy – különösen államilag támogatott biztosítások esetén – az állami támogatás ténye csökkenti a fogyasztói

Olyan megoldást kellene tehát kialakítani, mely a választás **terhét és felelősségét** a jól informált fogyasztóra helyezi, s csupán akkor hárulhat ez a választás harmadik felekre, ha a fogyasztó erről kifejezetten lemond. Egyúttal gátolni szükséges azt is, hogy a szolgáltatók vagy a biztosítók büntethessék azokat az ügyfeleket, akik élnek választási jogukkal, s nem kívánják azt másra delegálni.

Az elmúlt évek gyakorlata azt mutatta, hogy a fogyasztók/betegek – még információhiányos helyzetekben is – igyekeznek tájékozódni mind az intézményekről, mind kezelőorvosaik kompetenciáiról.²⁸ A földrajzi piacokon túlterjeszkedő szolgáltató-választások – még ha nem is tekinthetők tömegesnek – mutatják, hogy különösen az informált fogyasztó képes és tud is élni választási jogával, s döntéseit tapasztalatainak tükrében korrigálja is, amennyiben van rá módja és lehetősége.

Ezek a tapasztalatok, sőt a választási jog esetleges elvesztése elleni tiltakozás jelzik, hogy helytelen az az út, mely intézményesítené a fogyasztó választási jogának elvételét. Álláspontom szerint a mai magyar társadalomban a szolgáltató, az orvos szabad megválasztása erősebb prioritás, mint a biztosítóról történő döntés. Megjegyzendő, hogy más – a biztosítási versenyt preferáló – országban is (pl. Hollandia) visszatértek a szabad orvos- és intézményválasztáshoz a korábbi biztosítói döntés helyett. Ha a fogyasztó elég felnőtt ahhoz, hogy a biztosítási díját, járulékát befizesse, akkor a szolgáltatók közötti választásnál is tekintsük annak.

A versenynek a felesleges korlátoktól való megszabadítása jellemzően kedvezőbb kimenetet eredményez, mint annak akadályozása. Az informált fogyasztó általában képes önérdkeit saját maga jobban képviselni, mintha azt más személyekre bízta. Az egészségügy területén is lehet bízni, és lehet támaszkodni a fogyasztó, az ügyfél önérdék-érvényesítési és -képviseleti képességére. Arra kell inkább törekedni, hogy megteremtsük azokat a körülményeket – még ha ez ráfordítást igényel is –, melyek között biztosabban lehet számítani az egyéni aktivitásra.

II.2.6. Versenybarátabb kiegészítő szabályozási megoldások

A piackudarcból adódó ellátási elégtelenségekre válaszul ma az egészségügyi ellátási rendszer általánosan alkalmazza az általános, teljeskörű belépési korlátokat. Azokon a piacokon, ahol a be- és kilépési költségek nem túlzottan magasak, bátrabban lehetne támaszkodni a verseny szabályozó szerepére, még ha a kiegészítő beavatkozásokra, korrekciós mechanizmusok működtetésére meg is kell teremteni a lehetőségeket.

Az ilyen piacokon, bizonyos földrajzi területen, vagy szakmákban előálló ellátási hiányok kiküszöbölésére tehát szükséges bizonyos kiegészítő megoldások rendszerbe illesztése, azonban fontos lenne ezeket is piacbarát megoldásokkal kezelni, más szóval

érzékenységet, s végül az állami támogatás nem a beteghez kerül, hanem a szolgáltatási piac szereplői és a biztosítók osztoznak rajta.

²⁸ A háziorvosi piacon például azokon a településeken, ahol az információszerzés költsége magas volt az elérhető potenciális előnyökhöz képest, sok esetben ugyanúgy nem mentek végbe szolgáltató váltások, mint a kistélepüléseken, ahol a földrajzi monopolhelyzet okozta azt. Ellenben ott, ahol a kínálat átláthatóbb volt, az információszerzés költsége elfogadható szinten mozgott, valamint az információk megbízhatóbbak voltak, szignifikánsan több szolgáltatóváltás történt.

kevésbé adminisztratív módszerekre volna szükség: árazással, áreltérítésekkel, bizonyos újraelosztási mechanizmusokkal, illetve más ösztönzéssel, vagy a piacért folyó versenyeztetéssel. Még az is célszerűbb lenne, ha az általános kapacitásszabályozás helyett a piacra történő belépés felszabadítása mellett lépnének be átmeneti korlátozások. Például ilyen megoldás lehetne, hogy a nagy ellátás sűrűségű térségekben addig nem adnának ki újabb működési engedélyeket, vagy addig nem kötne finanszírozási alapszerződést az OEP a szolgáltatóval egy adott tevékenységre, amíg vannak olyan földrajzi területek, ahol a minimális – normatív – ellátási szinthez való hozzáférés – bizonyos távolságon, vagy időn belül – nem garantált abban a térségben. Lehet azonban, hogy az előbbi esetben a potenciális versenyáldozat jelentős, ezért versenyszempontból kedvezőbb eredményt hozna a hátrányos helyzetű térségek erősebb támogatása (ad absurdum az előnyös helyzetűek gyengébb támogatása folytán felszabaduló forrásokból megfinanszírozva).

II.2.7. Szabályozott monopóliumokat, professzionális felügyelettel

Már az előzőekben szó esett arról, hogy a fogyasztói döntés kizárt voltával jellemezhető helyzetekben, illetve a járvány- és katasztrófaveszélyek miatt számos esetben indokolt kizárólagos jogokat, területi monopóliumokat fenntartani.

A gazdaságos üzemmérettel összefüggő okok miatt számos más olyan piac is létezik az egészségügyben, ahol a gazdaságosan működtethető, a garantált alapminőség teljesítésére képes üzemméret eléréséhez (a kezeléshez szükséges *tárgyi-technikai feltételek* gazdaságos kihasználhatósága érdekében) megfelelő esetgyakoriságra, így minimális lakosságszámra van szükség. Ugyancsak bizonyos minimális esetszámra van szükség a megfelelő szakmai kompetenciák megszerzéséhez (a kezeléshez szükséges *személyi feltételek* teljesíthetőségéhez) egy-egy adott kezelésfajta esetén, hiszen minél kisebb gyakorisággal végez egy orvos, egy team valamilyen – különösen komplikáltabb, költségesebb – kezelésfajta, annál rosszabb lehet a beavatkozás potenciális minősége, kimenete.

Más esetekben a betegség ritka előfordulása miatt a piac nem nyújtana maga bizonyos szolgáltatásokat. Ahhoz, hogy a méltányossági elv alapján az ilyen betegcsoportok is ellátást kaphassanak, indokolt – akár bizonyos kizárólagos jogokat, monopóliumot biztosítva – az ilyen ellátásokat megszervezni.

Ott, ahol fennmaradnak a monopolhelyzetek, professzionálisabb, színvonalasabb szabályozással és speciális állami felügyeleti intézményekkel, ellenőrzéssel kell megakadályozni az azzal történő potenciális visszaéléseket (szerződéskötéstől, ellátástól való elzárkózás megakadályozása, árukapcsolási és diszkriminációs tilalom, árkontroll stb.).

Más iparágakban a piac felszabadítása együtt járt olyan jelenségekkel, hogy a korábban a piacot uraló, már régóta piacon lévő szereplők (inkumbens vállalatok) különféle – sokszor még a szabályozó számára is nehezen átlátható – technikákkal, üzleti módszerekkel kísérelték meg monopolhelyzetük fenntartását, a potenciális versenytársak piacra történő belépésének korlátozását, a versenytársak kiszorítását.

Számítani kell ilyen jelenségekre az egészségügyi szolgáltatási piacokon is. Még ha csupán részleges piacnyitásra kerülne is sor, akkor is számos veszélyhelyzetre fel kell készülni. A jelenleg piacon lévő intézmények elemi érdeke az, hogy fennmaradjanak védett, vagy viszonylagosan védett pozícióik. A verseny okozta kihívások ellen olcsóbb védekezési módszerek (pl. tulajdonba vétel, vagy hosszútávú kizárólagos szerződések a vertikális lánc különböző részei vagy egyes biztosítók és egyes szolgáltató intézmények között, amivel a résztvevők között kialakuló láncban lehet tartani a beteget stb.) is vannak, mint amennyi többletmunkába kerül a hatékonyabb működés. Természetesen az ilyen struktúrák vagy szerződéses kapcsolatok esetén nem zárható ki az sem, hogy ezeknek pozitív jóléti hatásai is vannak, de egyúttal szokásos eszközei a versenykorlátozásnak, a verseny kialakulása elleni védekezésnek.²⁹

A **koordinációs mechanizmusok** alkalmazásának pozitív jóléti hatásaira az egészségügyi szektorban számos bizonyíték létezik. Mind a horizontális koordinációkra (különösen ilyen a szakosítási jellegű kapacitáelosztás), mind a vertikális koordinációkra (különösen ilyenek a betegút-menedzselő rendszerek) sok pozitív példa található. E rendszerek jóléti többletet eredményezhetnek, ezért például maga a magyar és az európai versenyjog is – a csoportmentességi rendeleti rendszeren keresztül – elismeri, megengedi ezeket. Ennek módszere a versenyjogban az, hogy bizonyos peremfeltételek teljesülése esetén automatikus mentesülés létezik, egyéb esetben pedig a káros versenyhatások miatt felmerülő gyanú esetén a koordinációban résztvevőket terheli annak bizonyítása, hogy a megállapodás előnyei meghaladják a káros hatásokat. Az egészségügy területén tehát – még ha külön szabályozás nem is születne az egészségügyben szokásos, sajátos koordinációs rendszerek versenyjog alóli kivételére, automatikus mentesülésére – a versenyjog általános szabályai alapján is mód van a közjó szempontjából előnyös megállapodások, megállapodás rendszerek állami elismerésére. Célszerű megoldási mód lehet azonban az is, ha bizonyos egészségügyi szolgáltatási piaci koordinációs megoldások automatikus elismerésére a versenyjogi csoportmentességi rendeletek mintájára születnének rendszer leírások, amelyek alapján történő működés a biztosítás felügyelet által ellenőrzés alatt tartható.

II.2.8. Más árszabályozást!

Le kellene bontani a versenyt akadályozó egyéb szabályozási korlátokat, és az ár-, és ezáltal a minőségi versenyt elősegítő szabályozási környezetet kellene teremteni mind a szolgáltatásoknál, mind a biztosítás területén.

Az egészségügyi szolgáltatási piacokon számos szakember eleve természetesnek véli azt, hogy az állam árszabályozási funkciót töltsön be. Ez addig talán természetesnek is tekinthető, ami adminisztratív módon, belépési korlátokkal, monopolszolgáltatókkal és az állam, mint egyetlen megrendelő részvételével működik az ellátó rendszer. Ilyenkor ugyanis a vevő árdiktáló szerepben van. Másnak nem lehet eladni az adott szolgáltatást, a szolgáltató pedig kénytelen elfogadni a vevő által meghatározott árat.

²⁹ Az energiaszektorban látható, hogy a piacnyitás előtt megkötött hosszú távú áramvásárlási szerződéseknek milyen piaclezáró hatása van még a piacnyitás után is, de a vasúti piacon is van rá példa, hogy bizonyos szállítási útvonalakra megkötött hosszú távú kizárólagos szerződések lezárják a fontos, nagy szállítási igényű viszonylatokat a potenciális verseny előtt.

Az árszabályozás rendszere – a kód- és pontrendszerek, illetve fejkvóták, mint árszabályozási metódus – bevezetése óta a költségalapúság szempontját kísérelték meg alkalmazni oly módon, hogy a szabályozó információkat gyűjtött a ráfordításokról, azok változásairól, s ezek alapján történt az árak korrigálása (kódkarbantartás és pontszám korrekciók). Mindez a módszer egy olyan területen került alkalmazásra, mely többvállalatos (sok, önálló gazdálkodást folytató kórház és rendelőintézet, házi orvos) és soktermékes (sok és különböző szolgáltatási termék). Az alkalmazott módszer sokkal jellemzőbb a monopolizált iparágakban alkalmazott ármeghatározásokra, mint a sokvállalatos, soktermékes iparágakra. Az utóbbiak esetén az ilyen ármeghatározás közgazdasági háttere megalapozottsága hiányzik.

Más országokban, ahol azonos árak alakultak ki az egészségügy területén, alkalmaznak más ár-meghatározási technikákat is, így például bevett megoldás a szolgáltatók és az állam vagy a biztosítók közötti áralku. Ilyenkor a szolgáltatói oldal szereplői (orvos- vagy intézmény csoportok) tárgyalnak a vásárlói oldal megbízottaival, s így kísérik meg kialakítani az árakat. E technika esetén megfigyelhető, hogy aszerint alakulnak ki az egységárak, hogy melyik csoportnak milyen erősek az alkupozíciói, érdekérvényesítő képessége. Megjegyzendő, hogy az ilyen módszerek esetén nem ritkák a versenyfelügyeleti beavatkozások sem, mivel e módszerek az árkartellek kialakulásának is melegágyai.

Az árfixálást eredményező áralkalmazási módszerek némi eredménnyel kecsegtetnek ugyan a költségkontroll területén, de kizárják a lehetőségét is annak, hogy a tényleges költségekről valós árak alapján nyerhessünk pontosabb információkat³⁰. Az áraknak a kereslet-kínálat alakulásáról történő informálásban, s a piaci allokációban betöltött szerepét így óhatatlanul nélkülözik az ilyen rendszerek.

A hazánkban alkalmazott módszer esetén a vevő (állami oldal) a domináns helyzetű ármeghatározó. Ilyen esetben – feltéve, hogy a vevő költségvetési korlátja, s alkupozíciója is kellően megerősíthető, a költségvetési keretek érdemi szűkösségével számolnia kell a szabályozónak – tipikusan az a kimenet valószínűsíthető, hogy az árak még a gazdaságos üzemméretű, hatékonyan dolgozó szolgáltató ráfordításaira sem nyújtanak fedezetet. Ilyen árak kialakulása esetén – amennyiben a szolgáltatás ellenőrzése ténylegesen nem megoldott – a valóságtól eltérő szolgáltatás-tartamok elszámolásának valószínűsége megnő, de számítani lehet a minőségrontásra is.

Ez a probléma független attól, hogy a fizetett árak tartalmazzak-e vagy sem amortizációs fedezetet. Ugyanakkor amennyiben az amortizációs fedezet beépítése az árakba nem is célja a szabályozónak (mint ahogyan Magyarországon ez jelenleg is működik), miközben az egyéb források (cél támogatási rendszer, tulajdonosi részvétel az infrastruktúra, az eszközök pótlásában, karbantartásában) kiszámíthatatlanok, nem normatívak és/vagy nem költségfedezők, akkor még nagyobb a menedzsment ösztönözöttsége arra, hogy normatív úton (a teljesítménydíjazás alacsony ellenőrzöttségét kihasználva) jusson hozzá a hiányzó fedezethez.

³⁰ Persze a „rendes”, verseny piacon is csak akkor hiteles információforrás az ár, ha a verseny tökéletes. A piacon kialakuló árak a kereslet és kínálat által együttesen határozódnak meg, így van közük a tényleges költségekhez, de az ármozgásból nem feltétlenül vezethető le a költségváltozás, ui. az árra más dolgok is hatnak. Ezekkel a torzításokkal tehát számolni kell.

Ugyancsak hozzájárul az ilyen árpolitika a hálapénz, és a beszállítói oldal korrupció határát elérő jutalékainak, finanszírozási – látszat – szerepvállalásainak (ld. továbbképzés finanszírozása, ingyen gyógyszer vagy gyógyászati segédeszközök a kórházi ellátásban) fennmaradásához is, hiszen olyan csapdában vergődik ilyenkor minden szereplő (szabályozó, ellátó és beteg), amiből nem találni kitörési pontot.

Mindezek alapján adódik az a következtetés, hogy az áraknak nagyobb szerepet kell kapnia a piacok szabályozásában – különösen az olyan, a strukturális belépési korlátoktól részben vagy egészében megszabadított piacokon, melyeknél nagyobb mértékben lehet már támaszkodni a verseny funkcióinak érvényesülésére.

Kérdés, hogyan lehetne olyan ár- és támogatásszabályozási rendszert kialakítani, mely még a kevés szereplős piacokon is lehetőséget ad az árversenyre úgy, hogy a szolgáltatásokhoz való hozzáférési problémákat nem erősíti fel az egén szintjén.

Példaként felhozható az ilyen jellegű piaci helyzetre és van kialakult megoldás is, kérdés azonban, hogy ezt az eljárásrendszert lehet-e adaptálni az egészségügyi szolgáltatási piacokra. A lehetséges megoldás – figyelembe véve persze a két helyzet közötti nem lényegtelen eltéréseket – a **referencia ármeghatározás és támogatásfixesítés** - gyógyszereknél alkalmazott és bevált – **módszere**.

A gyógyszerek egyes piacain (generikus, lejárt szabadalmú készítmények) jellemzően több termelő állít elő egymással helyettesíthető termékeket. Ezek a termelők általában többtermékes vállalatok, melyek nem csupán a generikus (versengő) piacokon vannak jelen, hanem számos esetben monopol (szabadalom által védett, nem helyettesíthető) termékeket is előállítanak. Árszabályozási módszerekkel az ilyen vállalatok által alkalmazott árak nem kezelhetők megfelelő hatékonysággal, ebből következően az elmúlt évtizedekben más ár-meghatározási módszereket alkalmaznak még azok az országok is, amelyek korábban költségalapúságot hirdettek meg a gyógyszerek hatósági árainál.

Bevett gyakorlattá vált a versenypiacokon a támogatások fixesítése, melyet árverés jellegű ajánlattétel előz meg. A finomabban szabályozott rendszerekben az árverés nyomán kialakuló referenciaárak meghatározása során nem vesznek figyelembe olyan termelőket (illetve azok termékeit), melyeknek kicsi a piaci részesedése, továbbá nem hagyják benn a támogatási rendszerben azokat a termékeket, melyek a referencia árakhoz viszonyítva túlságosan nagy áreltérést mutatnak. Az előre meghatározott metódus szerint kialakuló referenciaár lesz aztán a támogatás/biztosítói visszatérítés meghatározásának alapja. A betegeknek végső soron megmarad a szabad márkaválasztás joga, de az állam/a biztosító a társfinanszírozói szerepvállalását a referenciaárhoz kötődően korlátozza.

Ezt a módszert kellene alkalmazni a homogén egészségügyi szolgáltatások tarifáinak meghatározásakor is. Minden olyan szolgáltatási termék esetén, ahol kellő pontossággal meg lehet határozni a szolgáltatás tartalmát (más szóval homogén termékeket lehet definiálni), s az adott szolgáltatást több szolgáltató is kínálja, ajánlatokat kellene kérni az egyes szolgáltatóktól, s ezekből az ajánlatokból kiindulva – előre meghatározott metódika szerint – meg lehetne határozni azt a referencia szolgáltatási díjat, melyhez a biztosító a visszatérítését hozzárendeli.

Amennyiben azt szeretnénk, hogy a potenciális szolgáltatók közötti áreltérések érdemben is hatással lehessenek a szolgáltatók közötti versenyre, az erőforrások allokációjára, akkor meg kell engedni azt is, hogy a szolgáltatók a saját maguk által meghatározott tarifákat – diszkriminációmentesen – alkalmazhassák a szolgáltatások igénybevevői felé úgy, hogy a referencia ár és a tényleges szolgáltatási díj közötti különbség a fogyasztót és/vagy annak külön biztosítóját vagy betegpénztárát terhelje. Amennyiben a fogyasztó tájékozottá tehető az adott földrajzi piacon rendelkezésre álló szolgáltatók kínálatáról és árairól, úgy képessé tehető arra, hogy saját preferenciái alapján döntsön arról, hogy melyik szolgáltatónál kívánja igénybe venni az adott szolgáltatást, figyelembe véve az árkülönbségeket is.

A rendszer tovább finomítható ezen a területen is. Meg lehet tenni, hogy a gyógyszereknél alkalmazott támogatási szintkülönbségekhez hasonlóan, a különféle betegség- és kezelésfajtáknál más önrészfizetési hányadok legyenek meghatározva. Tehát alkalmazhatja a szabályozó a gyógyszereknél már évtizedes alkalmazási tapasztalattal rendelkező módszert a gyógyászati ellátások esetén is oly módon, hogy az egyik végponton, pl. az életmentő beavatkozásoknál nem állapít meg önrészfizetési kötelezettséget, s minél inkább átmeneti vagy megelőzhető a betegség, és/vagy relatíve alacsonyabb költségű az adott ellátás, annál inkább emelhető a beteg önrészeinek szintje.

II.2.9. A fogyasztók árérzékenységének növelése

Növelni kellene a fogyasztók árérzékenységét, különösen azoknál a szolgáltatási termékeknél, ahol a fogyasztói magatartás (fogyasztói szokások, életvitel, életmód) bizonyítottan érdemi hatással van a betegség bekövetkezési valószínűségekre.

Nyilvánvaló, hogy számos olyan betegség is van, melynek bekövetkezési valószínűsége kevéssé függ a fogyasztói magatartástól. Ebben az esetben is igaz azonban, hogy a közkiadások akkor hasznosulnak megfelelő szinten, ha a betegnek a gyógyítókkal való együttműködési hajlandóságát sikerül javítani. A betegség menedzselési programok jellemzően már szintén használnak anyagi ösztönzési elemeket, hogy elérjék egyrészt a kiadások kordában tartását, másrészt pedig a közkiadások ésszerű hasznosulását.

Közgazdasági alaptételnek számít, hogy minden olyan közszolgáltatás esetén, mely ingyen igénybe vehető, érdemi keresleti többlettel, illetve ezzel párhuzamosan pazarlással lehet és kell számolni. A biztosítási közgazdaságtanban ezt nevezik morális kockázatnak. Az ingyenesség léte önmagában is növeli a kockázatvállalási hajlandóságot, valamint a szolgáltatások igénybevételét a teljes jogosulti körben, mert eggyel kevesebb kockázati tényezővel (gyógyítási ellátás költsége nulla) kell számolni.

Az előző pontban említett önrész fizetési kötelezettség alkalmazása megfelelő módszert jelenthet az árérzékenyebb fogyasztói magatartásra, az öngondoskodásra való ösztönzésben.

Ismereteim szerint több kutatás is igazolja azt, hogy az önrész fizetés alkalmazása

- finanszírozási többletforrásokat képes teremteni az egészségügyi ellátások költségeinek fedezhetősége érdekében,

- alkalmas a költségek tudatosítására, a költségérzékenység megteremtésére, s
- amennyiben megfelelő kiegészítő megoldásokkal – pl. felső korlát alkalmazása az önrész mértékére, vagy éves szintjére, szegény rétegek kompenzálása stb. – párosul, akkor érdemben nem rontja le a hozzáférési esélykülönbségekből egyébként is fakadó eltéréseket, továbbá
- mivel azokhoz a személyekhez kötődik, akik ténylegesen is igénybe veszik az egészségügyi szolgáltatásokat, ezért – amennyiben megismerhető, és kalkulálható kiadási tételről van szó, amelynek átlátható a rendszere – érdemi igazságossági kifogások sem támaszthatók ellene.

Az egészségügyi reform érdemi felgyorsításának egyik fő oka Magyarországon is a rendelkezésre álló források szűkössége, a források bővítése, illetve a forrásfelhasználások hatékonyságának növelése, a pazarlás csökkentése, erre tekintettel nélkülözhetetlennek tűnik a költség- és ártudatosabb fogyasztói magatartás irányába történő elmozdulás.

II.2.10. Egyes versenyzközők használatának korlátozása

Csökkenteni célszerű az ár- és minőségi versenyen túli versenyzközők (promóciós- és reklámverseny, egyéb eladásösztönző eszközök) használatára való ösztönöztséget. A reklámversenyben az informatív reklámok irányába kellene eltolni a vállalati aktivitást és kreativitást.

Az egészségügyben az eladásösztönzés, a reklám- és promóciós tevékenység több szempontból is problémákat okoz. Ennek fő oka, hogy ezeken a piacokon a szolgáltatások egyik domináns finanszírozója a közkassa, mely folyamatos hiánnyal küzd.

Normál versenypiacokon a vevők szempontjából kevésbé van jelentősége annak, hogy az áru előállítási, forgalmazási vagy eladás-ösztönzéssel, marketinggel, reklámozással kapcsolatos ráfordításai milyen arányt képviselnek. Ennek fő oka, hogy az ilyen piacokon a fogyasztói árérzékenység jellemzően létezik.

Ezzel szemben egy korlátozott erőforrásokkal rendelkező közfinanszírozónak elemi érdeke, hogy az általa vásárolt szolgáltatások esetén a verseny elsődlegesen a termékek ára és minősége tekintetében folyjon, s kevésbé preferálja az eladásösztönzést. Ennek külön oka az, hogy ha fogyasztó árérzékenysége hiányzik, akkor az eladásösztönzés hatására teremtődő keresleti többletnek nincsen érdemi felső határa, ellenben nincsen forrásoldali fedezete sem. A közfinanszírozó ahhoz, hogy adott forrásokból optimalizálni tudja a fogyasztást, korlátozni kényszerül tehát a keresletet. Olyan vásárlási technikákat és szabályokat kényszerül alkalmazni, melyek a keresleti többletet korlátozzák, nem érdeke tehát az értékesítési oldal olyan magatartása, mely generálja a keresletet, s ezáltal a kassa hiányát.

Fogyasztóvédelmi okok is szerepet játszanak ezen túl az eladásösztönzés korlátozása iránti igényekben. Nem feledhető ugyanis, hogy a potenciális vagy tényleges betegek felé irányuló reklámok esetén a célcsoportok kiszolgáltatottsága, racionális döntési képességei korlátozottak. Számos versenyfelügyeleti eljárás jelzi, hogy még az egészségmegőrzéssel, betegséggel kapcsolatos hirdetésekben a tényszerűen helyes, de

kisebb torzításokat tartalmazó tájékoztatások, vagy kevésbé, illetve részben megalapozott várakozásbresztések is alkalmasak arra, hogy lerontsák a fogyasztói döntéseket. A fogyasztók sokszor részesítsenek előnyben olyan termékeket és szolgáltatásokat, melyek – tárgyyszerű összehasonlítások alapján – érdemtelenek a kiemelt fogyasztói figyelemre. A piaci szereplők – különösen, ha az ellenőrzési rendszer gyenge, kicsi a lebukási kockázat és a szankciók nem visszariasztóak – hajlamosak arra, hogy a fogyasztói gyengeséget, az egészséggel és betegségekkel kapcsolatosan súlyosabban korlátozott racionalitást tisztességtelen eszközökkel kihasználva akarjanak piaci előnyöket szerezni.

Az egészségügynek beszállítói iparágak (különösen gyógyszer, orvostechikai eszköz, gyógyászati segédeszköz orvosi műszer és diagnosztika) eladásösztönzési tevékenységének egyik fő célcsoportja közvetlenül vagy – sokszor betegszervezeteken keresztül – közvetetten a fogyasztók, illetve a kassza kulcsa fölött rendelkezési joggal rendelkező orvosok. A betegszervezetek, mint a nyomásgyakorlás eszközei, illetve az egészségügyi dolgozók, mint a beszállító iparágak potenciális ügynökei olyan célcsoportot jelentenek, melyek kevésbé tudnak ellenállni ezeknek a befolyásolásoknak. Vélhetőleg nem kizárólag azért, mert például alulfizetettek, hiszen a probléma azokban az országokban is élő, ahol az egészségügy magas jövedelmet biztosít a benne dolgozóknak, hanem amiatt, mert jellemző rájuk az árérzékenység teljes hiánya. Az egészségügyi dolgozók szakmai identitása elleni támadási felület tehát adott, s az árérzékenység hiánya miatt eredményesen kihasználható³¹.

Mindezekkel szemben az informatív, a fogyasztói tájékozottságot növelő (hiteles termék- és ár-összehasonlítások, a szolgáltatók kompetenciáiról, a szolgáltatás igénybevételének körülményeiről szóló) hirdetéseknek, reklámoknak, információközléseknek, még akkor is, ha azok a versenytársak érdekeit esetleg sérthetik, indokolt szabadabb utat biztosítani. A torzításmentes, ellenőrzött információkon nyugvó, tényközlő reklámoknak nagy szerepe lehetne a fogyasztói kereslet terelésében, a fogyasztói választás megbízható adatokon keresztül történő befolyásolásában.

Számos országban, ahol már előrébb tart, kiterjedtebbé vált az internetes kereskedelem, az ár-összehasonlításokon alapuló szolgáltatói oldalak intelligens használatának eredményeként az árak csökkenése, s a tényleges fogyasztói előnyök bekövetkezése eredményeként növekvő megtakarítások is hozzájárulnak a gazdaságok dinamizálásához, s a versenyképesség növekedéséhez.

II.3. Hogyan változtatandó a rendszer menedzselése?

A jelenlegi egészségügyi ellátórendszer egyik alapvető problémája bizonyos menedzsment funkciók hiánya, vagy rossz minősége, gyenge érvényesülése. Fontos azonban annak tudatában lenni, hogy amennyiben a piac kínálati oldalán a jelenlegi,

³¹ Az ún. etikus (nem közvetlenül a laikus fogyasztó, hanem a megbízottjára), az egészségügyi dolgozókra irányuló eladásösztönzés tehát éppen a legkevésbé etikus reklám- és eladásösztönzési módszer, mert hozzájárul ahhoz, hogy az egészségügyi dolgozó a beteg megbízottja (a vevő, megrendelő, mint a piac keresleti oldalának megjelenítője) helyett az eladó ügynöke (a kínálati oldal érdekeinek sikeres képviselője) legyen.

minden szinten inkább monopolizált piaci struktúrával, kötött árszabályozással, gyenge versennyel jellemezhető helyzetből át kívánunk térni egy, a versenyhatásokat erősebben kihasználó rendszerre, akkor érdemben változnának meg mind a szolgáltatók, mind az OEP – mint sajátos helyzetű vásárló – motivációi, státusuk, feladat- és hatásköreik, a felettük gyakorolt befolyásolás és felügyelet eszközei és módszerei.

Végiggondolást igényel, hogy egy olyan – részben külön szabályozás hatálya alá tartozó – vevői monopolszervezet, mint az OEP, milyen körben és mennyiben tartozzon közjogias jellegű szabályozás hatálya alá, illetve milyen tekintetben kellene magánjogias jellegű felügyeletet, kontrollt gyakorolni felette.

Fontos kérdés az is, hogy maga az OEP láthat-e el és milyen alapon (közjogi vagy magánjogi) koordinatív funkciókat, illetve milyen módon és kikkel oszthatja meg ezeket más szervezetekkel (például helyi – közjogi alapokon vagy magánjogi alapon létrejövő – koordinatív szerveződésekkel, vagy az Egészségbiztosítási Felüggyel). Egy átmenet zökkenőmentesebb lebonyolítása érdekében célszerűnek tűnik megtartani az OEP dominánsan közjogias jellegű sajátos státusát, illetve megosztani rendezettebb státusú közjogias regionális intézményekkel. Az általuk alkalmazandó eszközrendszerben ugyanakkor – bár a hierarchikus irányítási jellegű eszközök, elemek egy része fenntartandó – növelni kellene a magánjogias, szerződéskötéseken alapuló elemek arányát a mai helyzethez képest is. Megjegyzendő az is, hogy az OEP ilyen jellegű státusszabályozása esetén nem tűnik célszerűnek megengedni azt, hogy maga az OEP beléphessen a kiegészítő biztosítások piacára, mert azzal erős diszkriminációs veszélyhelyzet, nagyon sok finomszabályozási és ellenőrzési feladat teremtődne.

A még óhatatlanul fennmaradó közcélú menedzselési funkciók tartalma is alapvető változtatásra szorulna amiatt, hogy a kínálati piac szereplőinek motivációja, viselkedése megváltozna, s ugyancsak változtatásra szorulna az OEP és az Egészségbiztosítási Felügyelet (EbF) közötti feladatmegosztás mind tartalmában, mind pedig eljárásrendjében. Az OEP-nek mind a közigazgatási jogi, mind a magánjogi tartalmú tevékenységi területein vagy másodfokú közigazgatási szervként, vagy piacfelügyeleti hatáskörben (első fokon) az EbF gyakorolna kontrollt. (Ennek első lépései egyébként már megtörténtek.)

A piaci jellegű ösztönzők nagyobb arányú megjelenése alapvetően változtatná meg a piaci szereplők érzékenységet számos kérdésben.

Más jelentőséget kapnának például a tulajdonosok szervezeti típusú döntései, fúziók és leválasztások, ugyanakkor nem kizárt, hogy e témakörben sajátos fúzió-ellenőrzési szempontokra és megoldásokra is szükség lenne (*piaci struktúra*).

Nyilvánvaló az is, hogy amennyiben a mai államilag szabályozott árak helyett megjelenne a szabad ármeghatározás és a referenciaár meghatározáson alapuló támogatásfixesítés, akkor azzal együtt árkartell veszélye is felbukkanna, akár egyes szakmai szervezeteken belüli áregyeztetések képében, akár az ajánlattételt megelőző összejátszásban. Ugyancsak számítani kellene – ha egy szervezeten belül monopol és versenyző jellegű szolgáltatások is lennének – a keresztfinanszírozással kapcsolatos

problémák (magas monopolárak, vagy kizorító jellegű alacsony, felfaló árak) felmerülésére. *(piaci szereplők viselkedése)*

Más kezelést igényelnének a szolgáltatók kezdeményezésére történő horizontális (egy-egy földrajzi régióban a kapacitások szakosításában történő megegyezés), illetve a vertikális jellegű koordinációk (betegutakat befolyásoló koordináció az ellátási szintek között), illetve ezek vegyes előfordulásai (például térségi ellátásszervezés). Tekintettel arra, hogy maga az általános versenyjogi szabályozás is megengedő módon viszonyul a jóléti többleteket eredményező koordinatív megoldásokhoz úgynevezett csoportmentességi rendeletek révén, az egészségügyi piacon is van létjogosultsága az ilyen megállapodás rendszereknek.

Kérdés az, hogy az egészségügyi piacokon lehetséges fúziók, erőfölényes problémák és versenykorlátozások szabályozása és a felügyelete mennyiben és milyen tartalommal tartozzon a külön ágazati szabályozás körébe, illetve miben maradhat a versenyfelügyelet általános szabályai hatálya alatt. Előbbi megoldás esetén ugyanis az Egészségbiztosítási Felügyelet, utóbbi esetben a Gazdasági Versenyhivatal kell legyen a felügyeletet gyakorló hatóság.

A piacnyitások elindulása esetén általános tapasztalat, hogy mind a strukturális, mind a viselkedési problémák nagyobb hányada tartozik a speciális ágazati szabályozások, szabályozó és felügyeleti hatóságok hatáskörébe, míg az általános hatáskörű versenyhatóságnak hézagpótló, kiegészítő szerep jut. Amennyiben pedig a piacnyitás érettebb fázisba ér, lassan változik a funkciók aránya.

Melléklet: Egy lehetséges célmodell

M.1. A kiinduló helyzet értékelése

A jelenleg élő egészségügyi finanszírozási és szolgáltatási rendszer számos eleme összességében sokkal több azonosságot mutat az államilag működtetett, adminisztratív eszközökkel menedzselt egészségügyi rendszerekkel, mint a biztosítási típusú megoldásokkal, még ha gyenge is a menedzselési funkció minősége.

E kiinduló állapotot figyelembe véve kellene megfogalmaznunk egy új, a mainál hatékonyabb, fenntartható, s a demográfiai változásokra rugalmasabban reagálni képes rendszer elemeit, miközben nem akarjuk érdemben csökkenteni a társadalmi szolidaritás mértékét sem.

Ahhoz, hogy az átalakítást – ne túlságosan nagy veszteségek árán – lehessen elindítani, s végigvinni, figyelembe kell még venni néhány további adottságot is:

- a) jelenleg létező társadalmi prioritásokat és elvárásokat,
- b) az állam szabályozói felkészültségét, szűk keresztmetszeteit,
- c) a jelenleg működő szolgáltató szervezetek felkészültségét, és ismeretei okozta szűk keresztmetszeteit,
- d) a jelenlegi szolgáltatók tulajdonosainak érdekeit és motivációit,
- e) a potenciális piacralépők felkészültségét és motivációit.

a) Kiindulhatunk abból, hogy a **társadalom** tagjainak

- műveltebb és vagyonosabb része inkább igényt tart a választás szabadságára, akar és képes is többet fizetni azért, hogy saját maga és családja számára jobb minőségű szolgáltatásokat szerezzen, vásároljon,
- a kevésbé művelt, szegény rétegek, továbbá a relatíve alacsony jövedelemmel rendelkező idősebb rétegek részben ismerethiányuk, eligazodási képességeik korlátai, részben fizetéseképtelenségük miatt jobban rá vannak utalva a közfinanszírozott rendszer nyújtotta ellátásra és ellátási garanciákra,
- a középrétegekben bár megvan az igény arra, hogy jobb minőségű szolgáltatásokhoz jussanak, de számosan közülük azt várják, hogy ehhez ingyen jussanak hozzá.

Összességében abból a feltételezésből indulok ki, hogy relatíve széles, s összességében növekvő a társadalomban azoknak a számaránya, akik igényt tartanak a jobb minőségű szolgáltatásokra, s a fizetőképességük is megvan arra, hogy ennek érdekében többletköltségeket vállaljanak. Mindeközben relatíve nagy maradt annak a rétegnek a súlya is, amely nem, vagy kevésbé képes élni egy nagyobb választási lehetőség adta előnyökkel, mert fizetőképessége, vagy fizetési hajlandósága, esetleg csupán döntési képessége hiányzik annak tényleges kihasználásához.

b) Az állam szabályozói felkészültsége a tapasztalatok szerint hézagos és hiányos. A jelenleg a bürokráciákban dolgozóknak nagyobb jártassága van az államilag felügyelt és irányított rendszerek jellemzőiről, működéséről alaposabb ismeretekkel, az e rendszerben megszokott konfliktusok kezelésében is nagyobb tapasztalatokkal rendelkeznek.

A piac iránti elkötelezettség akár szolgáltatói oldalon, akár a biztosítói oldalon gyenge, bár még a szolgáltatói verseny potenciális előnyeiről inkább meggyőzhetőek. Nagyobb azoknak a szakembereknek az aránya, akik a potenciális biztosítói versenynek több hátrányát, mint előnyét vélelmezik. Egy teljes „rendszerátalakítás” az egészségügy piacán sokkal nagyobb szellemi potenciált igényel, és más típusú szakmai felkészültséget, és tapasztalatot, mint ami jelenleg rendelkezésre áll.

Az adminisztratív módon szabályozott piacokról áttérni a nagyobb versenyintenzitást kihasználó piacsabályozásra jellemzően több szabályozást, szabályozói és piaci ismeretet, felkészültséget és háttérrel igényel mind szakemberekben, mind pedig intézményi szinten. Ennek kialakításához és a szükséges szakmai kompetenciák megszerzéséhez időre van szükség.

c) A szolgáltatói szektor szereplői, intézményei – bár a beszerzési viszonylataikban évek óta a piaccgazdaság résztvevői – az értékesítési oldalon, eladóként jellemzően még nem ismerik a piacszerű működés sajátos törvényszerűségeit, esetleges hátrányait és buktatóit. Az intézmények belső szervezeteiben, érdekeltségi rendszereiben is csupán részlegesen jelentek meg a vállalati menedzsment más piacokon szokásos elemei. Tekintettel azonban arra, hogy a kórházmenedzsmentben az elmúlt évtizedben lényeges változások zajlottak éppen azért, mert bizonyos versenyelemek, illetve piaci jellegű ösztönzők (pl. a betegek szabad intézményválasztása, teljesítményhez kötött közfinanszírozás) már megjelentek, így az intézményi menedzsment gondolkodás nyitottabb a piaci jellegű szabályozási elemek és megoldások befogadására.

Néhány területen (mentőszolgálat, vérellátás stb.) ez kevésbé jellemző, de ezek tipikusan azok a piacok, ahol továbbra is az államilag menedzselt ellátás maradhat az optimális megoldás.

d) A szolgáltatók tulajdonosai, tulajdonosi jogok gyakorlói részben állami szervek, részben megyei vagy települési önkormányzatok, illetve megbízottak. A tulajdonosi jogok gyakorlása, a tulajdonnal való rendelkezés jogosítványainak gyakorlása nem mutat jó képet. Az intézményekkel kapcsolatos érdekek nem tisztán és elsődlegesen jövedelemszerzési célzatúak, hanem sok más (foglalkoztatási, presztízs-, politikai befolyás- és érdekszerzési, stb.) megfontolás is feltárható a tulajdonosi döntések (menedzsment kiválasztás, fejlesztési döntések, vagyongazdálkodás stb.) hátterében. A piaci típusú működtetés és döntéshozatal kényszere óhatatlanul kevesebb teret hagyna a nem normatív típusú, egyedi, piac- és versenytorzító beavatkozásokra, amely több érdeksérelemnek lehet a forrása, ezért ellenállásba ütközhet.

Ott, ahol az intézmények az önfoglalkoztatás elve alapján működnek (különösen a házi orvosi praxisok), a jelenlegi – praxisjog által védett pozíciójú – vállalkozó orvosok nyilvánvalóan ellenségesen viszonyulnak egy piacnyitáshoz. Erre különösen azoknak az orvosoknak van méltányolható gazdasági motiváltsága is, akik nem ingyen jutottak

a praxishoz, hanem érdemi befektetésekre volt szükségük a praxisjog megvásárlásakor, s e befektetések megtérüléséhez még időre van szükségük.

e) A potenciális egészségügyi szolgáltatási piacralépők piaci ismeretei, vállalkozói tapasztalatai vagy hiányoznak, illetve részlegesek (pl. háziorvosi praxisba várhatóan kórházi, vagy járóbeteg szakellátásban dolgozók vállalkoznának, míg önálló szakorvosi praxisok részben a jelenleg magápraxisokat működtetők köréből kerülhetnének ki oly módon, hogy bővítenék a jelenleg már működő rendelésüket, részben a kórházi gyakorlattal rendelkező szakorvosok mennének át a járóbeteg szakellátásba).

Ugyancsak kevéssé felkészültek és tapasztaltak e területen a **biztosítási szektor** vállalatai is. Az egészségpénztárak és piaci alapon működő egészségbiztosítási piacszegmens aránya a teljes közfinanszírozott piac méretéhez képest marginális, ezért a felkészült szakemberek által biztosított szakmai háttér is nagy arányban hiányzik a rendszerből.

Minden potenciális piacralépőnek többlet-kockázatot jelentene a rendszer kialakításában és folyamatos átalakításában rejlő bizonytalanság, a kiszámítható szabályozási és piaci környezet hiánya.

Az eddig leírtakat figyelembe véve, olyan célmodellt vázolható fel, mely

- a piaci kudarcok okozta nehézségeket és helyzeteket a lehetséges mértékben korrigálni kívánja,
- számol azzal, hogy számos piacon továbbra is fennmaradnak a monopolhelyzetek, kizárólagos joggal végzett szolgáltatásnyújtások,
- növekvő mértékben épít a versenyre, mint piac, a kereslet és kínálat szabályozójára és ösztönzőjére,
- a fogyasztói választás lehetőségét – kivéve a monopolizált piacokon – fenn kívánja tartani mind a szolgáltatói, mind a biztosítói oldalon,
- a versenyt, mint ösztönzőt elsődlegesen a piac kínálati oldalán kívánja megteremteni, egyúttal a keresleti oldalon is fokozatosan nagyobb szerepet szán neki,
- figyelembe veszi, hogy a társadalom jelentős része változatlanul nem jövedelemfüggő járulékfizetés, hanem valamilyen jogosultság révén jut egészségügyi szolgáltatásokhoz,
- fenn kívánja tartani a szolidaritást abban az esetben is, ha a betegségek számossága, jellege folytán túlzottan nagy egyéni tehervállalásra lenne szükség.

M.2. Egy lehetséges célmodell elemei

M.2.1. A finanszírozási oldal átalakítása

Amennyiben a finanszírozás fenntarthatóvá kívánjuk tenni, s ugyanakkor figyelembe vesszük, mint kiinduló helyzetet, hogy

- egyrészt magas az élők munkát terhelő fizetési kötelezettségek aránya, mely rontja versenyképességünket,
- másrészt – részben az előzőekkel, részben a munkaerőpiac megváltozott működésével összefüggésben – magas a jövedelemeltitkolás aránya, továbbá
- a tudatosabb és költségérzékenyebb fogyasztói magatartásra akkor van esély, ha nem csupán a gyógyszer- és orvostechikai eszközök vásárlásánál, hanem az egyéb egészségügyi szolgáltatások nagyobb részének igénybevételénél is a tényleges költségarányokat jobban tükröző önrészfizetésre kerül sor, de
- az egyéni tehervállalásba nagyobb arányban vállaljon szerepet a biztosítási szektor, akkor

adódik az a lehetséges megoldás, hogy:

- **Növelni kellene a nem élők munkát terhelő adók arányát** az állam által garantált minimális egészségügyi szolgáltatások fedezetének biztosításában. Ez megoldható oly módon, hogy a minimális alapellátásként meghatározott szolgáltatási csomag fedezetét – szélesebb terítésű – döntően a fogyasztást terhelő adókból teremti meg az állam, vagy az is megoldás, ha a nem biztosított jogviszony, hanem „jogosultság” alapján ellátottak tényleges költségeinek fedezetét biztosítja ilyen adóval. Több országban alkalmazott módszer, hogy bizonyos fogyasztási típusú adókat (alkohol, dohány stb.) az egészségügyi finanszírozás közvetlen forrásává tesznek, illetve nem csupán a munka- hanem a tőkejövedelmeket, illetve a vagyont is az egészségbiztosítás forrását jelentő adó (járulék) terheli, különösen azokban az országokban, ahol már szélesebb az a lakossági réteg, mely nem munka-, hanem tőkejövedelmekből, illetve vagyonából él.
- **Szélesebb körben és differenciáltabban meghatározott önrészfizetési kötelezettséget kellene alkalmazni**, hogy a szolgáltatások tényleges igénybevételéhez kapcsolódóan teremtsünk nagyobb arányú fedezetet.
- **Ezzel párhuzamosan csökkenteni lehetne az élők munkát közvetlenül terhelő járulékszintet.** Ez olyan módon célszerű megoldani, hogy a jelenlegi élők munkája összköltségét bruttó bérként megkapják a munkavállalók, majd e bruttósított bérből fedezik a jelenleginél alacsonyabb szintű biztosítási járulékaikat, magasabb mértékű – szolidaritási jellegű – többletadóikat, illetve kötelező vagy önkéntes kiegészítő biztosítási díjaikat, növekvő önrészüket. Külön kérdés, hogy a nyugdíjasok, mint rendszeres jövedelemmel rendelkező rétegnél, továbbá más jövedelempótló támogatás fajtáknál (szociális juttatások bizonyos fajtái, anyasági ellátások, családi pótlék) végrehajtsa-e bruttósítást az állam legalább olyan szinten, hogy az önrészfizetési kötelezettségekre

jövedelemtöbblettel teremtsen fedezetet (ld. szlovák modell), vagy kiterjedtebb önrészfizetési mentességeket alkalmazzon-e inkább.

M.2.2. A szolgáltatási piac átalakítása

A piac kínálati oldalának, az **egészségügyi szolgáltatásoknak az átalakítása jelenleg is zajlik.**

A **kórházi átalakítás** adminisztratív állami tervezéssel és közhatalmi eszközökkel (egyedi jogi szabályozás) történő végrehajtással megy végbe, nem pedig piaci megoldásokkal. Számos kórházi szektorban dolgozó menedzser elégedetlen a kapacitás visszametszésének szintjével, mert érvelésük szerint a gazdaságos üzeméret elérése szempontjából elégtelen méretű intézmények maradnak így fenn. Egy – az allokációt inkább a versenyre, mint az állami tervezésre és politikai kijárára bízni akaró – közzgazda számára nem feltétlenül káros az olyan átmeneti állapot fennmaradása, ahol nem alakulnak ki olyan szigorú kapacitás korlátok, melyek eleve megakadályoznák a fogyasztók szabad intézmény választását, s nem csupán potenciálisan, hanem valóban monopolizálnák a piacot, mert ténylegesen szűkösséget hoznak létre.

A kórházi kapacitásszűkítés következménye, hogy a máig kórházban ellátott, de optimális esetben járóbetegként is ellátható vizsgálatok és kezelések várhatóan többlet kapacitás igényt generálnak **az ellátás alacsonyabb szintjein**: mind a járóbeteg szakellátásban, mind pedig a házi orvosi ellátásban, vagy az otthoni gondozás és ápolás piacain. E piacokon tehát megvan a lehetőség arra, hogy kapacitásbővítésre kerüljön sor.

Az **önrész** fizetés bevezetésének első lépése – a vizitdíj formájában – is megtörtént. Elkezdett tehát kialakulni ennek infrastrukturális háttere is (fizetés, számlaadás, nyilvántartás stb.).

Kérdés, hogy **merre és hogyan kellene** erről a pontról **továbblépni**.

Célszerű lenne az eddig leírtak alapján megadni erre a választ:

1. A legsürgetőbb a **kapacitásbővítés módjáról történő döntés** lenne. Itt – az ésszerű – a versenynek kedvező irány az lenne, ha nem a kapacitákszabályozás eddig megszokott – adminisztratív – módszerével, hanem érdemi **piacnyitással teremtenénk meg a többlet kapacitások kialakulásának lehetőségét, nem diszkriminálva a potenciális piacralépők között** sem tulajdonosi, sem pedig működési mód (kötségvetési szerv vagy vállalkozási forma), vagy az érdekeltség fajtája (non- vagy for profit) szerint. Egyúttal nem célszerű semmiféle sajátos, a versenyt potenciálisan, vagy ténylegesen akadályozó kizárólagos vagy különleges jogot (pl. praxisjog) adni a belépőknek.
2. Néhány szolgáltatási területen – homogén, nem nélkülözhetetlen szolgáltatási termékek, jól előrelátható igények – el kellene indítani a **referencia árképzés és a támogatás fixesítés** gyógyszereknél bevált módszerét, és **eltérő önrészfizetésre** (árkülönbség áthárítása) adni lehetőséget az egyes szolgáltató intézmények esetén:

- o Vannak olyan szolgáltatási termékek (pl. **gyógyfürdő** ellátások, gyógytorna, gyögmasszázs, rehabilitációs vagy fenntartó kezelések stb.), ahol nagyon nagy aránytalanságok léteznek mind területileg (van-e gyógyfürdő, vagy szolgáltató a közelben), mind egyes fogyasztói csoportoknak (szegényebb rétegek, jobb módúak) az adott ellátáshoz való hozzájárulása tekintetében.
- o Ugyancsak vannak olyan termékek is, ahol az igények lényegesen meghaladják a közfinanszírozásba befogadott kapacitásokat (**házi és intézményi krónikus beteg gondozás, hospice** ellátás stb.), miközben az adott ellátás nyújtása nem tekinthető kiemelkedően kvalifikált, speciális szaktudást igénylőnek, vagy egészen drága eszközigényűnek.
- o Ide lehetne azonban sorolni azokat a – jelenleg jellemzően várólistás – beavatkozásokat is, ahol például a beépített speciális eszköz költségigénye (például térd- vagy csípőprotézis, egyéb, **életminőséget javító implantátum** stb.) jelentős, s önmagában ez a tény is akadályozza az adott megoldás elterjedését.
- o Ugyancsak bevezetésre kerülhet az önrészfizetés – a nem sürgősségi jellegű – **betegszállításban** is. Számos országban a betegszállítást nem tartozik teljes egészében az állam által, kizárólagos joggal ellátott szolgáltatási csomagba. Nálunk is vegyes finanszírozás létezik több alternatív utazási megoldás között, ahol óhatatlanul megjelent már eddig is az önrész vállalás a lakosság részéről (pl. külön orvosi javaslattal történő helyközi családi szállítás normatív módon, s nem teljes költségviseléssel támogatott), míg más terület érintetlen maradt, s vagy az ingyenesség (OMSZ, vagy befogadott betegszállítók) vagy a teljes költségvállalás (alternatív szolgáltatók, taxi) az alkalmazott módszer.
- o Gyakori a költségmegosztás a **fogászatban**, az **audiológiai** és a **szemészeti**, optometriai területen is, ahol míg az eszközpótlások (gyógyászati segédeszközök) esetén évek óta létezik költségmegosztás, de a diagnosztika területén ez nem alkalmazott.

Ezeken a szolgáltatási területeken a finanszírozás megosztása a szolgáltatást igénybevevők és a közfinanszírozók között (akár az egészségügyi kasszából, akár a szociális ellátórendszer révén) már ma is bevett gyakorlatnak számít, legfeljebb a megoldás módja (jelenleg tipikus alkalmazási területe a hálapénznek), átláthatósága és aránya, illetve a kiterjedtsége szorul felülvizsgálatra. E területeken már jelenleg is van, de hosszabb időtávon is érdemi szerepe lehetne a kiegészítő pénztárak és biztosítások aránya növelésének. Ahhoz azonban, hogy ezeken a területeken az öngondoskodás formája változhasson, és részaránya növekedjen, átlátható módon és mértékét tekintve is érdemben változtatni (csökkenteni) kell az állami újraelosztás arányát, valamint a beteg hozzájárulás módját (legális fizetés a hálapénz helyett).

3. **Ki kell alakítani** a többi – ma pontrendszer alapján finanszírozott – termékkörben is **a standardizált termékek** (kezelési eljárások minimális tartalmát leíró) **regiszterét**.
4. **E definiált, homogénnek tekinthető termékeknél is alkalmazni kell a referencia-árképzés árverésen alapuló módszerét**.

- a. Első lépésben az így kialakuló árakhoz kell rendelni a támogatás összegét.
 - b. Második lépésben – előtte kialakítva a támogatás szint meghatározásokat, és a szolgáltatási termékek támogatás szint szerinti besorolásait – meg kell határozni a **kötelező állami szerepvállalásként felvállalt visszatérítés mértékeket**. Ezzel párhuzamosan meg kell engedni a referencia ártól való intézményi eltéréseket bizonyos sávhatárok között, s a beteg önrésze (akár betegpénztári befizetéseiből, vagy magánbiztosításból, és készpénzből is fedezi) aszerint alakulhat, hogy hol veszi igénybe az ellátást, miközben ezzel nem szabad kiküszöbölni az árversenyt.
 - c. Az ellátókat kötelezni kell arra, hogy a saját **szolgáltatási díjait közzétegyék, s diszkriminációmentesen alkalmazzák azokat** a betegek, a szolgáltatásokat igénybevevők felé. Egyúttal meg kell tiltani azt, hogy az így meghatározott díjakat különféle jogcímenek felszámított további tarifa- vagy költségelemekkel kiegészíthessék. Ez nem jelenti azt, hogy bizonyos kényelmi többletszolgáltatásokat (egyágyas szoba, külön személyzet, étkezés stb.) ne lehetne előre meghatározott tarifák alapján igénybe venni, ezeket azonban kizárólag akkor szabad alkalmazni, ha az külön definiált és előre meghatározott. Ilyen esetben azonban definiálni kell azt is, hogy mi az alapszolgáltatás tartalma ezeknél a szolgáltatás elemeknél. Megjegyzendő az, hogy a standard termék regiszter esetén célszerű külön definiálni azt is, hogy – minden olyan szolgáltatási elemre, melyre külön tarifa is kérhető – milyen alapellátási ismérvek esetén élnek az adott egészségügyi szolgáltatási termékek tarifái.
5. Meg kell határozni azokat a szolgáltatásokat, ahol az állam által menedzselt és/vagy felügyelt **monopolszolgáltatók** („fenntartott szolgáltatások”) nyújtják a szolgáltatásokat, ideértve az egészségügyi ellátók mellett az OEP, mint biztosító által kizárólagos joggal nyújtott biztosítási elemeket is. Elemezni kell és dönteni arról is, hogy az olyan szolgáltatóknál, melyek bizonyos tevékenységek esetén monopolhelyzetet élveznek, hogyan legyen elkülönítve a monopol tevékenység a versenyző típusú tevékenységektől.
 6. Végig kell gondolni, és időben dönteni arról, hogy hogyan viszonyuljon a szabályozás a **vertikális integráció** kérdésköréhez, ideértve különösen azt, hogy a különböző, egymásra épülő – és egymás számára megrendeléseket adó – ellátási szintek mikor és hogyan láthatók el egy vállalatcsoporton, és/vagy egy szervezeten belül. Különösen azért fontos ennek elemzése, mert a fogyasztói szabad intézményválasztást, mint versenyelemet potenciálisan és ténylegesen is korlátozhatja az, hogyha adott terápiás ellátási lánc teljes hosszában lehet egy tulajdonos alatt, s a vállalat alkalmazhat olyan szerződéses feltételeket, árazási gyakorlatokat, mely fogva tartást eredményeznek annak, aki egy ponton a vállalatcsoporthoz, tulajdonosi körhöz bekerült bizonyos szolgáltatás igénybevétele céljából. Ugyanakkor azonban mivel a vertikális integrációnak, vagy a koordinatív megoldásoknak elismerten lehetnek pozitív jóléti hatásai is, körültekintően kell mérlegelni az egyes megoldások előnyeit és hátrányait.

M.2.3. A biztosítási piac átalakítása

A keresleti oldalon

- a biztosítási piaci kudarc (különösen a káros szelekció), valamint
- a szabályozási kudarc (tapasztalatok hiánya, alul- és túlszabályozási veszély, magas az elkerülhető költségek veszélye)

következményei minimalizálásának igénye olyan megoldást tesz kívánatossá, mely esetén a tanulási folyamat elhúzódhat oly módon, hogy mégis érvényesülhetnek a verseny pozitív hatásai.

Nem támogatandó a teljes biztosítási alapsomag teljes feldarabolhatóságának alkalmazása, ezzel szemben érdemi esély lehet arra, hogy a biztosítási alapsomagnak az önrész fizetés révén történő részekre bontásával megjelenhet egy, a jelenlegi marginális küszöböt átlépő egészségpénztári és biztosítói vásárlói réteg és igény az egészségügyi intézményekben a vevői oldalon.

Álláspontunk szerint elődegesen arról kellene döntést hozni, hogy az **önrész fizetés** körében alkalmaz-e az állam kötelező **kiegészítő biztosítási** megoldást, vagy az önkéntességre, a piacra bízza a betegpénztári és biztosítási piac kialakulását, egymáshoz való arányát.

Amennyiben az egészségügyi szolgáltatási piacon egyes, jól meghatározott szolgáltatási termékcsoportok esetén megjelenik a nagyobb önrész fizetés kényszere, a már létező egészségpénztárak és egészségbiztosítási termékeket is kínáló biztosítók kiterjeszthetik tevékenységüket e területekre is. Annak sincsen elvi akadálya, hogy az **önrészfizetési kötelezettség által** meghatározott potenciális biztosítási csomag bizonyos, előre meghatározott hányadának lefedésére az állam kötelezettséget írjon elő a külön fedezet (II. pillér) intézményes megoldására, induláskor akár csupán a saját jogon biztosítottak körében. Megjegyzendő persze, hogy a tranzakciós (adminisztratív) költségek megnövekedése miatt ennek akkor van csupán értelme, ha szélesebb körben és nagyobb arányban kényszerül a lakosság önrész fizetésére.

Az **I. pillér** (közfinanszírozási-társadalombiztosítási hányad) fedezete nagyobb részben adókból (különösen a természetbeni ellátások, illetve jogosultság révén ellátottak), kisebb részben járulékokból (különösen a pénzbeni ellátások, illetve jövedelemmel rendelkezők ellátási fedezete) teremthető meg. Az I. pillér infrastrukturális feltételeinek biztosítása továbbra is maradna **OEP** feladat azzal, hogy számos tekintetben az OEP-nek több területen kellene diszkrecionális döntési hatásköröket kapnia, mely döntési hatáskörök peremfeltételei és határai továbbra is jogszabályokban kerülnének meghatározásra. Az OEP e körben hozott döntései, az általa alkalmazott szerződéses feltételek, továbbá a jogszabályok alapján hozott egyedi döntések feletti – különösen ellátásbiztonsági, hozzáférési és versenyfelügyeleti jellegű – kontrollt az Egészségbiztosítási Felügyelet gyakorolná.

Az további döntési kérdés, hogy az OEP közfeladatainak – különösen a fennmaradó menedzselési funkciók – ellátását milyen mértékben lehet alacsonyabb döntési szintekre delegálni (pl. régiók), s az óhatatlanul változatlanul fennmaradó ellátás-

szervezési jellegű feladatokat (sürgősség, járványügy, kizárólagos vagy különleges jellegű szolgáltatási jogok adása) milyen szinten lehet hatékonyabban megoldani.

A szabályozásnak ki kellene terjednie arra, hogy a **II. pillérbe** sorolt szolgáltatási termékhányad (finanszírozási hányad) esetén a biztosítóknak erre a csomagra kelljen – standard feltételekkel – árajánlatot adni. Ez lehetővé tenné a kötelező csomag biztosítói árainak egyszerű összehasonlítását a fogyasztók számára, ami élenkítőleg hatna a biztosítók közötti versenyre.

Amennyiben ilyen kötelezettség előírása megtörténne, úgy megindulna a biztosítási, és egészségpénztári piac méretének növekedése annak az ütemnek megfelelően, ahogyan az egészségbiztosítási alapsomag egyéb termékei körében kiterjesztésre kerülne az önrész fizetésének kötelezettsége, illetve az önrész arányát növelné az állam.

Az idő előrehaladtával – a tapasztalatok birtokában – folyamatosan finomítani lehetne a szabályozást mind a szolgáltatási, mind pedig a biztosítási piacon, s ha a remények bevalnak, akkor a feltétlenül szükséges szintre lehetne csökkenteni az állami újraelosztás szintjét, s a helyét átvehetné a biztosítási piac, továbbá a fogyasztói önrész.

M.2.4. A szabályozási és felügyeleti intézményrendszer átalakítása

Működtetni kell a rendszer szabályozási és felügyeleti hátterét, ideértve különösen:

1. Az ellátásoknak, kezeléseknak, terápiáknak, diagnosztikai módszereknek, termékeknek a **biztonságosság** szempontjából történő elismerési rendszerét, és regisztereit, a „törzskönyvekben” szereplő termékek bekerülésének, módosíthatóságának, és kizárásának feltételeit és eljárásrendjét (gyógyszerek - Országos Gyógyszerészeti Intézet, orvostechikai eszközök - Egészségügyi Engedélyezési Hivatal, diagnosztikai, kezelési, terápiás eljárások - ???).
2. A **szolgáltatók működési minimum** szintjére vonatkozó garanciákat, előírások meghatározását és ellenőrzését (ÁNTSZ).
3. A definiált biztosítási **termékek** esetén a termék meghatározásában szereplő minimális szolgáltatási tartalom és a tényleges kezelés során nyújtott szolgáltatás megfelelőségét, összhangját (elsődlegesen a finanszírozók: OEP, magánbiztosító vagy pénztár, és maga a beteg).
4. A **fogyasztói tájékoztatásnak** a megfelelő, a fogyasztói döntés, a kezelés, s a szolgáltató választás szempontjából fontos adatok előállítására, gyűjtésre, közlésre, az információkhoz való hozzáférésre vonatkozó garanciáit (Egészségbiztosítási Felügyelet – adatok köre, tartalma, közzététel, valódiság stb.), mely adatokat aztán akár a finanszírozás során is figyelembe lehet venni, ösztönözve ezzel a minőség javítását, s a teljesítményt.
5. Ki kellene alakítani olyan **információs és tanácsadási hálózatot**, mely érdemi segítséget tudna adni a betegeknek abban, hogy a betegségük esetén rendelkezésre álló – elektív jellegű, tervezhető – terápiák közötti választásban milyen döntési szempontok alapján (minőségi paraméterek, önrész kondíciók, hely, idő stb.) milyen döntési alternatívák állnak rendelkezésükre. Az információs hálózat

felállhatna részben biztosítói, részben fogyasztóvédelmi jellegű támogatási forrásokból, de részt vállalhatnának benne akár a jelenlegi irányított betegellátási rendszer létező alapintézményei is.

6. Kialakítani a **közszolgáltatási alapsomag tartalmának** és az alapsomagba tartozó ellátások **árai** meghatározásának rendszerét – ideértve a versenyző jellegű szolgáltatási termékek mellett az egyes piaci szereplők számára fenntartott, monopolszolgáltatásokat is: bekerülés, módosítás, törlés –, átlátható eljárásrendjét, indoklási kötelezettséggel, megtámadhatósággal. (Első lépésben például az OEP Technológiabefogadási és Árkontroll Irodája)
7. A **hozzáférés normatív feltételeinek** meghatározását, kiemelve ezen belül a diszkriminációra, a szolgáltatásból való esetleges kizárásra, a várólisták átláthatóságára vonatkozó garanciaelemeket (jogszabályban meghatározott, ellenőrzési hatáskör az Egészségbiztosítási Felügyeleté).
8. A **versenyfelügyeleti** jellegű feladat- és hatáskörök gyakorlását (speciális szabályok betartásának ellenőrzése Egészségbiztosítási Felügyeleté, általános szabályok ellenőrzése a Gazdasági Versenyhivatalé).

M.3. Az átmenet ütemezése

Az általunk felvázolt modell lehetőséget adna arra, hogy mind az egészségügyi szolgáltatási piacokon, mind pedig a biztosítási piacon fokozatosan lehessen kinyitni a piacokat a verseny előtt.

Az egyes lépések ütemezését tehát más rendszer elemekkel összehangoltan indokolt csupán megtenni. Például

- a finanszírozási rendszer átalakítását az adórendszer reformjához indokolt kapcsolni, illetve
- az intézményi feltételek megteremtése meg kell előzze bizonyos ár-meghatározási technikák alkalmazását,
- az információs bázisok és tanácsadó hálózatok létrehozása nélkül a szabad döntési jog kevésbé képes hatásosan érvényesülni,
- az európai forrásokat is felhasználó kapacitás- és más infrastrukturális fejlesztések kifutásának megvan a maga időigénye stb.

A fokozatos átmenet lehetőséget adna a piaci szereplők felkészülésére és alkalmazkodására, ugyanakkor az állami szabályozásban is kialakulhat az a szellemi háttér, ami a biztosítási piacokat jellemző kudarcok, illetve az egészségügyi szolgáltatási piacokon bekövetkező változások – előre nem látott – hatásai alapján képes korrigálni az állami beavatkozásokat, finomítja a szabályozást.

Néhány javaslat az első ütem fontos lépéseire:

1. Mindenképpen fontos lenne első lépésben az **alapellátás, a járóbeteg ellátás és a krónikus és rehabilitációs ellátások területén is** a kapacitásbővítéseket már a versenyre fokozottabban támaszkodva elindítani, s a kapacitásbővítési pályázati rendszerben a döntési szintet a politikai szintről (miniszter) alacsonyabb szintre

(OEP) telepíteni, átlátható rendszerben, diszkriminációmentességet garantálva, indokolt döntéssel és jogorvoslati jogot biztosítva.

2. Szintén fontos lenne **néhány** – döntően az életminőséget befolyásoló, de nem életmentő típusú – **ellátás** esetén a társfinanszírozási hányadot bővíteni a magánfinanszírozás irányába azzal, hogy teszteljük az árverseny adta lehetőségeket is.
3. Legalább **néhány** – nem érzékeny – **szakellátási területen** is definiálni kellene homogén termékeket, kezelési eljárásokat, s elindítani az árverseny alapú referenciaárazást és támogatásfixesítést.
4. Az OEP-en belül el kellene különíteni a **Technológiabefogadási és Árkontroll Irodát** külön szervezeti egységként. A gyógyszer és gyógyászati segédeszközökön túl itt kellene lebonyolítani a definiált szakellátások referenciaárazását is, továbbá a jelenlegi kódkarbantartási (árszabályozási) funkciók ehhez az irodához kellene kerüljenek.
5. A megfelelően strukturált adatgyűjtések és információközlések rendszerét működtetni kell. Megfelelő hozzáféréseket kell biztosítani a részletes adatstatisztikákhoz, betegút figyelésekhez stb..

Fontos megjegyezni azonban, hogy azokat az előfeltételeket, melyek esetén a versenytől várt hatások bekövetkezése valószínűsíthető, meg kell teremteni. Addig ugyanis, amíg a piaci – verseny- – kudarcok feltételei nem változnak, nem érdemes nagy reményeket fűzni a pozitív versenyhatások bekövetkezéséhez sem.

Az azonban nem megfelelő érv a verseny ellen, hogy az egészségügy nem egy tökéletesen versenyző piac, ahol a fogyasztó nem hoz racionális döntéseket. Nincs olyan piac, ahol a verseny körülményei tökéletesek lennének, vagy a fogyasztó a döntéseit teljes információk birtokában, azokat teljességükben feldolgozva és a következményeket átlátva, tökéletesen racionális döntéseket tudna hozni. A legtöbb piacon azonban javítani lehet mind a verseny körülményein, mind az információk szintjén, segíteni lehet az információk feldolgozását, racionálisabbá tenni a fogyasztói döntést. A valódi kérdés az, hogy mennyibe kerül a körülmények javítása, s az így bekövetkező javulás nagyobb-e, mint annak ráfordítása, más szóval mennyit érdemes a társadalomnak a javításba befektetni azért, hogy a jóléti többlet nagyobb legyen.

Ha a hatásosabb verseny előfeltételeit nem teremti meg a szabályozási környezet, vagy a költségek nagyobbak vélelmezhetőek, mint azok haszna, akkor helyesebb a jelenlegi adminisztratív szabályozás rendszerét finomítani, az ellátás-menedzselés rendszerét javítani, s az abban rejlő hatékonysági tartalékokat kihasználni, mintsem megfelelő ismeret és tapasztalat nélkül fejest ugrani egy lényegesen más felkészültséget, előfeltételeket igénylő rendszerbe.