



Az egészségügyi rendszerek alapvető modelljei

Dr. Kincses Gyula
egészségpolitológus

Az egészségügyi rendszerek tipizálásának nehézségei

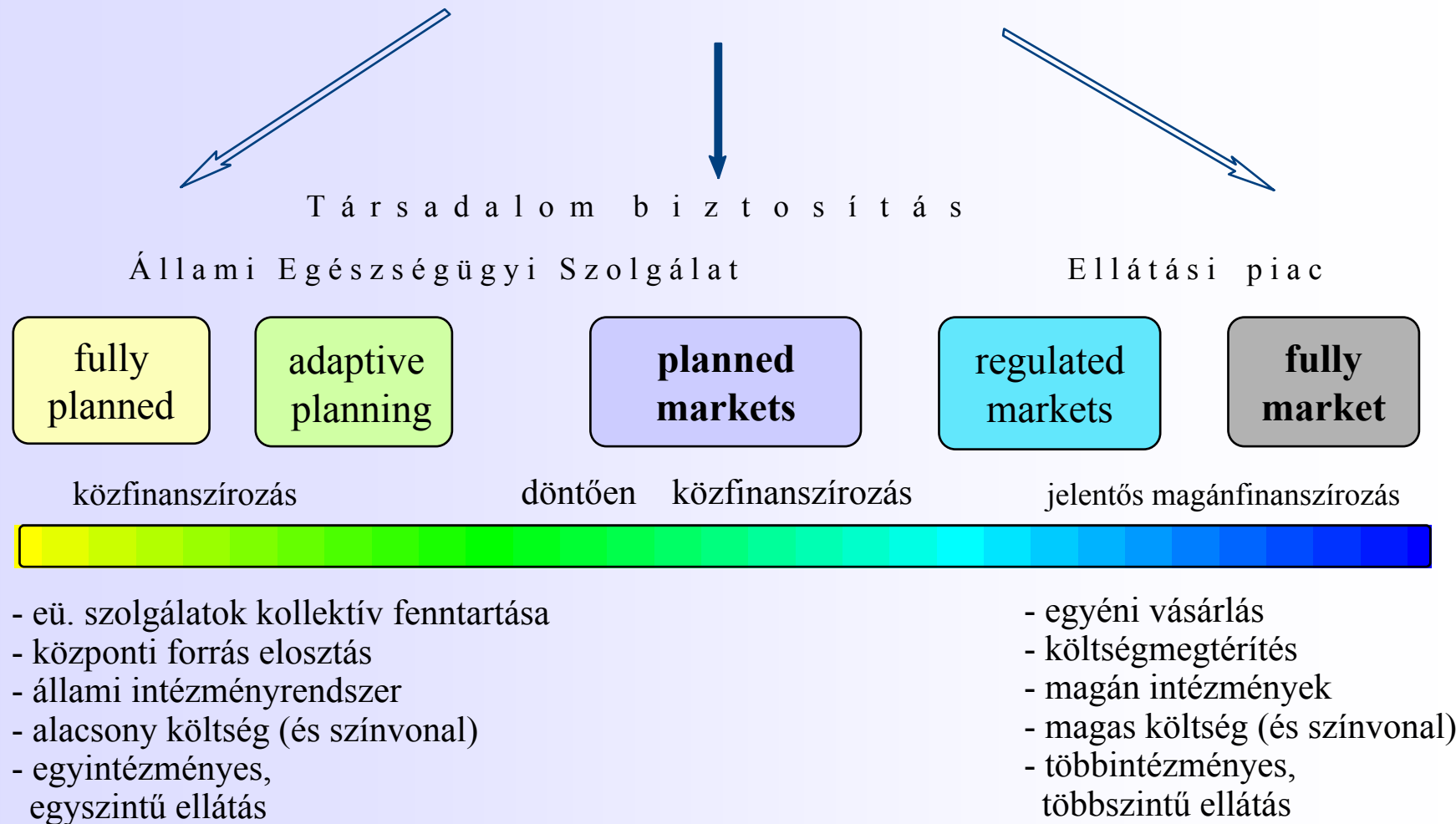
- Az egészségügyi rendszerek hihetetlenül sokszínűek, kvázi egyediek.
- Az egészségügyi rendszerek nem rendszer-elméletek szerint fejlődnek, hanem az ország történelmi változásai által befolyásoltan. Ezek a változások sok esetben rendszeridegen elemeket hoznak, melyek tartósan tovább élnek (ilyen a történelem...).
- A klasszikus felosztások kategóriái összemosódnak, kiürülnek, és nem meghatározó megkülönböztető jegyekké válnak (pl. adó versus járulék finanszírozás).
- A tipizálási lehetőségre a tipizáló szemszöge szerint számtalan lehetőség van, nincs egyetlen, általánosan elfogadott "főnézet".

Az egészségügyi rendszerek felosztási lehetőségei a megfigyelési szempontok szerint

- A fő paraméterek együttese szerinti alap-beosztás szempontjai:
 - forrásképzés (a teherviselők és a közfinanszírozás módja),
 - a szabályozási rendszer és szervezeti formái.

(A kettő összefügg, és együtt zömmel meghatározza az alapjellemzőt, de a hozzáférést is, és fontos csoportképzés a közfinanszírozott rendszer által kötelezően ellátottak köre).
- Az egészségügy finanszírozása szerint. Fő megközelítések:
 - ki fizet (a teherviselők):
 - a közfinanszírozás és a magánfinanszírozás aránya
 - az adó, illetve járulék forrású bevétel aránya
 - mit fizet (mit fed le a közfinanszírozás):
 - az ellátási csomag jellemző tartalma, szabályozása
 - egycsatornás vagy többcsatornás finanszírozás (az инвестиáció és amortizáció kérdése)
 - mi alapján fizet (az elosztási technikák szerinti csoportképzés)
- Az egészségügyi ellátórendszer szervezete szerint
(pl.: az alapellátás és a szakellátás értelmezése, viszonya)

Egészségügyi rendszerek



Jávor. A., R. Saltman, Casten von Otter 1992-es munkáját felhasználva

Az ismert és fejlett egészségügyi rendszerek fő csoportjai

- **Kényszer-szolidaritás** a lakosság egészének vagy nagy részének*:
 - adóból fenntartott egészségügyi rendszerek (NHS, Beveridge, Szemáskó, skandináv)
 - társadalombiztosítási rendszerek (bismarcki szolidaritás elvű társadalombiztosítás).
- **Minimum-biztonság az államtól + piac + önszerveződés** jellegű rendszerek (pl. USA 2010 előtti modell):
 - adóból egy alapbiztonság a szegények és idősek részére (MEDICARE MEDICAID),
 - biztosítási/szolgáltatási piac, munkahelyi vagy területi önszerveződések mellett (üzleti biztosítások, HMO-k, Managed Care szervezetek, fogyasztási szövetkezetek stb.).

*minimum az alkalmazottak számára

Az adó alapú rendszerek fő csoportjai

- **Centralizált**
 - **Brit (Beveridge) modell:** dekoncentrált állami szervezet által irányított/finanszírozott (az ÁNTSZ + OEP vadházassága...).
 - **Szemaskó modell** (állami feladat, de részben területi elv is)
- **Skandináv modell:** területi önkormányzatok által fenntartott és működtetett egészségügy (1989 előtt Magyarországon ez volt!).
- **„Déli modell”:** alapvetően állami rendszer, de egyes ágazatokban „ágazati biztosító” jelleggel külön párhuzamos tb jellegű ellátási rendszerek lehetnek. (Már a régi görögök is...)

Az egészségügyi rendszerek alaptípusai

	NHS	Bismarck	USA
<i>Kötelező Biztosítottság</i>	Minden állampolgár	Kivéve a nagyon gazdagok	Öregek és szegények
<i>Szolidaritás érvényesülése</i>	Teljeskörű	Majdnem teljeskörű	Szűk körű
Equity	Jól érvényesül	Jól érvényesül	Erősen sérül
<i>Forrás (a jellemző)</i>	Adó	Járulék	Vegyes
<i>Magánfinanszírozás szerepe</i>	Nem meghatározó	Nem meghatározó	Jelentős
<i>Összköltség</i>	Alacsonyabb	Alacsonyabb	Magas
<i>Szolgáltatók</i>	Vegyes	Vegyes	Zömmel magán

A szolidaritás elvű és az üzleti biztosítók különbségei

	Társadalom biztosítás	Kockázati (üzleti) biztosítás
Részvétel	adott körben kötelező	fakultatív
Kockázat- számolás	közösségi	egyéni
Befizetés	jövedelem- arányos	fix, vagy kockázat-arányos
Juttatás	szükséglet- arányos*	részben befizetés- arányos
Nyereség	szabályozott felhasználás	kivonható

* a pénzbeni ellátások részben befizetés-arányosak **8/23**

Magánbiztosító – magánbiztosítás – fogalmi különbségtétel

- Ma már mindenki tudja, hogy nem az a meghatározó, hogy az egészségügyi szolgáltatást költségvetési szerv vagy magánszolgáltató biztosítja, hanem, hogy azt *közszolgáltatásként* vagy *magánfinanszírozású szolgáltatásként* nyújtják.
- Ugyanez a helyzet a biztosításnál is: **a meghatározó az, hogy a biztosítás milyen típusú (TB vagy üzleti), nem pedig az, hogy azt nonprofit vagy profit-orientált szereplő szervezi.**

A „több biztosító” rendszer

- **Több biztosító:**
Amennyiben a kötelező társadalombiztosítás ellátásait több, önállóan gazdálkodó szervezet szervezi/finanszírozza a jogosultak számára (függetlenül attól, hogy ezek a biztosítók választhatók-e).
- **Nem több biztosító:**
 - Egy alapbiztosítás + erős önkéntes kiegészítők;
 - Ágazatonkénti szeparáció (ápolás, baleset stb.), ha a gyógyító megelőző ellátások egyintézményes rendszerben maradnak.
- **Vitatott:** IBR jellegű ellátás-szervezők (önálló kvázi-biztosítók vagy dekoncentrált management?).

A nemzeti kockázat-közösség fogalma

Olyan szolidaritás elvű kockázat-közösség, amely:

- **mindenkire kiterjed**, azaz teherviselésre képes állampolgár semmilyen okból nem maradhat ki a teherviselésből,
- **a kockázatok kezelése biztosítás-matematikailag a teljes lakosságra kiterjed**, azaz:
 - az egyes ellátás-szervező csoportok (biztosítók) nem a saját bevételeükből gazdálkodnak (fejkvóta vagy keresztfinanszírozás),
 - egyes kiemelt kockázatok az egész populációt terhelik, nemcsak a szolgáltatás-finanszírozót,
 - végső garancia az állam.
- **A nemzeti kockázat-közösség nemcsak egyintézményes modellben értelmezhető.**



Nemzetközi kitekintés

Európai tendenciák

- A fenti kérdésre nincs egyetlen „európai” vagy „korszerű” válasz, csak tendenciák vannak:
 - minden országban ***erősödik a nemzeti kockázat-ki egyenlítés,***
 - a makro szintű **költség-kontroll** minden országban **erősödő szempont**, ezért:
 - a szolgáltatások valamilyen korlátozása jellemző (csomag, co-payment stb.),
 - az országok zömében (még az állami egészségügyi rendszerekben is!) erősödnek a versenyelemek (vagy „csak” szolgáltatói verseny, vagy biztosítói is).

Európa egészségügyi rendszerei

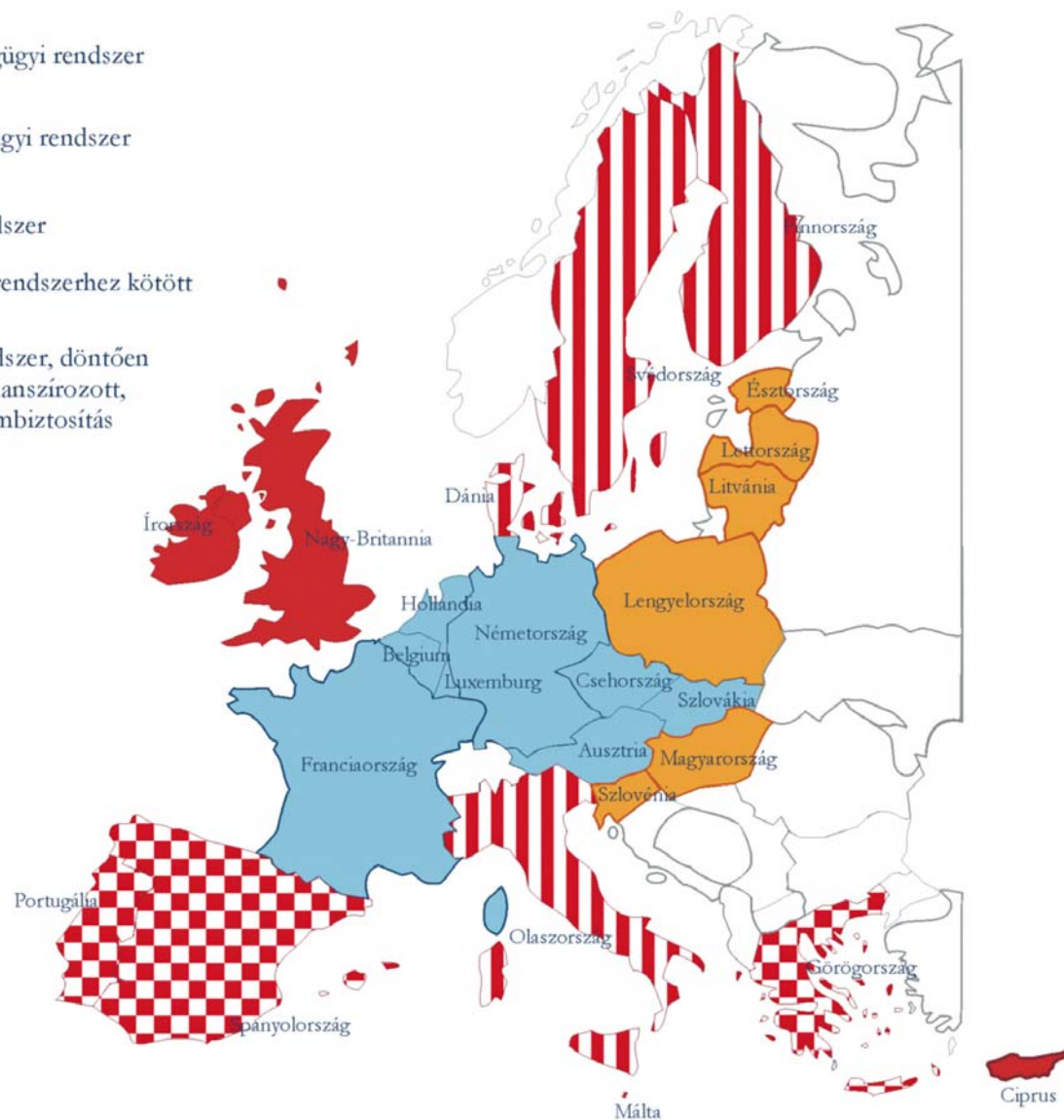
 Több biztosítós egészségügyi rendszer

 Egy biztosítós egészségügyi rendszer

 Állami egészségügyi rendszer

 Területi önkormányzati rendszerhez kötött adóalapú egészségügy

 Vegyes egészségügyi rendszer, döntően állami költségvetésből finanszírozott, kisebb részben társadalombiztosítás

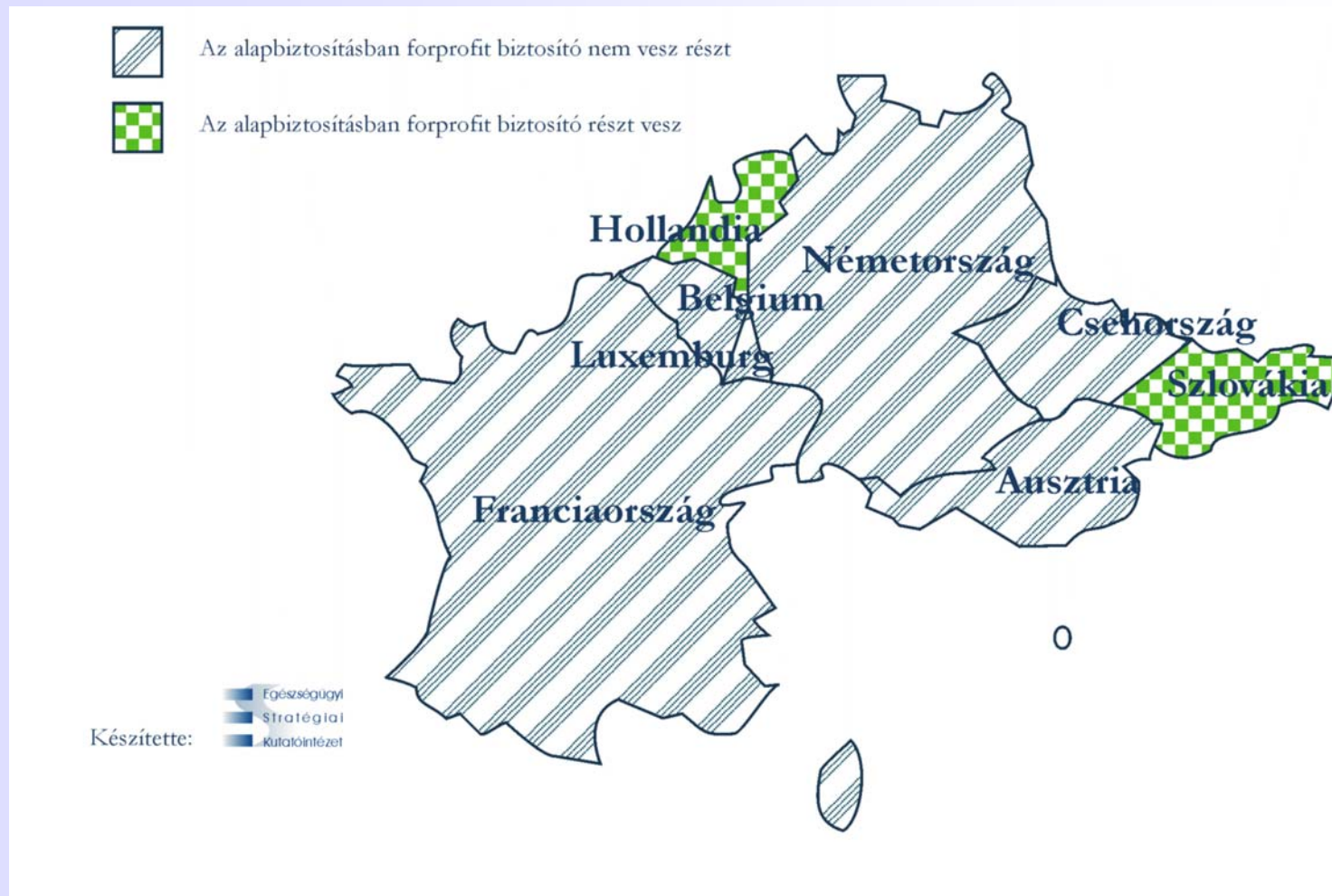


Készítette:
 Egészségügyi
 Stratégiai
 Kutatóintézet

A társadalombiztosítási rendszerek az EU tagállamokban



Forprofit szereplők a kötelező egészségbiztosításban



Melyek a legtöbbet hangoztatott célok a biztosítási rendszer fejlesztésében?

- **Szolidaritás:**
 - fenn kell maradnia a nemzeti kockázatközösségnek,
 - senki nem maradhat megfelelő ellátás nélkül,
 - nem alakulhatnak ki szegényeket, illetve gazdagok kockázatközössége, az ellátás minden biztosítottnak egyenlően jár.
- **Biztonság:**
 - politikától független stabil rendszer,
 - fokozatos átmenet, evolutív modell.
- **Verseny:**
 - finanszírozói verseny (vitatott),
 - minőségi verseny a szolgáltatók között (a szakmai és gazdasági racionalitás korlátai között).

Választási lehetőségek a térségben

- **Erős, egyintézményes alapbiztosítás, verseny a kiegészítő biztosításban:**
 - szűkebb kötelező alapbiztosítás, melyet erős, relatíve/névleg független állami szerv biztosít, emellett kiterjedt önkéntes biztosítások.
- **Több biztosító rendszer területi monopóliumokkal:**
 - a kötelező egészségbiztosítást több szervezet nyújtja, de ezek „ügyfélköre” valamilyen területhez kötődik, a lakosok nem választhatnak biztosítót.
- **A beteg választásán alapuló több biztosító rendszer:**
 - a kötelező társadalombiztosításban egyenlő feltételek és kötelességek mellett állami és magánbiztosítók versenyeznek, amelyek közül a biztosítottak szabadon választhatnak.

A több biztosítós modellek értékelése

- A modellek közötti választás alapvetően értékválasztás kérdése:
 - az egyik modell a központi ellátás-szervezésből fakadó hatékonyság-javulásra épül,
 - a másik modell a verseny eredményezte minőség és hatékonyság-javulásra.
- Minden modell kompromisszum, hiszen az értékek egy része (pl. ár és minőség, vagy verseny és szabályozottság) konkuráló érték.
- **Nem az az igazán fontos, hogy NHS vagy TB, hanem, hogy az egyes rendszerek mennyire koherensen vannak megvalósítva.**

Az európai tendenciák I.

- Európában az egészségügyi rendszerek történeti, kulturális okok miatt igen különbözőek.
- Közös pontként csak az európai értékrend, a társadalmi szintű szolidaritás említhető.
- A diverz rendszerekben csak a problémák hasonlóak. (relatív/abszolút forráshiány + munkaerő hiány)
- Rendszer szintű tendencia nem tapintható ki, nincs „tuti” modell, vagy megoldás.

Az európai tendenciák II.

Általánosan elterjedt irányok Európában

- A hatékonyság javítása
 - Allokációs: koncentráció az ellátásban, főleg a kórházi rendszerben, a lakosság-közei ellátások preferálása;
 - Technikai: a protokollszerű működés és az ellenőrzés erősödése, az EBM elvek alkalmazása a gyógyításban és a szakpolitikában.
- A költségérzékenység fokozása:
 - Szolgáltatók: normatív finanszírozás a fee for service helyett
 - Betegek: co-payment.
- A magántőke fokozottabb, de kontrollált bevonása, elsősorban a szolgáltatói oldalon.
- Az e-health eszközök terjedése, beágyazódása, lakossági oldalon is.

Házi feladat

- Akkor most a fentiek alapján Magyarországon milyen egészségügyi rendszer is van?
- Ha társadalombiztosítás, akkor a törvényben meghatározott neven kívül ez miben különbözik az NHS-től?
- Ha NHS, akkor milyen változásokat kell/célszerű végigvinni.

**Köszönöm a
figyelmet**

