

***Timo Blenk et al: A verseny szerepe az egészségügyben:  
Németország, Hollandia és Svájc tapasztalatai (1. rész):  
Versenyterületek és versenyparaméterek***  
Friedrich-Ebert-Stiftung  
WISO Diskurs, 01/2016 (36 p.)

**Kulcsszavak:** egészségügy, verseny, Németország, Hollandia, Svájc

**Forrás Internet-helye:** <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12172.pdf>

**3. Verseny a szolidáris egészségügyi rendszerben (5-10. p.)**

**3. 3. Versenyterületek**

***Kezelési piac / ellátási piac:***

A kezelési piacon számos szolgáltató verseng a betegek kegyeiért. Ennek előfeltétele a szolgáltató szabad megválasztása (szabad orvos- vagy kórházválasztás). A honoráriumok nem a költségvetéstől, hanem az esetszámtól és a minőségtől függenek. A fogyasztói szuverenitás erősítése és az információs aszimmetriák megszüntetése érdekében legalábbis a tervezhető orvosi beavatkozások tekintetében megfelelő intézkedéseket kell hozni a piaci transzparencia javítása tekintetében. Lehetővé kell tenni a betegek számára, hogy megfelelő minőségi összehasonlításokat tudjanak végezni (mint pl. az Egészségügyi Minőség és Transzparencia Intézete, egészségügyi TÜV, internetes rangsorok).

A saját rendelővel rendelkező orvos, mint egyéni vállalkozó mellett további jogi formák jelennek meg, amelyek lehetővé teszik az irányított betegellátást, mint az ún. managed-care-modellek [*gatekeeping, Health Maintenance Organizations (HMO), Preferred Provider Organizations (PPO)*], hálózatok és egészségügyi ellátási központok (*Medizinische Versorgungszentren – MVZ*).

A várakozások szerint a minőségügyi verseny kerül előtérbe, az árverseny pedig mellékessé válik, mivel a szolgáltatásban részesülő személy rendszerint nem a költségviselő.

***Szolgáltatási piac / szerződések piaca:***

Amennyiben a verseny perspektívája nem elsődlegesen az árra (kiegészítő járulékkulcs), hanem elsősorban a minőségre fókuszál, jelenleg a szolgáltatási piac jelenti a legnagyobb versenypotenciált. A szolgáltatások és a szerződések piacán különböző szolgáltatók, orvosok, fogorvosok, pszicho- és fizioterapeuták, kórházak, gyógyászati és segédeszköz szolgáltatók állnak versenyben, ill. ezek szövetségei a betegpénztárakkal való szerződésekért. Ezek számára nem áll fenn szerződéskötés kötelezettsége. Ezzel szemben a szelektív szerződéskötés lehetővé teszi a betegpénztárak számára, hogy mindig a legjobb szolgáltatóval kössenek szerződést, teljesítés hiányában vagy hibás teljesítés esetén pedig megváljanak szerződéses partnerüktől. A közös önkormányzat keretében csoportos alku keretében kötött kollektív szerződések helyébe szelektív szerződések lépnek. A teljes területet lefedő ellátás felelőssége a rájuk ruházott ellátási kötelezettség alapján a betegpénztárakra

háru. A következetes versenypiaci felügyelet a versenyjog adekvát alkalmazásával kontrollálni, ill. korlátozni tudja a magas taglétszámmal rendelkező betegpénztárak túlhatalmát. A verseny tárgya a kialakult árak mellett elsősorban az egészségügyi szolgáltatások minősége. A biztosítási piacnak a szolgáltatási piac irányába történő perspektívaváltása tendenciálisan a „minőségügyi versenyt” ösztönzi. Ám nem kizárt, hogy a csekélyebb piaci részesedéssel rendelkező kisebb szolgáltatók destruktív konkurenciát folytatnak.

### ***Biztosítási piac:***

A biztosítási piacon a megbiztosítók a biztosítottakkal való szerződés-kötésekért versenyeznek. A németországi duális megbiztosítási rendszer keretében ez egyrészt a kötelező megbiztosítók egymás közötti, másrészt a privát és kötelező megbiztosítók, illetve kizárólag a privát megbiztosítók közötti versenyt jelentheti. Ez utóbbi azonban az idős kori megbiztosításra való megtakarítások hordozhatóságának (*Portabilität von Altersrückstellungen*) bonyolultsága miatt csak korlátozottan mehet végbe. Ezen a területen az árverseny és alternatív ellátási modellek alkalmazásával folytatott verseny is elképzelhető.

Németországban e verseny bevezetésére a szabad pénztár választás bevezetésével került sor. A szerződés-kötési kötelezettség és a diszkrimináció megszüntetésének kell megakadályoznia, hogy a verseny a „jó” kockázatok bevonására korlátozódjék. Annak érdekében, hogy a járulék mértéke a megbiztosítók közötti hatékonyságkülönbséget és ne a kockázati struktúrát tükrözze, egy egyre differenciáltabb strukturális kockázatkiegyenlítés bevezetésére került sor. A szolgáltatási katalógust nem törvény, hanem a Közös Szövetségi Bizottság szabályozza. A kötelező megbiztosítás területén versenyre jelenleg a szolgáltatások minősége közötti különbség és a kiegészítő járulékok mértéke tekintetében kerül sor. Az árversenyen kívül a megbiztosítók közötti verseny élénkítésére alkalmas lenne még különböző ellátási kínálatok minimális biztosítási volumenek melletti konkurenciája, amelynek során a súlypont az árversenyről a minőségügyi versenyre helyeződne át. Ám ez a biztosítási piactól a szolgáltatási piac felé történő eltolódást feltételezné.

### ***3. 4. Versenyparaméterek***

Ha búcsút intünk a homogén javakért folytatott kizárólagos árverseny neoklasszikus modelljének, ez a kiegészítő járulék mértékének a mindenkori betegpénztár általi autonóm meghatározása mellett, további versenyparaméterek megjelenését feltételezi a megbiztosítók és szolgáltatók részére. Csak ez tenné lehetővé, hogy a kiegészítő járulékokat stabilizáló árverseny mellett a legjobb ár-szolgáltatás-viszony is kibontakozhasson. A szolgáltatási kínálat szelektív szerződések opciója általi differenciálódása egy „valóságos” innovációs és minőségügyi versenyt bontakoztatna ki, amely nem merül ki a banális marketingfogások vagy kétes értékű önkéntes kiegészítő szolgáltatások területén. A betegpénztárak és szolgáltatók által felkínált szolgáltatások mellett elképzelhetőek lennének különböző minőségi szintek és disztribúciós csatornák, valamint különböző managed-care- modellek (házi orvosi modellek, gatekeeping, HMO, PPO etc.).

***Timo Blenk et al: A verseny szerepe az egészségügyben:  
Németország, Hollandia és Svájc tapasztalatai (2. rész):  
Németország***

Friedrich-Ebert-Stiftung  
WISO Diskurs, 01/2016 (36 p.)

**Kulcsszavak:** egészséggazdaság, piac, verseny, Németország

**Forrás Internet-helye:** <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12172.pdf>

#### ***4. A versenypolitika helyzete Németországban***

##### ***4. 1. Alaphelyzet***

1996-ban, a szabad pénztárválasztás bevezetésével az egészségpolitikai diskurzus főleg a biztosítási piacot vette célba. A korábbi reformtörekvések kijózanító tapasztalatai után a betegpénztárak közötti versenytől remélt hatékonyságfokozó effektusok tekintetében most elsősorban a járulékstabilitástól és a költségsökkentéstől várták a hatékonyságfokozó effektust.

A versenyfeltételek az előző években elfogadott reformtörvényekkel folyamatosan javultak: az egészségügyi reformról szóló törvény (*Gesundheitsreformgesetz – 2000*), az egészségügy modernizációjáról szóló törvény (*Gesundheitsmodernisierungsgesetz – 2004*), a versenynek a kötelező betegbiztosítás területén való erősítéséről szóló törvény (*GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – 2007*), a kötelező betegbiztosítás finanszírozásáról szóló törvény (*GKV-Finanzierungsgesetz – 2011*), a kötelező betegbiztosítás struktúráiról szóló törvény (*GKV-Versorgungsstrukturgesetz – 2012*).

A saját rendelővel rendelkező [ún. „letelepedett”] orvosok, mint klasszikus egyéni vállalkozók mellett az ambuláns ellátás területén új jogi és szervezeti formák váltak lehetővé, mint pl. az egészségügyi ellátási központok (*medizinische Versorgungszentren – MVZ*), praxishálózatok vagy fiókpraxisok. A kórházi ellátás területén az esetátalányok (DRG) bevezetése megeremtette a kórházak és betegpénztárak közötti szelektív szerződések lehetőségét. Ugyanez érvényes a gyógyszerügy és a segédeszközök területén. Jóllehet a törvényhozói aktivitások nem voltak minden esetben halaszthatatlanok – olykor egy lépést eredményeztek előre, kettőt hátra – a törvényhozó szándéka a minőségügyi versenynek a szolgáltatások piacán szelektív szerződésekkel történő megerősítésére, szembetűnő. Szakértői jelentésében mind a monopóliumok bizottsága (*Monopolkommission, 2008/09*), mind az egészségügyi fejlődés szakértői bizottsága (*Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012*) nyomatékosan e hatékonysági potenciál növelése mellett foglalt állást.

##### ***4. 2. Versenyfeltételek***

A versenyhelyzet egyik előfeltétele az alternatív és szubsztitúciós lehetőségek megléte. Jelenleg 123 kötelező betegbiztosítási fenntartó áll rendelkezésre, így a biztosítottaknak éppen elég választási és átlépési lehetőségük van. A 2010/11-ben, a kiegészítő járulékok bevezetése által indukált betegpénztárak közötti vándorlási folyamatok meggyőzően szemléltetik, hogy a biztosítottak az árak tekintetében kellőképpen rugalmasak és tudatosan váltanak pénztárt.

Ez felveti a versenyjog alkalmazásának kérdését az egészségügy területén. A német törvényhozó ebben a tekintetben is lépéskényszerben van. Továbbá lehetőséget kell biztosítani a korlátok nélküli piaci megjelenésre, ill. vállalkozói csőd esetén a piacról történő kiválásra. Ami a betegpénztárakat illeti, a szabad pénztárválasztás bevezetése (1996) óta fúziók és felszámolások formájában bekövetkezett egy piactisztító koncentrációs folyamat. Új betegpénztárak alapítására ezzel szemben nincs kilátás. Hasonló folyamat megy végbe a kórházak tekintetében is, ott is a kórházak fúziója vagy bezárása figyelhető meg. A betegpénztárak közötti verseny eddig elsősorban a kiegészítő járulékok elkerülésére irányult. A transzparencia, az orvosi szolgáltatások összehasonlíthatósága, a minőség tekintetében továbbra is sok a tennivaló. A szereplők verseny iránti igénye, éppen a saját rendelővel rendelkező orvosok, a gyógyszerészek, ill. ezek szövetségei részéről, számos kívánnivalót hagy maga után. A piacra lépés korlátai a kötelező, szükségletektől függő betegpénztári engedélyezés folytán éppen a betegpénztári orvosi egyesülési ellátásban való részvétel tekintetében igen magasak. A piacról a „vállalkozói” siker hiánya miatti kilépés ezzel szemben alig figyelhető meg.

#### **4. 3. Kezelési piac**

Németországban a kezelési piacon végbemenő versenyre elsősorban az „egészségpiacon”, a privát, gyakran privát kiegészítő biztosításokból, vagy saját forrásokból finanszírozott szolgáltatásokért kerül sor. Ez az eset főleg akkor áll fenn, ha a szolgáltatók és a fogyasztók direkt kapcsolatban állnak egymással. Ilyenek az egyéni egészségügyi szolgáltatások (*individuelle Gesundheitsleistungen – IGEL*), a nem vényköteles gyógyszerek, vagy a választott kórházi szolgáltatások. A kereslet alakulására individuális preferenciák és haszonszámítások, e szolgáltatások igénybevételére a személyes fizetőkészség és -képesség alapján kerül sor. Ám a minőség és az orvosi célszerűség tekintetében gyakran lép fel a szolgáltatók és az ilyen szolgáltatásokat igénylők közötti aszimmetrikus információáramlás. Egy privát finanszírozású kezelési piacból származó verseny a szabad orvosválasztás ellenére nem eléggé artikulált. A biztosítottak és betegek számára gyakran nem áll rendelkezésre elégséges információ a minőségre és a szolgáltatók alkalmasságára vonatkozóan.

#### **4. 4. Szolgáltatási piac**

A betegpénztárak és szolgáltatók, vagy szolgáltatói csoportok közötti szelektív szerződéskötésre

- modellkísérletek;
- háziorvosi központú ellátás;
- különleges ambuláns orvosi ellátás;
- betegségmenedzsment-programok, valamint
- integrált ellátás keretében között szerződések

formájában kerülhet sor.

A részvétel a biztosítottak számára a betegpénztáruknál választott tarifák keretein belül önkéntes. Mindenesetre a biztosítottakat legalább egy évig köti a tarifa. Ez idő alatt csak olyan orvoshoz fordulhatnak, akivel betegpénztáruk szerződést kötött. Szabad orvosválasztásuk így korlátozódik. A háziorvosi központú ellátás keretében a háziorvos dönt mindennemű további szakorvosi kezeléstről. Az ilyen választott tarifák

előnye nem valamilyen pénzügyi kedvezményben, hanem pl. alacsonyabb járulékkulcsban vagy díjvisszafizetésben áll.

#### **4. 5. Biztosítási piac**

A verseny felé tett első lépés a szabad pénztárválasztás bevezetése volt (1996). Ahhoz, hogy a betegpénztárak közötti verseny ne fajuljon az ún. „jó” kockázatokért való versenyfutássá, a betegpénztárak számára a diszkrimináció tilalma mellett előírták a szerződéskötés kötelezettségét. A járulékkulcs (jelenleg: kiegészítő járulék) mértékének a betegpénztár teljesítőképességét és nem „kedvezőtlen” kockázati struktúráját kell tükröznie. Ennek kiküszöbölése céljából visszatérően egy átfogó morbiditásorientált strukturális kockázatkiegyenlítés (*morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich – Morbi-RSA*) bevezetésére került sor.

Mindenesetre a betegpénztárak mozgástere a verseny területén lényegében a járulékautonómiára korlátozódik. Csekélyebb mértékben az önkéntes szerződéses szolgáltatások, a bónusz-szolgáltatások, a választható tarifák (egyebek között: önrészek, járulékvisszatérítés), valamint a prevenciós és a munkahelyi egészségmenedzsment területén próbálkozhatnak. Ezenkívül modellkísérletekben, valamint Managed-Care-modellekben (pl. háziorvosi szerződésekben) való részvételre nyílik lehetőségük. A biztosítottak e keretek között gyakorolhatják választási és átlépési opcióikat. Mivel a szolgáltatási katalógust a Közös Szövetségi Bizottság (*Gemeinsamer Bundesausschuss*) egységesen szabályozza, az egészséges biztosítottak pedig elsődlegesen alacsony járulékkulcsokban érdekeltek, fennáll az „árverseny” tendenciája. A betegpénztárak érdekei és az átfogó minőségügyi verseny lehetőségei egyelőre másodrangúak. Érdemleges volumenű minőségügyi versenyre egyelőre nem kerül sor.

#### **4. 6. Versenypolitikai reformszükséglet**

1996-ban, a szabad pénztárválasztás bevezetésével a kötelező betegbiztosítás területén megeremtődött a versenyhelyzet, amely a betegpénztárak közötti ár- és szolgáltatási versenyt eredményezte. Ez a folyamat látványos piactisztítást eredményezett: a betegpénztárak száma több mint 1.200-ról a mai 123-ra csökkent. Ez a koncentrációs folyamat további fúziókkal és pénztárbezárásokkal folytatódni fog.

Az, hogy a verseny mennyiben járult hozzá ténylegesen a (kiegészítő) járulékkulcsok stabilizálásához, még nem állapítható meg pontosan. A versenyre jellemző elemek bevezetésétől remélt minőségügyi verseny – eltekintve a betegpénztári szolgáltatások jobb minőségétől – egyelőre csak a szándékokban nyilvánul meg. A betegpénztárak politikailag megkívánt vállalkozói irányultságának megerősítése és ezzel egyidejűleg a társadalombiztosítási önkormányzat pozíciójának gyengítése a betegpénztáraknak a piac és a szociális egyenlőség közötti új azonosságát hozta létre – ami nem válik éppen a biztosítottak javára.

*Timo Blenk et al: A verseny szerepe az egészségügyben.  
Németország, Hollandia és Svájc tapasztalatai (3. rész)  
Svájc – az egészségügyi rendszer  
Friedrich-Ebert-Stiftung  
WISO Diskurs, 01/2016 (36 p.)*

**Kulcsszavak:** egészséggazdaság, piac, verseny, Svájc

**Forrás Internet-helye:** <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12172.pdf>

**5. A svájci egészségügyi rendszer (15-20. p.)**

**5. 1. Az alaphelyzet**

A svájci egészségügyi rendszer érdekes példa a versenytényezők bevezetésének összefüggésében. Ezenkívül nemzetközi összehasonlításban rendszeresen élenjáró értékeket produkál. A születéskor várható életkor 82,9 év (Németországban 80,9 év, Hollandiában 81,4 év). A felnőtt svájciak 81,3%-a jónak ítéli meg saját egészségi állapotát (Hollandiában 76,4%, Németországban 64,8%). Az egészségügyi költségek GDP-hez viszonyított aránya 11,1% (Németországban 11%, Hollandiában 11,1%).

A svájci egészségügyi piac két területre tagolódik: egy általános, jogszabály által szabályozott alapellátásra (alaptarifá), valamint egy privát kiegészítő biztosításra. Ez utóbbi területen a verseny nem ütközik korlátokba.

A biztosítók csak a kiegészítő biztosítások piacán törekedhetnek haszonszerzésre. A biztosítottak az alaptarifá keretében maguk dönthetnek havi biztosítási járulékaik mértékéről. Kezelés esetén a pénzügyi hozzájárulás a havi járulékkal arányosan növekedik, ill. csökken (franchise). A franchise mértéke legalább 300 CHF és maximum 2.500 CHF között mozog. A svájci biztosítottaknak a választott franchise-tól függetlenül maximum 700 CHF összegig hozzá kell járulniuk a kezelési költségek tíz százalékához. A svájci biztosítottak tehát magasabb pénzügyi hozzájárulást viselnek individuális kezelési költségeikhez, mint a hollandok és a németek.

A svájci betegbiztosításban nincsenek jövedelemfüggő járulékok. Ezek helyett az állam szolidáris segélyeket nyújt a biztosítási járulékokhoz. Németországtól és Hollandiától eltérően ebből az országon belül a befizetendő betegbiztosítási díjak tekintetében szociálpolitikailag tolerálható egyenlőtlenségek keletkeznek. További különbség, hogy Svájcban minden egyes biztosított egyéni biztosítással rendelkezik. A hozzátartozók és a gyermekek járulégmentes együttes biztosítása itt nem

létezik. A gyermekek havi díja, önrésze és a franchise mértéke Svájcban alacsonyabb, mint a felnőtteké.

A svájci egészségügyi rendszer további ismérve a különböző kiszervezett Managed Care-modelleknek az alapellátás területén való terjeszkedésében áll. 2015-ben a svájci biztosítottak 63,6%-a döntött egy ilyen biztosítási lehetőség mellett. A Managed Care-modellek kedvezőbb havi díjat kínálnak és ennek fejében a választott szerződési formától függően korlátozzák a szabad orvosválasztást. A Managed Care-tarifák különböző alapmodelljei különböztethetők meg:

- HMO-modell (*Health Maintenance Organization*): a biztosítottak kötelezettséget vállalnak, hogy betegség esetén mindig a választott egészségügyi központot (csoportpraxist) keressék fel;

- Háziiorvosi modell („*Gatekeeping*“): A biztosítottak betegség esetén kötelesek első alkalommal háziiorvosukhoz fordulni, aki dönt a további kezeléstről, esetleg beutalót ad a megfelelő szakorvoshoz. A háziiorvosi modell keretében szerződéses viszony áll fenn a kiválasztott szolgáltató és a biztosított között;

- Listamodell: A háziiorvosi modellhez hasonlóan a biztosítottak egyoldalúan választják ki a szolgáltatót, szerződéskötésre nem kerül sor. A biztosítottak a biztosító által összeállított listáról választhatnak háziorvost (*Gatekeeper*), aki dönt a további kezelési folyamatról;

- Telemedicina-modellek: A biztosítottak minden újabb egészségi probléma esetén kötelesek előbb telefonon orvosi tájékoztatást kérni. A call center-ben működő orvosok előbb értékelik az esetet, majd döntenek az orvosi vizsgálatról.

A Managed Care-modellek vegyes formái is elterjedtek: a telemedicina-modellnél pl. az orvosválasztás szabad maradhat, vagy a listamodellhez hasonlóan korlátozódhat. A Managed Care-modellekről szóló jogszabály teljesen liberális, széles mozgásteret nyújt az innovatív megoldások számára. A svájci törvényhozó megpróbálkozott ugyan a Managed Care-modellek szigorúbb szabályozásával, azt azonban a 2012-ben tartott népszavazás 76%-os többséggel elutasította.

Az 1990-es években, a Managed Care-modellek bevezetésének kezdetén az irántuk való kereslet a vártnál alacsonyabb volt, a 2000-es évek közepétől azonban a trend megfordult. Ezt követően a kereslet a biztosítottak részéről ugrásszerűen megnövekedett. Ennek oka, hogy 2005-ben bevezették a Managed Care-tarifák és a magasabb választott franchise-ok kombinálhatóságának lehetőségét, ami ideális esetben akár a havi biztosítási díj 50%-os csökkenését is eredményezhette. Ez a növekedési trend a mai napig tart, még akkor is, ha 2012-től a piaci kereslet állandósulása mellett bekövetkezett egy telítettségi állapot.

***Timo Blenk et al: A verseny szerepe az egészségügyben:  
Németország, Hollandia és Svájc tapasztalatai (4. rész):  
Svájc – versenyfeltételek és versenyterületek***

Friedrich-Ebert-Stiftung  
WISO Diskurs, 01/2016 (36 p.)

**Kulcsszavak:** egészséggazdaság, piac, verseny, Svájc

**Forrás Internet-helye:** <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12172.pdf>

### ***5. 2. Versenyfeltételek***

A versenyfeltételek tekintetében Svájcban számos körülmény elégséges mértékben teljesül. A szolgáltatók és biztosítók piacra lépése alapján véve lehetséges. A kantonok azonban a túlellátás megakadályozása érdekében engedélyezési moratóriummal szabályozhatják a szolgáltatók számát. A kórházaknak, ahhoz, hogy jogosultakká váljanak szolgáltatásaik biztosítókkal való elszámolására, szerepelniük kell a kórházak listáján. Ha valamely szolgáltató vagy biztosító nem képes helytállni a versenyben, csődhelyzetre kerülhet sor, ami a gyakorlatban is előfordul. A versenyszemlélet ebben a tekintetben Svájcban kihangsúlyozottabb.

Jóllehet Svájcban a biztosítottak elvben jogosultak a szabad pénztárválasztásra, az alapellátás területén számos biztosító megpróbálkozik a meg nem engedett kockázatszelekció alkalmazásával. Ehhez a nem elégséges mértékben differenciált kockázatkiegyenlítés is ösztönzést nyújt. A kockázatkiegyenlítés azonban folyamatos kiigazítási és reformfolyamatban van. Ezen a területen a reformok iránt készségesebb Szövetségi Egészségügyi Hivatal átvette az illetékességet a parlamenttől. A szerződéskötés szabadságának elve az alapellátás területén csak korlátozottan érvényesül. Alapvetően minden betegpénztárnak minden engedélyezett szolgáltatóval szerződnie kell. A *Managed Care* modellek körében azonban fennáll a szelektív szerződések és speciálisan kialakított tarifák lehetősége az orvosok és a kórházak egy részével. A svájci egészségügyben a kartelljog, különösképpen a versenyjog alkalmazására nem kerül sor.

Összességében a versenyfeltételek az egészségügy területén pregnánsabban megjelennek mint Hollandiában vagy Németországban. Svájc számára a legnagyobb kihívás a strukturális kockázatkiegyenlítés erőteljesebb differenciálásában és az ehhez szükséges empirikus adatállomány optimalizálásában áll.

### ***5. 3. Kezelési piac***

Svájcban a biztosítottakért folytatott versenyre elsősorban az ambuláns ellátás területén kerül sor jelentősebb mértékben. A betegek ügyfélként való megtartásával összefüggésben jelentősen javult a svájci orvosi praxisok szolgáltatásainak minősége. Rugalmasabbá vált az orvosi praxisok rendelési rendje (beleértve az éjjel-nappali készenlétet), szélesebb körben áll rendelkezésre

a telefonon való rendelés és a telemedicina lehetősége. A szakorvosi vizsgálatokra való várakozási idő is csökkent.

A kórházak közötti verseny ezzel szemben korlátozottabb. A betegek rendszerint a helyi kórházhoz fordulnak és elfogadják az ottani feltételeket. 2012. óta Svájcban az általános alapellátás területén a kantonhatároktól függetlenül fennáll a szabad kórházválasztás lehetősége. Ez korábban kiegészítő biztosítási termék volt. Ezt a lehetőséget azonban kevesen veszik igénybe.

2012-ben Svájcban is bevezették az esetátalányok szerinti kórházi elszámolást. A szolgáltatói oldalon megfigyelhető, hogy a betegekért folytatott verseny kínálatbővüléshez és minőségnövekedéshez vezetett. A szakorvosok egyre inkább közösségi praxisokban tömörülnek, hogy szélesebb szolgáltatási kínálatot nyújthassanak. Fokozódik az orvosok specializálódása is.

A kezelési piacon elsősorban a transzparencia tekintetében áll fenn reformszükséglet. A betegek a kórházi ellátás területén nem rendelkeznek elégséges támponttal a döntéshozatalhoz.

#### **5. 4. Szolgáltatási piac**

A verseny ezen a területen szinte kizárólagosan a *Managed Care* modellekre korlátozódik. Ebben a speciális szegmensben azonban igen dinamikus jelentkezik és ösztönzi az egészséggazdasági innovációt. A *Managed Care* piac néhány év leforgása alatt számos változáson ment keresztül és számos új biztosítási termék bevezetését eredményezte. Ilyenek a telemedicina modellek, az átküldött képek alapján való diagnózis, az individuális egészségparaméterek elektronikus felügyelete.

A verseny jelenléte a svájci egészségügyben a biztosítók és orvosszövetségek közötti konkurenciát is kiváltotta. Miközben a verseny bevezetését megelőzően az orvosi szolgáltatásokat az orvosok és a biztosítók ernyőszervezetei közötti kollektív szerződések szabályozták, ezt követően egymással versenyben álló szervezetek alakultak ki. 2013-ban három nagy biztosító, a *CSS*, a *Helsana* és a *Sanitas* kilépett a piacvezető *Santésuisse*-ből és létrehozta a *Curafutura*-t. Így különböző szövetségek versengnek a szolgáltatókkal való kollektív szerződések megvásárlásáért. Az orvosok részéről különböző szolgáltatók, szövetségek, orvoshálózatok tárgyalnak a biztosítókkal. Összességében megállapítható, hogy a versennyel megtört az orvosok és biztosítók közötti kartell.

A verseny további következménye a kiegészítő biztosítások piacának differenciálódása, mind szolgáltatói, mind biztosítói oldalon. A kórházi ellátások területén negatív következményekkel is számolnunk kell az esetátalányok bevezetésével és a svájci kórházak privatizációs folyamatával összefüggésben. A privát kórházak számára feltehetően ösztönzés keletkezik a nagyon vonzó betegek megnyerésére, akik nagyon gyorsan meggyógyulnak és hazamennek. A lassabban gyógyuló multimorbid betegeket e scenárium szerint már csak állami kórházakban fogják kezelni. A svájci egészségügyi rendszerben mielőbb ellensúlyozni kell a kétosztályú medicina veszélyét.

A svájci egészségügyben további reformszükséglet áll fenn a minőségbiztosítás tekintetében. Elsősorban a *Managed Care* területén számos modell kiváló

minőséget biztosít, ezek azonban a csupán csekély mértékben ellenőrizhető minőségügyi indikátorok miatt nem képesek elégséges mértékben érvényesülni az alacsonyabb minőséget nyújtó versenytársakkal szemben.

### **5. 5. Biztosítási piac**

Mivel a svájci biztosítottak minden év végén válhatnak biztosítót, a biztosítási piacon erőteljes verseny megy végbe a betegpénztárak között. A múltban ennek következtében számos eredménytelen pénztárnak be kellett zárnia. A döntő jelentőségű versenyparaméter a havi biztosítási díj. A biztosítottak ebben a tekintetben észnél vannak és érdekeltek a megbiztosító iránti pénzügyi befizetések alacsony szinten tartásában. Biztosítási elemzők szerint egy biztosítónak a tíz legkedvezőbb biztosító közé kell tartoznia ahhoz, hogy tartósan ne veszítsen biztosítottakat. Következésképpen a biztosítók többsége fenntart egy kedvező bázistarifát, amely alacsony járulékokat és magasabb költséghozzájárulást tartalmaz. A betegpénztár kiválasztásához egyéb körülmények is hozzájárulnak: a betegpénztár szolgáltatásainak minősége, valamint az orvosi költségek gyors és komplikációmentes visszatérítése.

A betegpénztárak közötti verseny az általuk kínált *Managed Care* modellek tekintetében is végbemegy. Számos biztosított célzottan igényli a telemedicina szolgáltatásokat és az irányított ellátás egyéb formáit. Jelentőséggel rendelkeznek még az adott biztosító által az alapsomagon felül kínált kiegészítő csomagok. Mivel a biztosítók az általános alaptarifa keretében nem szerezhettek nyereséget, a verseny a kiegészítő biztosítások piacára összpontosul. Mivel a biztosítottak többsége az alaptarifa mellett ugyanazon biztosítónál köt kiegészítő biztosítást, a fennálló rendszer egy nehezen feloldható problémát hordoz. Jóllehet ez nem megengedett, egyes biztosítók megpróbálják ügyfeleik alaptarifánál szerzett adatait a kiegészítő biztosításoknál való kockázatszelekció céljára felhasználni. A kiegészítő biztosításoknál utólagos díjemelésre is lehetőség nyílik. Összességében megállapítható, hogy a verseny bevezetése a biztosítási piacon megerősítette a biztosítottak saját felelősségét és hozzájárult a termékkála differenciálódásához, pl. új tarifák, *Managed Care* modellek, kiegészítő szolgáltatások formájában. A verseny bevezetése a svájci biztosítási piacon eddig megoldatlan problémákat is szült. Egybehangzó szakértői vélemények szerint a kockázatkiegyenlítés hiányosságai egyes betegpénztáraknál kockázatszelekcióhoz vezetnek. E tendencia meghaladása csak a kockázatkiegyenlítés további differenciálásával válik lehetővé. Ezenkívül a biztosítási piacon egy koncentrációs folyamat megy végbe. Ha ez a folyamat a következő években is folytatódik, fennáll a biztosítási piac oligopolizálódásának veszélye, azaz csupán néhány nagy biztosítási vállalkozás marad talpon. A svájci egészségügy egyik további kihívása abban áll, hogy az egészséges biztosítottak kezdetben inkább kedvezőbb betegpénztárakkal szerződnek, amelyek alacsonyabb minőségű szolgáltatásokat nyújtanak, betegség esetén azonban átlépnek egy jobb minőséget nyújtó betegpénztárhoz. Ahhoz, hogy a szolidaritás elve ebben a tekintetben sem szenvedjen csorbát további reformokra lesz szükség.

***Timo Blenk et al: A verseny szerepe az egészségügyben:  
Németország, Hollandia és Svájc tapasztalatai (5. rész):  
Hollandia***

Friedrich-Ebert-Stiftung  
WISO Diskurs, 01/2016 (36 p.)

**Kulcsszavak:** egészséggazdaság, piac, verseny, Hollandia

**Forrás Internet-helye:** <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12172.pdf>

## ***6. A holland egészségügyi rendszer***

### ***6. 1. Az alaphelyzet***

Hollandiában 2006-ban átfogó egészségügyi reformra került sor. Ennek központi elemei: biztosítási kötelezettség minden lakos számára, az állami és privát biztosítási teherviselők addigi egymásmellettiségének feloldása, egységes szolgáltatási alapsomag bevezetése, jövedelemtől függetlenebb finanszírozás.

A reform elsősorban a biztosítási és a szolgáltatási piacot érintette, amennyiben az állami és a privát biztosítás dualitásának feloldásával, valamint a szolgáltatási alapsomag bevezetésével nagyobb választási szabadságot nyújtott a biztosítottak és szélesebb tárgyalási mozgásteret nyitott a biztosítók számára a szelektív szerződések alakítása tekintetében. A biztosítottak választási lehetőségei nemcsak a betegpénztár szabad megválasztásában, hanem nominális járulékok mértékének, költség hozzájárulásuk összegének meghatározásában, továbbá különböző, akár ugyanazon betegbiztosítási teherviselőnél kötött kiegészítő biztosításokban is konkretizálódtak.

Ugyanakkor a holland törvényhozók a kezelési piacon is elmozdulást reméltek a reformtól. Ám a költségnövekedés semmiképpen nem vezethet az egészségügyi szolgáltatások korlátozásához vagy racionalálásához. A tanulmány empirikus eredményei azonban azt mutatják, hogy a verseny és a piac felé történő nyitás, különösen a költségcsökkentés és a minőség tekintetében, még nem bontakozott ki teljes mértékben. Így a költségnövekedés és a járulékstabilitás mellett az egészségügy fenntartható finanszírozása továbbra is bizonytalannak látszik. A költségprobléma „a 2006-ban bevezetett reform ellenére és miatt” még mindig evidens.

### ***6. 2. Versenyfeltételek***

A verseny működésének alapvető feltételei: a szolgáltatók és biztosítók piacra lépésének és a piacról való kiválásának alacsony korlátai, egy általános, az összes érintett számára kötelező szolgáltatási katalógus, szabad pénztár választás az összes biztosított számára, szelektív szerződések lehetősége. Hollandiában általános biztosítási kötelezettség áll fenn, amelynek megszegését szankciókkal sújtják. A szerződéskötés kötelezettsége és a diszkrimináció tilalma mindenki számára ténylegesen biztosítja a szabad pénztár választást. Mindezek mellett az átfogó strukturális kockázatkiegyenlítés kizárja a biztosítók „jó” kockázatokért való

versenyét. Az állami támogatás és a költség hozzájárulási plafon biztosítja, hogy az alacsony jövedelemmel rendelkezők is betegbiztosítási védelemben részesüljenek.

Új szereplők szabad megjelenése a biztosítási piacon azonban csak korlátozottan lehetséges, mivel a piacot jelenleg négy nagy betegpénztár uralja. Újabb szereplő belépése csak egy nagyobb szolgáltató képében tűnik valószínűnek. Ebben a tekintetben tehát a verseny- és kartelljog alkalmazása még ne fejtette ki teljes hatását. A szabad pénztárválasztás lehetőségével azonban, bizonyos kezdeti fellendülés ellenére, még mindig kevesen élnek. A pénztárváltási kedv Németországban magasabb. Hollandiában elsősorban a fiatal és egészséges biztosítottak lépnek át más pénztárhoz, főleg pénzügyi megfontolásokból. Ebből azonban az a következtetés adódik, hogy a strukturális kockázatkiegyenlítés ellenére, kockázatszelekcióra is sor kerül.

### **6. 3. Kezelési piac**

A közelmúltban elsősorban a szolgáltatási és a biztosítási piacon folytatott verseny állt az egészséggazdasági érdeklődés középpontjában. A részpiacok interdependenciájától a kezelési piacon megjelenő pozitív effektusokat remélték. A szakértők szerint Hollandiában az orvoshiány miatt a szolgáltatóknak nem kell versenyezniük a betegekért. Az orvosok stabil pénzügyi helyzettel rendelkeznek, a praxisok kihasználtsága maximális. Ez tehát a szabad kórházválasztás ellenére korlátozza a transzparenciát, a betegpénztárak számára pedig a sokrétű szelektív szerződések ellenére a hatékonysági és minőségi tartalékoknak a kezelési piacon való mobilizálását.

### **6. 4. Szolgáltatási piac**

A reform egyik sarkalatos törekvése a biztosítók és szolgáltatók közötti szelektív szerződési opciók bevezetése volt. Ezek az addigi kollektív szerződéses viszonyok helyébe léptek. A szolgáltatók közötti versenytől jobb ellátást, minőséget, gazdaságosságot remélték. Ebben a tekintetben jelentős szerepet szántak a *Managed Care* modelleknek. A holland rendszerben a házi orvosok kapuőrként ugyancsak kiemelkedő funkciót töltenek be. Betegség esetén mindenkinek első alkalommal házi orvosához kell fordulnia, aki szakorvoshoz vagy kórházhoz irányítja. A németországihoz hasonló, saját rendelővel rendelkező, ambuláns szakorvosi hálózat itt nem létezik. Az ambuláns szakorvosi ellátást a kórházak biztosítják.

A biztosítottak alternatív szerződéses opciók közül választhatnak: Léteznek ún. *Contracted-Care* szerződések, amelyek a szolgáltatók rögzített listáját tartalmazzák, valamint *Non-Contracted-Care* szerződések, amelyek nem korlátozzák a biztosított szabad orvosválasztását. Léteznek egyéni és csoportos szerződések, amelyeknél a csoportos szerződések járulékelőnye az egyéni szerződésekkel szemben maximum tíz százalékra korlátozódik. A reform bevezetése óta az összes betegbiztosítási szerződésnél fennáll a járulékvisszatérítés (bónuszopció) lehetősége, ha a biztosított nem vett igénybe szolgáltatást. Ennek célja az orvosi szolgáltatások felesleges igénybevételének visszaszorítása.

A szelektív szerződéskötés megengedi a biztosítóknak, hogy csak azokkal a házi orvosokkal kössenek szerződést, akik a legjobban megfelelnek biztosítottaink szükségleteinek és preferenciáinak. A biztosítók pénzügyi ösztönzőkkel jobb minőséget és ellátást biztosíthatnak ügyfeleiknek, a szolgáltatóknak tehát ahhoz, hogy szerződéshez jussanak, jobb kezelési és szolgáltatási minőséget kell biztosítaniuk. Ugyanakkor az orvosoknak is módjában áll, hogy ne szerződjenek egy bizonyos biztosítóval.

A reform további sarkalatos eleme a szolgáltatási alapsomag. Ennek nem csupán az egészségügyi rendszerhez való diszkriminációtól mentes és jövedelemtől független hozzáférést kell biztosítania és kizárnia a racionálást, hanem a transzparenciát és az összehasonlíthatóságot is biztosítania kell. Jóllehet a biztosítottakért folytatott versenyben kevés pénzügyi ösztönző áll a betegpénztárak rendelkezésére, vannak fiatal és egészséges biztosítottak, akik akár csekélyebb megtakarítások kedvéért is a pénztárváltás mellett döntenek. Az alapsomag azért működőképes, mert minden betegpénztárnak ugyanazt kell nyújtania.

## **6. 5. Biztosítási piac**

A 2006-ban bevezetett reform legfontosabb döntése a szabad pénztárválasztás mellett az állami és privát biztosítók dualitásának feloldása és egy egységes biztosítási piac megteremtése volt. 2006. óta a betegpénztárak nem rendelkeznek regionális, államilag szabályozott monopóliummal, a piac megnyílt, ami azt jelenti, hogy jogi formájától függetlenül minden biztosító országos szinten részt vehet a versenyben. Ez mind a szolgáltatási alapsomagra, mind a kiegészítő biztosítások piacára kiterjed. Ez elsősorban a fiatal és egészségesebb biztosítottakat szólítja meg, akiknek a költségtudatossága és pénztárváltásra való készsége magasabb.

A biztosítási piacon növekedik az ún. csoportos szerződések szerepe. A munkaadók, szakszervezetek, sportegyesületek, betegszervezetek, betegbiztosítók ilyen szerződéseket kínálnak foglalkoztottaiknak, ill. tagjaiknak. 2006-ban még az összes biztosított 53%-a kötött ilyen rugalmas csoportos szerződést, 2010-ben már 64%. Egyértelmű, hogy a munkaadók egyre nagyobb befolyást gyakorolnak a biztosítási piacon végbemenő versenyre. A csoportos szerződések szűk 80%-át a munkaadók kezdeményezik. Ez a trend tehát relativizálja a szabályozott piac működésének egyik fontos feltételét, miszerint az egyének elsősorban individuális preferenciáik alapján döntenek valamely betegbiztosító mellett. Úgy tűnik, hogy a pénztárváltás fő motívuma az alacsonyabb járulék. Jól látható, hogy a biztosítottak pénztárválasztásuk során szívesen átengedik a döntést egy olyan közösségnek, amelyet ismernek és amelyben megbíznak. Mindenesetre ez a biztosított választási opcióját erősíti a kilépés opciójával szemben. A nagy csoportok nehézkesek és inkább a létező szerződések módosítására hajlanak, mintsem az egész közösségnek egy másik szolgáltatóhoz való átléptetésére. Mindenesetre az a lehetőség is fennáll, hogy egy ilyen csoportos biztosítás valamely tagja, pl. a vállalat alkalmazottja, bármikor egy másik biztosítást vagy csoportos szerződést válasszon.