

BARZÓ TÍMEA

## Reformok és reformtörekvések az egészségügyben

### *1. Az egészségügyi alapellátás működésének kísérleti formái: a praxisközösségek és a csoportpraxisok*

Az egészségügyi rendszerek átalakulásában a finanszírozhatóság megőrzése, a költséghatékonyság javítása a rendszerek alapkérdésévé vált. Az egészségügy általános forráshiánya miatt alapvető szempont lett, hogy minden beteget a szükséges és elégséges legalacsonyabb költségszintű ellátóhelyen lássanak el. Ennek megfelelően szerte a világban egy differenciálódási folyamat, illetve egy „tevékenység-eltolódási lánc” indult be: a rutin fekvőbeteg-ellátás egy része a járóbeteg-szakellátásba (szakambulanciák, egynapos sebészet stb.), illetve mátrix kórházakba tevődött át, a hagyományos járóbeteg-szakellátás egy része pedig az *alapellátásba*, a *csoportpraxisokba* került. A világ különböző egészségügyi rendszeriben elterjedt csoportpraxisok országonként – az adott nemzeti hagyományoknak és környezetnek megfelelően – eltérőek. Az azonban egyértelműen megállapítható, hogy a legtöbb rendszer *csoportpraxis* alatt valamilyen *járóbeteg-ellátást érintő orvosi együttműködési formát* ért, melyben általában eltérő képesítésű orvosok dolgoznak, gazdasági közösséget alkotnak és szolgáltatásaik a lakosság által közvetlenül igénybe vehetők (elsődleges ellátás-alapellátás jelleg).<sup>1</sup>

Hidas István szerint a *csoportpraxis* a *házi orvosok* önkéntes, megegyezésen alapuló, alapellátási feladatokra létesült, *szakellátással is kiegészíthető csapata*. Olyan szakmai közösség, amelyben a személyes felelősség megmarad, de a különböző színvonalú és szintű szakmai tudás összeadódik.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> KINCSES GYULA: *A költség-hatékony egészségügyi struktúrák kialakításának esélyeiről*. Egészség(?) Gazdaság(?) Praxis Server Kft. Budapest, 1999. 73. p., 75. p.

<sup>2</sup> HIDAS ISTVÁN: Reform az alapellátásban. In Glatz Ferenc (szerk.): *Magyarország az ezredfordulón*. Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián. Egészségügy Magyarországon. MTA Budapest 2001, 104. p.

Nemzetközi példák is mutatják, hogy a csoportpraxisok kialakítása és működtetése számos előnyt hordoz magában. Egyrészt a különböző szintű és *különböző* szakmai érdeklődést birtokló társult *tagok tudása összeadódik*, s ezzel az ellátás minősége javítható, alapellátási szinten magasabb színvonalú ellátás biztosítható. Másrészt könnyebben megoldható a *szabadság idején történő helyettesítés*, az alapszintű konzultáció, a folyamatos továbbképzés, a szakképzés, esetleg még a minőségbiztosítás is. A csoportpraxisok elősegíthetik az *alacsonyabb lélekszámú körzetek kialakítását*, valamint azt, hogy az ellátás színvonalának romlása nélkül lehessen bevezetni fiatal háziorvosokat az alapellátás gyakorlatának elsajátításába. A vertikális struktúra kialakításával – mely a háziorvosok mellett más szakorvosok részvételét is jelenti – a csoportpraxis a *rendszeres konzíliumra*, valamint magasabb színvonalú folyamatos szakellátásra, „második lépcsős alapellátásra” is lehetőséget teremt. A csoportpraxisok terjedésének szükségességét indokolja az az alapvető felismerés is, hogy az orvosi tudás kitágulása, az *orvostechnika fejlődése* olyan lehetőségeket nyújt az alapellátás számára is, amelyet a hagyományos „egyorvosos” praxisok már nem képesek befogadni, és nem képesek hatékonyan működtetni sem.<sup>3</sup> A csoportpraxis alkalmat adhat a nyugállományba vonulók „fokozatos” munkaidő-csökkentésére és visszavonulására is.

A magyar egészségügy megítélésben is régi axióma, hogy a tevékenységek indokolatlanul magas szinten zajlanak. Ennek ellensúlyozására vezette be az egészségügy társadalombiztosítási finanszírozásáról szóló 103/1995. (VIII. 25.) Korm. rendelet módosítása [238/1996. (XII. 26.) Korm. rendelet 4–5. §] – bár csak *kísérleti jelleggel* – 1997. január 25-i hatállyal hazánkban is a *praxisközösség* intézményét. Ennek értelmében a területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosi szolgálatok működtetői a háziorvosi feladatok ellátására – az egészségügyi vállalkozásokra vonatkozó szabályok betartásával és alkalmazásával – praxisközösséget hozhatnak létre

- a) az *azonos telephelyen* működő háziorvosi rendelők által ellátott, vagy
- b) a *területileg egymás mellett lévő* háziorvosi körzetek működtetésére.

Ugyanettől az időponttól kezdve jogi lehetőség nyílt arra is egy praxisközösségen belül, hogy az alapvetően háziorvosi tevékenységet végző közösség a bejelentkezett lakosok számára *járóbeteg-szakellátási* szolgáltatásokat is végezzen direkt finanszírozással, erre irányuló működési engedély birtokában. Ezek a praxisközösségek *csoportpraxisként* működhetnek, ami gyakorlatilag azt jelentette, hogy megfelelő szakvizsgával (fül-orr-gégészet, sebészet stb.) és egyéb feltételekkel rendelkező háziorvos megfelelő szakellátást is nyújthatott a hozzá bejelentkezett betegeknek.

Az 1999. április 1. napjával hatályba lépő 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Eüszfr.) már *általános érvénnyel* hirdette meg az egészségügyi alapellátásban tevékenykedő társas vállalkozások számára, önálló működtetési és fi-

---

<sup>3</sup> KINCSES: i. m. 75. p.

nanszírozási formaként mind a praxisközösséget, mind pedig a csoportpraxist (Eüszfr. 15–16. §). A jelenleg hatályos szabályok szerint több területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziiorvosi szolgálat feladatai ellátására egy közös egészségügyi társas vállalkozást hozhat létre, mely az azonos telephelyen működő, és/vagy a területileg egymás mellett lévő háziiorvosi szolgálatokat *praxisközösségekben* működtetheti [Eüszfr. 12. § (3) bekezdés]. A csoportpraxisokat pedig úgy próbálta a rendelet a vállalt szakfeladatok minél nagyobb arányú elvégzésére szorítani, hogy csökkentette a csoportpraxisnak fizetendő havi díj összegét a bejelentkezett biztosított ellátási díjának azzal az összegével, amelyet a szakellátás részére azért kellett kifizetnie, mert a biztosított a csoportpraxis által vállalt szakellátást más szolgáltatónál vette igénybe. A sajátos működtetési formák azonban *nem válták népszerűvé* az országban, így a csoportpraxis intézményére vonatkozó szabályokat 2003. február 1. napjával hatályon kívül helyezték.

A sikertelenség oka lehet, hogy az újonnan bevezetett, társasági törvényt érintő sajátos egészségügyi jogintézmények kormányrendeleti szinten, pusztán finanszírozási oldalról kerültek szabályozásra. A praxisközösség és a csoportpraxis, mint sajátos egészségügyi társas vállalkozási formák számos olyan *társasági jogi, polgári jogi* és egyéb jellegű bizonytalansági tényezőt hordoznak magukban, melyeket külön jogszabályban – lehetőleg törvényi szinten – kellene meghatározni és kidolgozni. Egy új jogintézmény bevezetésénél törekedni kell arra, hogy az érintettek felismerjék annak konkrét célját, az esetleges kockázati tényezőket, s az abban rejlő lehetőségeket. Ennek megfelelően részletszabályokban kell megjelölni a praxisközösségek, illetve a csoportpraxisok megalakításánál kötendő szerződések alapvető tartalmi elemeit, a működésükre vonatkozó sajátos szabályokat és persze a megszűnésük, megszüntetésük esetén érvényesülő kógens és diszpozitív rendelkezéseket. A praxisközösségek megszűnése esetén komoly gondok adódnak Németországban is a vagyonszövetség megosztásával és az adott praxis további működtetésével kapcsolatosan. Éppen emiatt a kérdéssel foglalkozó szakirodalmak tanácsolják, hogy a „házassági vagyonszövetség” mintájára a közösségbe tartozó felek előre rendezzék a közösségi praxis megszűnése vagy az abból történő kiválás esetére vagyonszövetségi viszonyaikat.<sup>4</sup>

## 2. Irányított betegellátási modellkísérlet – fejkvóta típusú finanszírozási rendszer

A csoportpraxisok újonnan egységesülő tendenciája, hogy az egészségügyi rendszerek különböző *érdekeltségi szisztémákat* dolgoznak ki a csoportpraxisok definitív ellátóképességének javítására. Ennek legelterjedtebb alapelve, hogy a csoportpraxisok az általuk vállalt szolgáltatásokra valamilyen elvi vagy tényleges keretet kapnak, és a megtakarításból valamilyen elv szerint részesülnek.

<sup>4</sup> K. SCHMIDT: Wenn die Ehefrau eifersüchtig wird ... Bei Gemeinschaftspraxen kann es viele Probleme geben. *MMW-Fortschr. Med.* Nr. 49/2002. 54–55. p.

Ennek megfelelően az *irányított betegellátás lényege*, hogy egy adott populáció ellátási költségét egy menedzsment kapja meg. A menedzsment dönti el, hogy hogyan lehet ebből a keretből a leggazdaságosabban biztosítani a szükséges egészségügyi szolgáltatásokat. Szerződések útján, felhasználási és minőségbiztosítási kontrollal, ösztönzőkkel és pénzügyi kockázatvállalással integrálja a rendszer az egészségügyi ellátás finanszírozási és szolgáltatási részét. A szervező felelőssége, hogy minőségi és hatékony szolgáltatást nyújtson, valamint az ellátáshoz koordinált módon lehessen hozzájutni. A házi orvos „kapuőr” szerepének hangsúlyozásával érdekeltségi alapon működő, ösztönző finanszírozási rendszer kezd el működni.<sup>5</sup>

A magyar irányított betegellátási rendszer alapjai az egyesült államokbeli *managed care*, illetve a *brit GP Fundholding* rendszerre épülnek.

Az ún. „*managed care*” modell az 1960-as évek közepétől az Egyesült Államokban honosodott meg, de később egyes változatai más országokban is (pl. Nagy-Britannia, Svédország, Finnország) követőkre találtak. Az ismert modellek között különbség tehető a finanszírozás módja, a co-payment nagysága, a beteg választási szabadságának korlátozása és az egészségügyi szolgáltatókkal létesített kapcsolat jellege alapján.

A managed care szervezetek biztosítottjaiktól előre rögzített (fixált), egységes szolgáltatási csomagért egységes díjakat szednek, egyéb téren magánbiztosítóként funkcionálnak, így szolgáltatásokat nyújtanak, illetve vásárolnak. A betegek az egészségügyi szolgáltatóknak csak egy meghatározott, az adott szervezettel szerződött csoportját kereshetik fel, azoknál vehetik igénybe az ellátást. Minél költségszebb beavatkozásra kerül sor az ellátás során, annál szorosabb kontroll vigyázza a költségeket, ellenőrzi az indokoltságot.

A *GP Fundholding* rendszerben egy házi orvos csoport a központi pénzalapból fejkvóta alapján leutalt összegből gazdálkodik, azaz szolgáltatásokat nyújt és vásárol. A házi orvos csoport a hozzá bejelentkezett betegek számára mindazon szolgáltatásokat megvásárolja, amelyeket saját maga vagy az orvos-csapat nem tud nyújtani, így pl. a kórházi ellátást, gyógyszert, stb.

Az amerikai típusú „*managed care*” rendszer és az angol „*fundholding*” rendszert megvizsgálva és alapul véve indult 1999. július 1-jén egy *fejkvóta típusú finanszírozáson* alapuló *irányított betegellátási modellkísérlet* kilenc szervező (menedzsment) és 160 ezer fő lakos részvételével.<sup>6</sup> *2003-ban országosan*, valamint a finanszírozott vasút-egészségügyi alapellátásra is kiterjedően összesen *1 millió lakosra* vált lehetővé pályázat alapján a szerződéskötés az egészségügyi szolgáltatókkal.

<sup>5</sup> CSEDŐ Z., NAGY B., DOBÁK M., DÓZSA CS., GULÁCSI L.: Új modellek a modellben (Felső vezetői kihívások az irányított betegellátási modell tükrében). *Orvosi Hetilap*, 2003. 144. évf. 23. szám 1136. p.

<sup>6</sup> [www.oep.hu/portal](http://www.oep.hu/portal)

A *definitív betegellátás* érdekében a *szervező* erősíti a járóbeteg-ellátást úgy, hogy ezzel párhuzamosan csökkenjen az indokolatlan kórházi ápolások száma. A „betegutak” figyelésével optimalizálni próbálja a betegellátás folyamatát, és az ellátás minden szintjén minőségbiztosítási rendszert vezet be. A szervezők vállalják – a nagy költségigényű és a személyre nem lebontható ellátások kivételével – az *érintett lakosság teljes körű egészségügyi ellátását*, illetve az általuk nem nyújtott szolgáltatások tekintetében pedig az ellátások *megszervezését*.<sup>7</sup>

Az 1999 és 2005 között működött irányított betegellátási modellkísérlet tapasztalatait felhasználva hozta létre az *irányított betegellátási rendszert (IBR)* a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.) módosításával a 2006. január hó 1. napján hatályba lépett *2005. évi CLXXXII. törvény*.<sup>8</sup>

Az *irányított betegellátás* az ellátásszervezésre vállalkozó egészségügyi szolgáltatókat, a velük szerződéses kapcsolatban álló háziiorvosi, házi gyermekorvosi egészségügyi szolgáltatókat, illetve a hozzájuk bejelentkezett – és adataik ellátásszervező általi kezelését meg nem tiltó – biztosítottakat és a részükre egészségügyi ellátásokat nyújtó egészségügyi szolgáltatókat magában foglaló, a kötelező egészségbiztosítási rendszer kereti között működő alternatív rendszer.

Az irányított betegellátási rendszerbe csak meghatározott, társadalombiztosítás által finanszírozott egészségügyi szolgáltatás tartozik. A rendszerbe *nem vonhatók be* azonban egyes nagy értékű, még országosan nem elterjedt eljárások, beavatkozások, illetve bizonyos eszközök és implantátumok, vagy személyre nem bontható feladatfinanszírozott ellátások.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) az egészségügyi szolgáltatások irányított betegellátás keretében történő nyújtásának megszervezésére külön pályázaton kiválasztott – előírt feltételeknek megfelelő – az irányított betegellátás megszervezésére vállalkozó egészségügyi szolgáltatóval (a továbbiakban: *ellátásszervező*) köt szerződést [Ebtv. 38/C. § (2) bekezdés]. Az ellátásszervező kiválasztása szigorú szabályok alapján történik.<sup>9</sup>

Az ellátásszervező legfontosabb feladata az *érintett biztosítottak*<sup>10</sup> egészségügyi ellátásának szervezése és koordinálása, ideértve a betegutak követése is. Az érin-

<sup>7</sup> NAGY B., DÓZSA CSABA: Az irányított betegellátási modellkísérlet tapasztalatai. *Egészségügyi Menedzsment*, 2002, 4. évf. 4. szám 56–57. p.

<sup>8</sup> Annak ellenére született meg a törvény és végrehajtási rendelete, hogy a Nemzeti Egészségügyi Kerekasztal 2005. október hó 27-ei határozatában nyomatékosan kérte, hogy az Irányított Betegellátási Rendszert a Kormány eredeti javaslatának szellemében szüntessék meg, mert az nem felel meg sem az Alkotmánynak, sem az egészségügyi, sem pedig az egészségbiztosítási törvénynek, ráadásul eredménytelennek bizonyult. *Orvosok Lapja*, 2. évf. 9. szám 2005, 11. p.

<sup>9</sup> Az *irányított betegellátásról szóló 331/2005. (XII. 29.) Korm. rendelet* határozza meg a legmegfelelőbb ellátásszervező egészségügyi szolgáltató kiválasztása érdekében kötelező pályázati eljárás részletes rendelkezéseit.

<sup>10</sup> Az IBR-ben *érintett biztosítottak* az ellátásszervezővel szolgáltatási szerződést kötött háziiorvosi egészségügyi szolgáltatóhoz bejelentkezett biztosítottak közül azok minősülnek, akik a háziiorvosuktól kapott értesítés után egy hónapon belül az egészségügyi és személyes adataik ellátásszervező általi kezelését nem tiltották meg [Ebtv. 38/C. § (8) bekezdés].

tett biztosítottak ellátását, illetőleg annak egy részét vállalhatja maga az ellátásszervező is, mint egészségügyi szolgáltató, és az egészségügyi szolgáltató ellátásszervezői minősége azt sem zárja ki, hogy az érintett biztosítottakon kívül más betegeknek is nyújtson egészségügyi szolgáltatást.<sup>11</sup>

Az OEP a pályázat nyertesével – az ellátásszervezővel – köt a rendszerbe bevont egészségügyi szolgáltatások IBR keretében történő nyújtásának megszervezésére *ellátásszervezési szerződést*. 2006-ban a költségvetési törvény értelmében 2,3 milliárd biztosított volt bevonható a rendszerbe.

Az IBR-ben való részvétel érdekében a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező, háziiorvosi ellátást nyújtó szolgáltató *szolgáltatási szerződést* köthet az ellátásszervezővel. Minden háziorvos csak egy ellátásszervezővel köthet ilyen szerződést.

A szolgáltatási szerződések megkötése során az ellátásszervezőnek a működés földrajzi határain belül – Budapest kivételével – *zárt terület kialakítására* kell törekednie a külön jogszabályban meghatározott *kistérségi határok* figyelembevételével.

Az ellátásszervezővel szolgáltatási szerződést kötött háziorvosokat az érintett biztosítottakra vonatkozóan *tételes betegforgalmi adatszolgáltatási kötelezettség* terheli az OEP felé minden tárgyhónapot követő hónap 10. napjáig. Ennek elmulasztása esetén az OEP nem fizeti ki az érintett ellátásszervező részére a megtakarítási keret jogszabályban meghatározott részét, a megtakarítás 25%-át.<sup>12</sup>

Az ellátásszervező a vele szolgáltatási szerződésben nem álló finanszírozott egészségügyi szolgáltatóval *együttműködési megállapodást* köthet az érintett biztosítottak egészségügyi ellátásban való közreműködésére.

### 2.1. Az IBR finanszírozási mechanizmusa, annak ellenőrzése

Az érintett biztosítottak és a bejelentkezett biztosítottak (továbbiakban: biztosítottak) által igénybe vett, az IBR-be bevont egészségügyi szolgáltatások finanszírozásának fedezeteként az OEP havonta, az ellátásszervező elvi számlájának bevételi oldalát képező normatív pénzüsszeget határoz meg (*fejkvóta*). Ezen túlmenően az OEP az adott ellátásszervezőhöz tartozó biztosítottak után járó fejkvóta alapján számított összeget, mint *bevételt* és a biztosítottak által igénybe vett egészségügyi szolgáltatások finanszírozási díjának, valamint az általuk megvásárolt gyógyszerek

<sup>11</sup> GYENES M.: Az irányított betegellátási rendszer. In Gyenes Mónika (szerk): *Egészségügyi vállalkozások kézikönyve*. Budapest, Verlag Dashöfer Szakkönyvkiadó Kft. & T.Bt. 2006, 7. rész 6.3.2. fejezet 1. p.

<sup>12</sup> Az elmúlt időszakban több esetben bizonyítást nyert, hogy az OEP által „be nem küldöttként” feltüntetett jelentést a háziorvosok beküldték a Megyei Egészségbiztosítási Pénztárakhoz, a jelentések azonban az OEP ügyviteli rendszerében eltűntek. Mindezért azonban a szervező tartozik anyagi felelősséggel, és ha a tárgyévben csak 1 orvosa 1 jelentést nem küldött be, már elvonható a szervező megtakarításának 25%-a. NAGY G. Z., TÓTH Á.: Az Irányított Betegellátási Rendszer (IBR) jogi szabályozásáról. *IME*, V. évfolyam 2. szám 2006. március, 8. p.

és gyógyászati segédeszközök ártámogatásának összegét, mint *kiadást* tartalmazó nyilvántartást (*elvi számla*) is vezet.

Az OEP a *fejkvóta*, valamint az ellátásszervezőhöz tartozó biztosítottak korosztályok és nemek szerinti létszámadatai alapján kiszámítja az ellátásszervező *elvi számláján* havonta *bevételeként* nyilvántartott összeget. *Kiadásként* pedig a biztosítottak által igénybe vett valamennyi, az IBR-be bevont egészségügyi ellátással kapcsolatban az Egészségbiztosítási Alapból teljesített kifizetés jelentkezik függetlenül attól, hogy az ellátást ki és mikor kezdeményezte az ellátásszervezési szerződés időtartama alatt. Amennyiben egy érintett biztosított igénybe vett valamilyen egészségügyi szolgáltatást, akkor az azt nyújtó, finanszírozási szerződéssel rendelkező egészségügyi szolgáltató ugyanúgy közvetlenül az Egészségbiztosítási Alapból kapja meg az adott ellátásért járó finanszírozási összeget, mintha az adott ellátást egy IBR-en kívüli biztosítottnak nyújtotta volna. Az OEP azonban az Egészségbiztosítási Alapból kifizetett összeggel megterheli annak az ellátásszervezőnek az elvi számláját, akihez az ellátást igénybe vevő érintett, illetőleg bejelentkezett biztosított tartozik. Az IBR-ben részt vevő egészségügyi szolgáltatók által teljesített ellátások finanszírozása a szerződés időtartama alatt is az érvényes finanszírozási szerződések alapján történik.

A költségvetési évet követően az OEP kiszámítja az ellátásszervező elvi számláján mutatkozó bevételi vagy kiadási többlet éves összegét. Az IBR-ben részt vevő ellátásszervezők elvi számláin keletkezett bevételi többletnek a mindenkori költségvetési törvény szerint meghatározott részéből az OEP *megtakarítási keretet* hoz létre, melynek terhére az OEP kiegyenlíti az ellátásszervezők kiadási többletet mutató elvi számláinak hiányát, sajnos anélkül, hogy alaposan megvizsgálják a veszteségek okát. Ezt követően a megtakarítási keret fennmaradó részét – a meghatározott mutatók szerint és arányban – az OEP felosztja a bevételi többletet mutató elvi számlával rendelkező ellátásszervezők között.

A *bevételi többlet* (megtakarítás) a rendszer működésének egyik sarkalatos pontja. Megléte bizonyítja, hogy értelmes, átgondolt technikákkal jelen feltételek mellett is lehet a költséghatékonyságot növelni, ha a megmaradó forrás érdemi részét azon szereplők használhatják fel, akik a költséghatékonyság növelésében közreműködtek. Az érdekeltégi rendszernek tehát ki kell terjednie a háziorvosokon kívül azokra az egészségügyi szolgáltatókra is, akikkel az ellátásszervező szerződést kötött a lakosság ellátására. Bár a bevételi többlet kifizetése ugyan számszakilag növeli az Egészségbiztosítási Alap hiányát, hiszen az év végén az amúgy is hiánnyal küszködő Egészségbiztosítási Alapból kell az OEP e kötelezettségének eleget tenni, mégis maga a megtakarítás ténye is azt jelzi, hogy a szervezők tevékenysége nélkül az Egészségbiztosítási Alap hiánya a kifizetett megtakarítás mértékénél nagyobb lenne. Mindez persze akkor igaz, ha a fejkvóta helyesen került kiszámításra.<sup>13</sup> Ezen túlmenően ösztönöznie kell az egységes szakmai protokollok, a betegút követését biztosító monitoringrendszer alkalmazását, valamint a

<sup>13</sup> NAGY – TÓTH: i. m. 6. p.

képzési–továbbképzési rendszerben való részvételt. Ennek megfelelően a megtakarítási keretből kapott összeg szétoosztása, majd felhasználása során *elsőbbiséget kell, hogy élvezzen* a betegellátás körülményeinek, színvonalának javítását szolgáló eszközök, szolgáltatások beszerzése (pl. rendelők felszereltségének és állapotának javítása).

Összegezve az eddigieket az IBR-ben érvényesülő *fejkvóta* szerinti finanszírozás eltér tehát a teljesítmény alapú finanszírozástól. Ez utóbbiban a szolgáltatók abban lennének érdekelték, hogy minél több beteget lássanak el, s a nagyobb teljesítménnyel nagyobb finanszírozási bevételhez jussanak. A fejkvóta típusú finanszírozás lényege pedig az, hogy a szervező minden érintett lakos után megkapja a fejkvóta összegét, a *szervezőkhöz* tartozó gyógyításra szánt összeg felhasználását pedig a helyi szakemberekre bízta.

Az IBR, mint reformelképzelés azonban komoly veszélyt is rejt magában. Ebben a rendszerben a háziorvosnak – aki a legtöbbször egyben szervező is –, kell kifizetnie a szakrendelőnek vagy a kórháznak az általa továbbküldött beteg ellátási költségét. Így abban lesz érdekelt, hogy akit csak lehet, *helyben gyógyítson meg*, a rábízott pénzzel gazdaságosan bánjon, hiszen a megtakarításból maga is részesül. Az irányított betegellátás azonban csak akkor *biztonságos*, ha a háziorvosok szakmailag kiválóan felkészültek, munkájuk minőségét folyamatosan ellenőrzik, hogy megelőzhető legyen annak veszélye, hogy az adott orvos gazdasági okok miatt ne küldjön tovább drágább szakellátási forma felé súlyos állapotban lévő beteget.

A témában elmélyült szakemberek szerint *számos eredmény* is köszönhető az IBR eddigi működésének. Ilyenek pl. a betegút követési rendszer, az ezt segítő informatikai rendszer kialakítása, az ellátások minőségét és mennyiségét követő komplex monitoring rendszer kifejlesztése stb.<sup>14</sup> Az IBR tehát komoly, az egészségügyi ellátás és szervezése legtöbb területén a napi gyakorlatban hasznosítható eredményt ért el.<sup>15</sup>

Azt is el kell azonban mondani, hogy 2005-ben az Állami Számvevőszék vizsgálata rámutatott arra, hogy az átfogó, egységes metodikájú értékelések a témát illetően teljesen hiányoznak, továbbá hogy az IBR addigi részleges értékeléseiből származó, egyértelmű és kézzelfogható eredmények felhasználása is rendre elmaradt, azok a finanszírozási rendszerbe nem épültek be.

A Corvinus Egyetem kutatócsoportjának átfogó elemzése szerint is az IBR összességében nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket, és egészségügyi rendszeralternatívaként („márkanévként”) sajnos diszkreditálódott. Felgyülemlett azonban benne számos tapasztalat és tudáselem, amely segíthet a magyar egészségügy új alapokra helyezésében, és amelynek egy új egészségügyi rendszerben is helye van.

---

<sup>14</sup> Az IBR megtakarítások jelentős része – ha nem döntő többsége ugyanis – a gyógyszerkasszán keletkezik.

<sup>15</sup> NAGY – TÓTH: i. m. 8. p.



### 3. Az egészségügyi rendszer átalakítása

#### 3.1. A sürgető egészségügyi reformok indikátorai

A magyar egészségügy jövőképét igen nagymértékben befolyásolja, hogy az elkövetkező években a magyar nemzetgazdaság költségvetési pénzügyi helyzete, egyensúlya és forrásfeltöltöttsége hogyan alakul. Az egészségügyi ágazatot a központi költségvetési és társadalombiztosítási alrendszerek közvetlenül finanszírozzák. A magyar gazdaság fejlett, illetve sikeresen feltörekvő piacgazdasági jellege az EU-tagfelvétellel bizonyítást nyert, amelyet egy hosszabb távú integrációs folyamat előzött meg. Az EU-csatlakozással azonban a magyar gazdaság integrációs folyamata nem fejeződött be. Kedvező ugyan a magyar inflációs trend, 2006 közepéig impozáns a magyar gazdasági növekedés is, de *a költségvetési és fizetési mérleg hiánya jelentős méreteket ölt.*<sup>16</sup>

A stabil, kiszámítható államháztartási környezet és a korszerű szakképzési rendszer mellett egy-egy ország versenyképességét igen nagymértékben befolyásolja a *munkaerő egészségügyi állapota és a társadalombiztosítási rendszer hatékony működése.*

Magyarországon az elmúlt másfél évtizedben létrejött új középosztály viszonylag magas iskolázottsági szinttel és jó jövedelmi pozíciókkal rendelkezik. Ezzel párhuzamosan kialakult egy úgynevezett – az előbbinél nagyságrendekkel magasabb létszámú – „roncstársadalom” is, amely társadalmi réteg alacsony iskolázottsággal, rossz lakás- és egészségügyi körülmények között él. Ez utóbbi réteg óriási terheket ró a magyar társadalombiztosítási és szociális segélyezési rendszerre. A költségvetés forráshiányos állapotából következik, hogy az ellátásukra egyre kevesebb pénz jut, ugyanakkor a munkamegosztás társadalmi rendszerébe történő bekapcsolásukkal a körükből lehetne munkaerőt bevonnani a nemzetközi nagyvállalatokhoz, hazai vállalkozásokat indítani, mellyel csökkenthető lenne a társadalombiztosítási ellátórendszer terhelése is.

A rendszerváltás kezdetétől az egészségbiztosítási alap bevételeit a kiadások rendre meghaladták. 2002-től, a fiskális költségvetési pályáról történő kisiklás idejétől figyelhető meg, hogy az *egészségbiztosítási alap hiánya is jelentősen megemelkedik.* Ez is igazolja, hogy az egészségügy lehetőségei az ország költségvetési helyzetéből adódnak, az egészségügy jövőképes az ország költségvetési helyzetével szorosan összefügg. Magyarországon az egészségügyi kiadások a GDP 7,8%-át teszik ki, ami az EU-25 átlagánál (8,62%) alacsonyabb. Le kell azonban szögezni, hogy az egészségügyi ellátórendszer átszervezése nélkül az egészséges munkaerő a kívánt mértékben, összetételben nem lesz biztosítható.

<sup>16</sup> LENTNER CSABA: Az egészségügyi ellátórendszer mint új típusú versenyképességi tényező a konvergenciaprogram tükrében. *Orvosi Hetilap*, 2007. 2. szám, 72. p.

### 3.2. „Terápia 2007” egészségügyi reform

A kialakított egészségügyi modell elsősorban a holland, illetve a szlovák egészségügyi reform elemeit ötvözi.

#### 3.2.1. Gyógyszer-gazdaságosság

A „Terápia 2007” elnevezéssel indult egészségügyi reform egyszerre több területen kezdett komoly változtatásokba.<sup>17</sup>

A biztonságos és gazdaságos gyógyszer és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény (Gyógyszer-gazdaságossági törvény) az eseti alkuk és a kiszámíthatatlan, a biztosító és a biztosítottak számára robbanásszerű, kezelhetetlen költségemelkedés helyett a gyógyszerpiac valamennyi szereplője és a fogyasztók számára hosszútávra kiszámítható, biztonságos magatartást és pénzügyi stabilitást célozza.

A gyógyszertámogatás összege az elmúlt években egyre nagyobb mértékben lépte túl a költségvetésben meghatározott keretet. A „felülről nyitott” gyógyszerkassza nem tudta megakadályozni a hiány növekedését, a keret túllépése esetén a hiányt az adófizetők fizették meg. Ezen változtat a törvény azzal, hogy igazságosabban osztja el a terheket a fő szereplők (gyártók, szolgáltatók, biztosítók és biztosítottak) között azzal, hogy egy minimális díjat minden gyógyszerért fizetni kell. Ez a lépés csökkenti az indokolatlan gyógyszertúlfogyasztást, elérhetővé válik, hogy csak bizonyítottan hatásos és költséghatékony gyógyszerek maradjanak a támogatási rendszerben, a nyilvános befogadási eljárásokkal, a versennyel pedig leszoríthatók az árak.

A jövőben a *gyógyszergyártóknak is nagyobb felelősséget* kell vállalniuk a gyógyszerkiadások féken tartásából. Ezt kétféleképpen kívánják elérni:

- egyrészt a gyártók a forgalmuk után kötelező árkedvezményt fizetnek a társadalombiztosítónak, ami alól csak akkor mentesülhetnek, ha vállalják, hogy egyes termékeik árát csökkentik, vagy legalább három évig előre vállalt áron forgalmazzák,
- másrészt a költségvetésben megállapított gyógyszerkeret túllépésekor részt vállalnak a megnövekedett költségekből.

A közös kockázatviselésben – közvetett módon – a *gyógyszert felíró orvosok* is részt vesznek. Amennyiben a gyógyszerert rendelő orvos az országos átlagtól eltérő módon rendszeresen indokolatlanul nem költséghatékony gyógyszert rendel a betegnek, akkor az adott házi orvos bevétele, vagy szakorvos esetén az orvost foglalkoztató intézmény finanszírozása arányosan csökkenni fog. Ezzel kívánja a törvény megakadályozni, hogy az orvos hosszabb időszakon keresztül, indokolatlan mó-

---

<sup>17</sup> [www.terapia2007.hu](http://www.terapia2007.hu)

don, rendszeresen a drágább gyógyszert írja fel akkor is, ha ugyanolyan hatóanyaggal olcsóbb gyógyszer is rendelkezésre áll.

### 3.2.2. Egészségbiztosítási Felügyelet, illetve az egészségügyi szakmai kamarák átalakítása

Fontos intézmény megalapításával folytatódott a „Terápia 2007” program. Az egészségbiztosítás hatósági felügyeletéről szóló *2006. évi CXVI. törvény* létrehozta az egészségügyi miniszter irányítása alatt álló *Egészségbiztosítási Felügyeletet* (a továbbiakban: Felügyelet), hogy felügyelje az egészségügyi rendszer szabályozó-rendszerét és biztosítsa a társadalombiztosítás hatékony működésének intézményi és gazdasági alapjait.

Az újonnan felálló intézmény erős fogyasztóvédelmi és betegtájékoztatósi funkciót kíván betölteni: garantálni azt, hogy pénzükért a lehető legjobb szolgáltatást kapják a betegek.

A Felügyelet legfontosabb feladatai az egészségbiztosítási szolgáltatást igénybe vevők jogainak védelme, az egészségbiztosítási szolgáltatásokra irányuló finanszírozási szerződések jóváhagyása, az egészségügyi szolgáltatók évenkénti minősítése, az eredmény közzététele, az egyes egészségügyi szolgáltatók által nyújtott ellátások minőségi ellenőrzése és értékelése. A Felügyelet a jövőben folyamatosan vizsgálja, hogy a piacon működő egészségügyi szolgáltatók, biztosítók megfelelnek-e a minőségi szolgáltatásnyújtás kritériumainak, illetve, hogy a biztosítók a befizetett járulékokat szabályosan és gazdaságosan használják-e fel. A Felügyelet feladata lesz azok kiszűrése, akik nem fizetnek járulékokat, azaz jogosulatlanul veszik igénybe az egészségügyi rendszer szolgáltatásait.

A Felügyelet köteles kivizsgálni a biztosítottak biztosítási jogviszony során igénybevett egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos panaszait, illetve bejelentéseit is. Ha a Felügyelet ellenőrzése során megállapítja, hogy a finanszírozott egészségügyi szolgáltató nem, vagy nem megfelelően teljesítette a finanszírozási szerződésből folyó kötelezettségeit, akkor akár 10 millió forintig terjedő pénzbírsággal is sújthatja, illetve felszólíthatja az egészségbiztosítót a finanszírozási szerződés felfüggesztésére, súlyos jogszabálysértés esetén felmondására.

A Felügyelet ellenőrizheti azt is, hogy érvényesül-e a gyógyszertárakban szakmai feladatot ellátó személyek szakmai függetlensége, illetve, hogy nincs-e összefonódás a közfinanszírozott gyógyszertár, valamint a gyógyszergyártó és -forgalmazó, illetve támogatással történő gyógyszer-, gyógyászati segédeszköz- és gyógyászati ellátás rendelésére jogosult orvos között. Mindezekon túlmenően elbírálja még a vizitdíjjal és a kórházi napidíjjal kapcsolatosan benyújtott panaszokat is.

Az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló *2006. évi XCVII. törvény* mind a kamarai tagság elvi alapjai, mind pedig a konkrét kamarai közfeladatok tekintetében 2007. április hó 1. napjától kezdve újrászabályozta a Magyar Orvosi Kamarára irányadó törvényi rendelkezéseket. A törvény az egészségügy terü-

letén működő kamarák – a Magyar Orvosi, a Magyar Gyógyszerész és a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara – jogállását rendező korábbi három külön törvényt felülvizsgálva, egységes keretek között szabályozza újra a szakmai kamarák működését, az eddigi kamarai törvények helyébe lépő egyetlen átfogó, keretjellegű törvényként.

A törvény olyan megoldásra történő áttérést céloz meg, amely a közforrásokat a minőségbiztosítás és minőség-ellenőrzés állami rendszerének kiteljesítésére koncentrálja, ugyanakkor a kamarákban nagyobb teret ad az önkéntes alapon felépülő önszabályozás működésének. Fokozza továbbá a kamarák érdekeltségét az egészségügyben dolgozókhöz, tagjaikhoz kapcsolódó szolgáltatások bővítésében.

A törvény indokolása szerint a korábbi működő kamarák további folyamatos működését célozza fenntartani a megváltozott tagsági viszonyok és a szükséges hatásköri felülvizsgálat mellett, azonban a törvény mindezek ellenére nem rendelkezik jogutódlási kérdésekről. Az átalakuló kamarák továbbra is köztestületnek minősülnek, ellátják mindazokat a feladatokat, amelyeket a törvény a hatáskörébe utal. Ilyen például, hogy tagjaival szemben etikai eljárást folytathat le.

A törvény a hatályos a MOK tagsági jogviszonyát új elvi alapra helyezi, melynek lényege az önkéntes kamarai tagság. A jogalkotói akarat szerint a tagság önkéntes vállalása elősegítheti a köztestület fokozottabb belső legitimációját, valamint a tisztségviselők működése iránti fokozottabb bizalmat.<sup>18</sup>

### 3.2.3. Vizitdíj, kórházi napidíj, várólista alapján nyújtható egészségügyi ellátások

Magyarországon indokolatlanul magas az orvos–beteg találkozások száma. Az ingyenesség hamis érzete miatt a betegek nem érzik azt, hogy az egészségügyben szolgáltatást vásárolna, ami több szempontból is jelentős terhet jelent az Egészségbiztosítási Alap számára. Egyrészt nehezíti az ellátások szakmai biztonságának és minőségének fenntartását és javítását, mivel az indokolatlan vizsgálatok a rendelkezésre álló kapacitásokat, a valóban beteg személyekre fordítható időt csökkentik. Másrészt egy-egy orvos–beteg találkozás önmagában is költséggel jár, ami a biztosítottak és munkáltatóik által fizetett járulékból működő Egészségbiztosítási Alapot terheli. Az ellátás finanszírozásán túl azonban még jelentősebb terhet jelent a kassza számára az indokolatlan ellátás során felírt gyógyszerek támogatása. Az egyes egészségügyet érintő törvényeknek az egészségügyi reformmal kapcsolatos módosításáról szóló *2006. évi CXV. törvényben* foglalt rendelkezésekkel Magyarországon is bevezetésre került a díjfizetési kötelezettség az egészségügyben. A *vizitdíj* és a *kórházi napidíj* fizetetésének célja, hogy a külföldi tapasztalatok alapján a bizto-

---

<sup>18</sup> Rudolf Zajac miniszter Szlovákiában eleinte az egészségügyben létrehozott kamarák (orvosi, fogorvosi, gyógyszerész, nővérek és szülésznők) megszüntetését, illetve a kamarák közjogi státuszának felszámolását kívánta. Később azonban itt is csak a kötelező tagságot szüntették meg. 578/2004. törvény.

sítottak költségtudatos szolgáltatásvásárlókká váljanak, és erősödjön bennük az egyéni felelősségvállalás, ezáltal ésszerűsödjön az ellátórendszer igénybevétele. A vizitdíj és a kórházi napidíj teljes összege a szolgáltatónál marad, az a saját bevételét képezi, felhasználásáról saját belátása szerint dönthet. Ezzel is próbálja az állam az egészségügyben egyre inkább erősödő forráshiányt pótolni. A vizitdíj és a kórházi napidíj bevezetésének a jogalkotó a hálapénz visszaszorításában is jelentős szerepet szánt, azonban ez a cél mára már komolytalanná vált.

A törvény szigorította a *beutalási rendet* is, s bizonyos kivételektől eltekintve emelt összegű vizitdíjat vagy részleges térítési díjat kell fizetni a beutalási rendtől való eltérés esetén.

A törvény pontosan körülhatárolja a *biztosítási alapon járó ellátások körét*, valamint a biztosításon felül, *térítés ellenében igénybe vehető ellátásokat*. Az alapsomag azokat az ellátásokat foglalja magába, amelyeket minden Magyarországon tartózkodó személy térítésmentesen vehet igénybe, függetlenül attól, hogy biztosítottnak minősül-e. Az alapsomagban nyújtott ellátások fedezetét biztosított esetében az Egészségbiztosítási Alap, míg a nem biztosított személy esetében a központi költségvetés fedezi. Az alapsomag az életmentő beavatkozást, a mentést, valamint a járványügyi ellátásokat tartalmazza. A térítésköteles csomagba tartoznak azok az ellátások, amelyekért a biztosítottnak is fizetni kell. Ilyenek többek között a különböző alkalmassági vizsgálatok, a hivatásos sportolók ellátása, az esztétikai célból nyújtott szolgáltatások, a detoxikálás, a nem kötelező védőoltások.

#### 3.2.4. Az egészségügyi ellátórendszer szerkezetének átalakítása

Az egészségügyi ellátórendszer átalakítása és fejlesztése az egészségügyi reform meghatározó eleme. Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló *2006. évi CXXXII. törvény* és végrehajtási rendelete [361/2006. (XII. 28.) Korm. rendelet] által létrehozott új ellátórendszer több szintre épül.

A törvényben foglaltaknak megfelelően az ellátórendszer az alábbi szintekre tagozódik:

##### *1. Kiemelt kórházak*

A jövőben a súlyponti kórházak állnak az ellátórendszer élén, az országban egyenletesen elosztva – az egyetemi klinikák, országos intézetek, megyei kórházak bázisán – kívánják biztosítani a súlyos, vagy speciális, ritka betegségben szenvedők hatékony ellátását, mint pl. a daganatos betegek kezelése vagy szervátültetés, szívműtét. A kiemelt kórházak fogadják azokat az eseteket is, amelyeket felszereltség vagy gyakorlat hiányában a területi kórházak nem tudnak megoldani. Mindegyik kiemelt kórháznak rendelkeznie kell a legfontosabb képességekkel (sürgősség, intenzív osztály, az alapszakmák súlyosabb betegségeinek kezelése), de bizonyos speciális betegségeket (idegsebészet, szervátültetés, szívsebészet stb.) a jövőben is csak a több kiemelt kórház területét ellátó centrumokban lehet kezelni.

## 2. Területi kórházak

A törvény alapján a jelenlegi kórházak többsége a jövőben területi kórházként folytatja majd munkáját. Ezek a kórházak az esetek nagy részét adó „általános” ellátásra szakosodnak.

A területi kórházak aktív kapcsolatban állnak a környezetükkel: diagnosztikai szolgáltatásokat vásárolnak a diagnosztikai központoktól, folyamatosan együttműködnek a kiemelt kórházakkal, valamint a területen dolgozó rendelőintézetekkel és házi orvosokkal.

A fejlesztések arra irányulnak, hogy a területi kórházak biztosítani tudják a munka korszerű feltételeit, a kulturált hotel- és munkakörülményeket, és a felesleges aktív kórházi kapacitások krónikus ellátássá alakítását.

## 3. Területi egészségügyi központok

A kiemelt és a területi kórházak köré szerveződve fognak a területi egészségügyi központok működni, biztosítva a lakossághoz közeli járóbeteg-szakellátást, melynek fejlesztése országos szinten nem feltétlenül jár többletjeljesítmény létrehozásával, sokkal inkább a meglévő centralizált kapacitások lakossághoz közeli elosztását jelenti. A jelenleg meglévő területi aránytalanságok kiegyenlítésére, ellátási hiányok megszüntetésére a *leépítésre kerülő aktív fekvőbeteg-szakellátási kapacitások 20 százalékának* megfelelő mennyiségű potenciális többletkapacitás jelent fedezetet. Az aktív kórházak és ágyak számának csökkenésével kívánja a kormány elérni, hogy a kevesebb kórházra és ágyra több pénz jusson, azaz javuljon az ellátás minősége. Az átalakítás miatt felszabaduló pénzek nyújtanák a fedezetét a megnövekedett krónikus ellátás és a járóbeteg-szakellátás fejlesztésének.

A kiemelt jelentőségű ellátásokat, a kiemelt kórházak kijelölését és szakmai működőképességük garانتálását törvény szabályozza. Ugyanakkor az általánosan biztosítandó ellátások eloszlásának meghatározása már helyi felelősség, mert ezeknek a döntéseknek illeszkedniük kell az adott régió jövőképebe, általános fejlesztési koncepciójába. A fekvőbeteg szakellátási kapacitások (a regionális szakellátási normatívák) szétosztására irányuló döntések a Regionális Egészségügyi Tanácsokban (a továbbiakban: RET) születnek.

## 4. Egészségbiztosítási reform

### 4.1. Előzmények

Ma Magyarországon az emberi élet biológiailag determinált változásaival – megbetegedéssel, gyermekvállalással, megöregedéssel, megrokkánással – járó kockázatok miatti kiadások ellentételezését, illetve a bekövetkező jövedelemcsökkenés pótlását két, hasonló szabályok szerint működtetett elkülönített pénzalap finanszírozza: a Nyugdíjbiztosítási Alap és az Egészségbiztosítási Alap. Amikor a 90-es évek elején ennek a két pénzalapnak az állami költségvetésből történő kiválására sor került,

úgy tűnt, hogy fontos reformlépés történt. Mindenki arra számított, hogy a nyugdíj és az egészségügy „biztosítási alapra helyezése” majd párosul a pénzügyi felelősséggel is, vagyis az Alapok a bevételeik határáig vállalnak csak kötelezettséget, a pénz felhasználását nyomon követik és a hatékony felhasználást számon kérik. Ez azonban nem így történt. Az Alapok kezelésével megbízott hivatalok kezdettől fogva csak névleg működtek biztosítóként, valójában a kormánynak alárendelt kifizető háttérintézmények lettek csupán.<sup>19</sup> A két pénzügyi alap egyensúlya oly mértékben megbillent, hogy ez az államháztartás egészét fenyegeti.<sup>20</sup> Mindezekon túlmenően a mai rendszerben az állampolgároknak az egészségügy és a nyugdíjrendszer finanszírozásához kapcsolódó terhek és költségek mértéke egyáltalán nem tudatosul (*fiskális illúzió*).

Hollandiában hasonló problémák vezettek az egészségbiztosítási rendszer átalakításához. Mindenekelőtt a technológiai fejlődés és a népesség elöregedése gyors és folyamatos költségnövekedéshez vezetett. Másrészt a holland állampolgárok többsége – a hazai gondolkodáshoz hasonlóan – abban a hitben nőtt fel, hogy az egészségügy ingyenes. A korábban széles alapokon nyugvó állami egészségbiztosításban a betegeknek nem mutatták be a számlákat, ők pedig nem foglalkoztak a kezelések költségeivel, a kiadások nagyságával. Harmadrészt a költséghatékonyság kizárólag a kormány feladata volt, senki nem érzett felelősséget a költségek és kiadások ésszerű kereteken belül tartásáért. Így a kormányzatnak szinte már kétségbeesett erőfeszítéseket kellett tennie a kiadások ellenőrzése érdekében. A negyedik változtatásra sarkalló körülmény a minőség javítására való ösztönzés hiánya volt. A legtöbb egészségügyi szolgáltató teljesítette a Holland Egészségügyi Felügyelet által meghatározott minimum követelményeket. A verseny hiánya miatt a szolgáltatókat semmi sem ösztönözte az ellátás minőségének javítására.<sup>21</sup>

Az egészségügyben kialakult helyzet, mely szerint az átfogó reformokra, változtatásokra az elmúlt 17 év alatt nem került sor, oda vezetett, hogy mára elkerülhetetlenné vált a rendszer átfogó, átgondolt és strukturális átalakítása. Nem tartható tovább a mindenkinek, mindent, mindig, a legmagasabb minőségben hamis elve.

<sup>19</sup> Értelmetlen „biztosítási rendszer”-nek tekinteni egy olyan jogi konstrukciót, amelyben a járulékfizető, valódi biztosítottak száma 4,2 millió, miközben ennél sokkal többen, 5,8 millióan vannak az egészségügyi szolgáltatás igénybevételére, jogosult személyek, akikre az ellátások méltányosságból, a szolidaritás nevében terjed ki csupán. A biztosítási piac megnyitása (Szakmai vitaanyag) 2007. január. Az Egészségügyi Minisztérium felkérésére az anyagot összeállította prof. dr. Mihályi Péter, az Államreform Bizottság Egészségügyi Szakmai Munkacsoportjának vezetője. *Egészségbiztosítási Reformkonceptió*, 11–12. p.

<sup>20</sup> 1995-ben a két alap még többé-kevésbé egyensúlyban volt, a kiadások mindössze 6–7 %-kal haladták meg a járulékbévételeket. Azóta viszont ez a hiány évről évre nő. 2006-ban az alapok többlet-költése külön-külön 30% körül lesz. A GDP-hez viszonyítva a két alap együttes hiánya el fogja érni a GDP 5%-át, ami önmagában meghaladja a maastrichti kritériumok szerinti maximumot. *Egészségbiztosítási Reformkonceptió*, 15. p.

<sup>21</sup> HANS HOOGEVORST holland egészségügyi, népjóléti és sportminiszternek „Egészségügyi reform Hollandiában: modell Magyarország számára?” címmel az „Egészségbiztosítási reform 2007–2009” című, Budapesten 2007. január hó 25–26-án megrendezett konferencián elhangzott előadása. [www.eum.hu/index.php](http://www.eum.hu/index.php) (Holland Reform) 2–3. p.

#### 4.2. Az egészségbiztosítási reform elvei, lehetséges modell változatok

Kornai János az egészségügyi reform elveit az alábbiak szerint határozta meg.

- *Az egyén szuverenitása*: olyan átalakítást kell előmozdítani, amely megnöveli az egyén, és szűkebbre szabja az állam döntési jogkörét.
- *Szolidaritás*: segíteni kell a szenvedőket, a bajban lévőket, a hátrányos helyzetűeket.
- *Verseny*: az állami tulajdonnak és szabályozásnak ne legyen monopóliuma. Legyen verseny a különböző tulajdonformák között.
- *Ösztönzés*: olyan tulajdon- és szabályozási formák jöjjenek létre, melyek hatékonyságra ösztönöznek.
- *Átláthatóság*: váljék világossá a kapcsolat az állami jóléti szolgáltatás és annak adóterhe között.
- *A program időigénye*: időt kell engedni az új intézmények evolúciójára és az állampolgárok adaptációjára.
- *Harmonikus növekedés*: legyenek harmonikus arányok a gyors növekedést közvetlenül szolgáló beruházások és a jóléti szektor működtetésére és fejlesztésére felhasznált erőforrások között.
- *Fenntartható finanszírozás*: az állami költségvetés legyen képes folyamatosan finanszírozni az állami kötelezettségvállalásokat.<sup>22</sup>

##### 4.2.1. Duális (magán és társadalombiztosításra épülő) egészségbiztosítási rendszer

Az egészségbiztosítási rendszer átalakításánál elengedhetetlen a kialakult magyar viszonyokat figyelembe venni. Ebből következően, ha meg akarjuk őrizni az esélyegyenlőség társadalmilag elfogadott alapszintjét, fenn kívánjuk tartani a hozzáférési esélyek földrajzi és jövedelmi adottságokat kiegyenlítő rendszereket, akkor a modell képviselői szerint meg kell őrizni a *társadalombiztosítás dominanciáját*. Ugyanakkor a *magán egészségbiztosítások* különböző formái hathatósan és hatékonyan képesek *kiegészíteni* a társadalombiztosítás rendszerét. A magánbiztosítás szerepe a verseny élénkítésében, a választás szabadságának megteremtésén keresztül valósulhat meg.

A modell a következő *biztosítási szintek* kialakítását javasolja:<sup>23</sup>

<sup>22</sup> *Egészségügyi Reformkonceptió*, 74. p. Forrás KORNAI JÁNOS: *Az egészségügyi reformjáról*. Budapest, KJK, 1998. és KORNAI J. – K. EGGLESTON: *Egyéni választás és szolidaritás*. Budapest Nemzeti Tankönyvkiadó, 2004.

<sup>23</sup> RÉKASSY BALÁZS: *Magán és kiegészítő egészségbiztosítások lehetőségei Magyarországon*. Készült az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet megbízásából. 2006. március [www.eski.hu/new3](http://www.eski.hu/new3)



## I. Közfinanszírozott biztosítási szintek

- a) *I. szint – állami adókból finanszírozott, mindenki részére, biztosítási jogviszonytól függetlenül, állampolgári jogon biztosított ellátások köre.* Ide tartoznának a köz- és népegészségügyi ellátások (pl. védőoltások), mentés, elsősegélynyújtás. A biztosítással nem rendelkező személyek részére nyújtott ellátást egy állami segélyalap nyújtaná.
- b) *II. Csökkentett járulékos – minimum szint.* A modell képviselői elképzelhetőnek tartják egy csökkentett járulék fizetésének lehetőségét úgy, hogy ezzel párhuzamosan bizonyos szolgáltatási megkötések is bevezetésre kerüljenek. Induláskor a jelen szolgáltatási körrel nagyjából megegyező, de azt folyamatosan, a tudományos bizonyítékok alapján felülvizsgáló, és egyre nagyobb kört kizáró biztosítás. A korlátozás először a hozzáférési szinteket és az ellátó személyének megválasztását érintené.<sup>24</sup> Ezen túlmenően a gyógyszerek tekintetében a társadalombiztosítás csak az adott terápiás csoporthoz tartozó legolcsóbb 2–3 gyógyszert fizeti, az annál magasabb árú, vagy tudományosan nem bizonyított költséghatékonyabb gyógyszer árát nem. Ezekre a magánbiztosítás nyújtana térítést. Ezen a finanszírozási szinten maradna az egészségügyi alapellátás is.

## II. Kiegészítő, magán egészségbiztosításból finanszírozott biztosítási szintek

- c) *III. szint - A társadalombiztosítás által csak részben finanszírozott ellátások kiegészítésére választható, önkéntes biztosítási szint.* Ebben a körben nemcsak az intézmény, hanem a kezelőorvos is szabadon megválasztható, ami arra ösztönözné az egészségügyi szolgáltatókat, hogy a szabad kapacitásaikat a magasabb díjat hozó betegekkel töltsék fel. A III. szint serkentésére jó eszköz lehet adókedvezmények bevezetése.
- d) *IV. szint – Speciális, rétegigényt kielégítő egészségbiztosítások, illetve egészségpénztárak (supplementary).* Az így kötött kiegészítő biztosítások fedeznék a gyógyszer egyéni hozzájárulást, a vizitdíjat, kórházi napidíjat (co-payment), a luxus hotelszolgáltatásokat, a fogászati ellátást, és a többi nem finanszírozott ellátást. Külön biztosítást lehet majd kötni az egészség megőrzését szolgáló, nem közvetlen egészségcélú felhasználási körbe tartozó szolgáltatásokra, eszközökre, illetve a csúcskockázatot jelentő eseményekkel összefüggő egészségügyi ellátásokra (pl. extrém sportok, különösen veszélyes tevékenységek, „rettegett” betegségek stb.).

<sup>24</sup> Pl. IBR beteg esetén csak az ellátási körhöz szerződött fekvő és járóbeteg szakintézményekhez küldhető tovább a beteg. Nem IBR-es beteg esetén, csak az adott optimális szinthez tartozó területileg illetékes kórházban, az adott ügyeletos, vagy osztályos (nem választott) szakorvos által történő ellátást – fizeti teljes egészében az OEP.

Lényeges pontja a modellnek, hogy az *OEP* közben igazi vásárlóként lépjen fel, és szelektálva kössön szerződést a megfelelő minőségbiztosítási, hatékonysági kritériumok alapján. Az *OEP* szolgáltatásvásárlói és biztosítói szerepének megerősödését támogatja több munkájában Dózsa Csaba is.<sup>25</sup>

Több kritika is érte ezt a rendszert:<sup>26</sup>

- a) A luxus miatti költségnövekedése – függetlenül attól, hogy a „luxus” fogalmába a tisztaság, a humánus ápolás, a beteg idejének a tiszteletben tartása is bele tartozik-e, vagy netán csak az egy ágyas szoba – nem érdemes létrehozni és működtetni egy drága biztosítói adminisztratív apparátust.
- b) Lehet a kiegészítő biztosítások körét nem luxus-szolgáltatásként, hanem *többlet-szolgáltatásként* definiálni (pl. egyes szűrővizsgálatok, magánkórház és az ott igénybe vehető csúcstechnológia, drágább gyógyszerek stb.). A mai magyar viszonyok között azonban egy ilyen felülről nyitott kiegészítő biztosítási csomag még kevésbé lenne üzletileg vonzó a biztosítók számára. Egyrészt azért, mert az ily módon meghatározott szolgáltatások volumene még mindig túlságosan kicsi ahhoz, hogy elbírja 8-10 biztosítói apparátus párhuzamos kiépítésének és folyamatos működtetésének költségeit, másrészt azért, mert a drágább gyógyszerek és költségesebb terápiák bevetése előre ki nem számítható költségeket eredményezne minden egyes esetben.
- c) Elvben elgondolkodtató egy olyan kétszintű finanszírozási rendszer, amelynek alsó szintje állampolgári jogon jár, de nem foglalja magában sem a járó-betegek gyógyszerellátását, sem a táppénzt, nincs benne a rokkantsági és a baleseti ellátás és nem fedezi a fogászati és optikai szolgáltatásokat sem. Azaz bizonyos típusú szolgáltatásokat teljes mértékben kivesz a finanszírozásból.
- d) A kritikusok szerint ez a modell a társadalom kettészakadását, vagyis a szegregáció növekedését eredményezné. Az *OEP* szerepe, jelentősége rövid idő alatt még inkább leértékelődne, és átalakulna az igénytelen és bizonytalan minőségű alapellátást nyújtó orvosok, rendelők és kórházak finanszírozójává, míg a felső középosztály és a magas jövedelműek épp a kiegészítő biztosításon keresztül – várakozás nélkül – jutnának hozzá az európai elvárásoknak megfelelő, magas szintű ellátáshoz.

---

<sup>25</sup> DÓZSA CSABA „Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár modernizációja – a szolgáltatásvásárlói és biztosítói szerepek erősítése” címmel „Egészségbiztosítási reform 2007–2009” elnevezésű, Budapesten 2007. január hó 25–26-án megrendezett konferencián elhangzott előadása. [www.eum.hu/index.php](http://www.eum.hu/index.php)

<sup>26</sup> *Egészségügyi Reformkoncepció*, 33–38. p.

#### 4.2.2. Decentralizált, üzleti alapú egészségbiztosítási modell

A készülő törvény-tervezet olyan egészségbiztosítási modellt ír le, melynek legfontosabb jellemzője a *decentralizáció*, illetve az *OEP monopolhelyzetének megszüntetése*.

Másik lényeges szempont a *háromszintű biztosítás modellje*.

- a) Az első csoportba a modell szerint (*I. pillér*) azok a közegészségügyi és nép-egészségügyi orvosi ellátások tartoznak, amelyek az állampolgárok széles körét érintik, szakmai indokoltságuk nem vitatható, fajlagosan kis költséget igényelnek, sőt esetenként személyre nem is lebonthatók. Elsősorban a prevencióról és a szűrő jellegű vizsgálatokról van szó, de ide tartozna a vérellátás, a klasszikus járványügy, a terhesgondozás, a védőoltások köre stb. A közegészségügyi szempontból jelentős, azonban igen költséges szűrő vizsgálatokat (pl. tüdőszűrés, AIDS-szűrés stb.) semmiképpen sem szabad egymással versengő biztosítókra bízni, hiszen csak az állam lehet érdekelt abban, hogy ezek a vizsgálatok a szakmailag indokolt, legszélesebb körben, teljes mértékben elvégzésre kerüljenek. Az I. pillér szolgáltatásainak szervezésére, finanszírozására az OEP apparátusa lenne tökéletesen alkalmas oly módon, hogy az indokolt mértékű forrást a központi költségvetés utalja át az OEP-nek.
- b) Egy másik csoportba sorolja a modell azokat az orvosi beavatkozásokat, amelyek közös jellemzője a magas fajlagos költség, a viszonylag kicsi esetszám, a véletlenszerűség, valamint a beavatkozással járó nagyfokú fájdalom, kellemetlenség, illetve kockázat (*III. pillér*). Ide tartoznak a nagy értékű műtéti beavatkozások, a sugárterápia és kemoterápia, a koraszülött ellátás bonyolultabb esetei, valamint a járóbeteg-ellátásban használatos legdrágább gyógyszerek. Itt is különösen erős állami garanciát kell teremteni arra, hogy a legsúlyosabb, leghosszabb ideig tartó és legköltségesebb megbetegedések esetén minden magyar állampolgár azonos szintű orvosi ellátásban részesüljön. A III. pillér állami kézben tartása ezt szolgálja. Így ebben az esetben is az ellátást az OEP finanszírozná, ő kapná meg a járulékok egy bizonyos további hányadát.

A két pillér közös jellemzője, hogy nem áll fenn a „túlfogyasztás” veszélye, mivel az esetek nagy részében biztosra vehető, hogy a betegek nem fogják ezeket a szolgáltatásokat csak azért igényelni, mert a biztosító állja a költségeket. Nemzetközi tapasztalatok azonban azt mutatják, hogy a legdrágább beavatkozások eröltetése a szolgáltató kórházak, és orvosok érdeke is lehet. Ezért indokolt, hogy ebben a körben az ellátások volumene országos szinten állami ellenőrzés alatt maradjon. Így a költségvetés tervezése során az OEP tételesen meg kell határozza, hogy hány szív-műtétet, szervátültetést tart finanszírozhatónak. Célszerűnek látszik ide sorolni azokat az ellátásokat is, melyek közös jellemzője a rendkívül hosszú ápolási idő pl. időskori ápolás, pszichiátriai betegek ápo-

lása, rehabilitáció. Az I. és a III. pillér pontos tartalmát tételes módon előre meg kell határozni, s azt jogszabályban rögzíteni. Ez egy évente lefolytatandó keserves alku a biztosítók és a Felügyelet között, amelybe értelemszerűen be kell vonni az orvosi szakma érdekképviselői és tudományos képviselőit, valamint a betegszervezeteket is.

c) Ha ez megtörtént, akkor a modell *II. pillérjét* a maradék elv határozza meg: minden ellátás ide tartozik, ami nincs benne az I. és a III. pillérben. Ez lenne a modell szerint az az ellátási csomag, ahol az állampolgárok szabadon választhatnak biztosítót. Viszonylag kis értékű beavatkozásokról van szó (egyszerűbb diagnosztikai vizsgálatok, kisebb műtéti beavatkozások, mindennapos gyógyszerek stb.), de nagyon nagy volumenű igénybevételről. Ezért fontos a szakemberek szerint, hogy a *II. pillér finanszírozása fokozatosan üzleti alapokra kerüljön, s az egymással versengő biztosítók feladata legyen a költségek féken tartása*. Hosszabb távon az a modell célja, hogy összességében a biztosítottak jövedelem-arányos terhei csökkenjenek és fokozatosan – a jövedelemnövekedéssel együtt mozgó – fix díjakká változzanak. A havi terhek csökkenése pedig lehetőséget adna majd a vizitdíj növelésére és a százalékos co-payment fokozatos kiszélesítésére, mivel a fix díjas rendszer felé mozdulás csökkenti a készletet a jövedelemeltitkolására.

Az egészségügyi ellátások három részre bontása a szakemberek szerint lehetőséget ad arra, hogy a mainál lényegesen szigorúbban büntessék a biztosítók a „potyautasokat”, a nem-fizetőket. A II. pillér igénybevételére való jogosultságát az érintettek a biztosító által évente kiküldött kártya segítségével kell majd igazolnia, s amennyiben nem rendelkezik ilyen igazolással, a szolgáltatók akár meg is tagadhatják majd az ellátást.<sup>27</sup>

Fontos követelmény azonban, hogy a biztosítók ne legyenek érdekeltek az ügyfelek életkor, egészségi állapot és szociális helyzet szerinti szelekciójában. Ez ugyanis olyan versenyt generálna, amely elvezetne a pénzügyi és társadalmi ellehetetlenüléshez. Hollandiában ennek megakadályozására a biztosítóknak mindenkivel biztosítási szerződést kell kötniük, akik igénybe szeretnék venni szolgáltatásaikat. Annak érdekében, hogy a biztosítókat ne éri hátrányos pénzügyi következmények, egy úgynevezett *kiegyenlítő alapot* hoztak létre. A biztosítók tehát nem kérhetnek magasabb díjakat azon az alapon, hogy a biztosított valószínűleg többször veszi majd igénybe a biztosítás által lefedett ellátását.<sup>28</sup>

A biztosítási piac liberalizációjának feltétele az, hogy új biztosítók, illetve biztosítási konstrukciók lépjenek a piacra. A hatékony ellenőrzés érdekében azonban az egészségbiztosítók működésének főbb szabályait törvényben kell rögzíteni, az Egészségbiztosítási Felügyeletnek pedig hatékony ellenőrzést és felügyeletet kell gyakorolni a piacra belépni kívánó egészségbiztosítók fölött. A modell kidolgozó

<sup>27</sup> *Egészségügyi Reformkonceptió*, 56–58. p.

<sup>28</sup> *Holland Reform*, 6. p.

javasolják, hogy az OEP-től el kell venni a nem-egészségbiztosítási funkciókat, azonban megtartaná monopol-helyzetét az I. és a III. pillér finanszírozásában, esetleg a II. pillérnél is megjelenhet társfinanszírozóként.

A több-biztosítós rendszer, illetve az üzleti biztosítók versenyeztetése több szakemberben is aggályokat ébresztett. *Orosz Éva* szerint a szolgáltatási szférában 2007-ben elindult változások új helyzetet teremtettek, melyben a versenyző biztosítók modellje nem áll összhangban a kórházhálózat modernizálására választott stratégiával. Másrészt sem elméleti megfontolások, sem nemzetközi tapasztalatok alapján nem bizonyítható, hogy a magyar egészségügy fő problémáira az üzleti biztosítók versenye nyújtaná az adekvát (költség-hatékony) terápiát.<sup>29</sup>

*Holló Imre* az alábbiak szerint foglalta össze a más jogrendszerekben érvényesülő több-biztosítós rendszer gyakorlati tapasztalatait:

- a) *Sikeresen vonz több forrást az egészségügybe.* Azokban az országokban, ahol domináns magánbiztosítás van jelen, ott magasabb az egészségügyi kiadások aránya a GDP-hez képest, ami pozitív fejleménynek tekinthető. Azonban e kiadás-növekedés mögött részben a magasabb adminisztrációs és marketing költségek állnak, valamint részben a megnövekedett fölösleges igénybevétel. *Rékassy Balázs* viszont azt hangsúlyozza, hogy a magánbiztosítás bevezetése nem oldja meg a hazai egészségügy szűkös forrásainak a kérdéskörét.<sup>30</sup>
- b) *Nem csökkenti a közkiadásokat.* A nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy ahol dominánsan magánbiztosítás van, ott a teljes (magán plusz állami) egészségügyi költségek mindenhol nőttek és közben a közkiadások is nőttek vagy legfeljebb szinten maradtak. Ennek fő oka, hogy a rossz rizikó (idősek, betegek) vagy az állami finanszírozásban maradtak, vagy az államnak kompenzálnia kell értük a biztosítókat (rizikó kiegyenlítése).
- c) *Nem feltétlenül ösztönöz a szolgáltatások minőségének javítására.* A magánbiztosítók akkor javíthatják a minőséget, ha szelektív vásárlást alkalmaznak minőségi indikátorok alapján. Azonban az USA kivételével az OECD országok egyikében sem éltek ezzel a lehetőséggel a magánbiztosítók annak ellenére, hogy a jogi szabályozás lehetővé teszi a számukra. Ennek valószínűleg az az oka, hogy nagyon drága és fáradságos egy ilyen rendszer kiépítése a biztosítók részéről, másrészt sokszor éppen a biztosítottak ellenállásába ütközik, hiszen úgy látják, hogy ez a választásuk szabadságát korlátozza.
- d) *Nincs bizonyíték arra, hogy a több-biztosítós rendszer növeli a hatékonyságot.* Nemzetközi példák azt mutatják, hogy a biztosítók nem a szolgáltatások menedzselésével versenyeznek, hanem inkább rizikó szelekcióval vagy

<sup>29</sup> OROSZ ÉVA „Panacea nincs – alternatíva van. (Gondolatok az egészségbiztosítási rendszer modernizációjáról)” címmel, „Egészségbiztosítási reform 2007–2009” elnevezésű, Budapest 2007. január hó 25–26-án megrendezett konferencián elhangzott előadása. [www.eum.hu/index.php](http://www.eum.hu/index.php)

<sup>30</sup> RÉKASSY: i. m. 4. p.

az árakkal. A versengő biztosítók általában rosszabb tárgyalási helyzetben vannak a szolgáltatókkal szemben, mint a monopól helyzetben lévő biztosító.

Felmerül a kérdés, hogy az egészségügyi reform egyik legfontosabb részét képező több-biztosítós rendszer mögött rejlő értékválasztás mennyire széles társadalmi rétegre támaszkodik?

„Érdemes-e felvállalni a több-biztosítós rendszer veszélyeit akkor, ha közben az igazi problémákat a társadalom nagy része és az állam számára nem oldja meg?”<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> HOLLÓ IMRE „Gondolatok az egészségbiztosítás reformjáról” címmel, „Egészségbiztosítási reform 2007–2009” elnevezésű, Budapesten 2007. január hó 25–26-án megrendezett konferencián elhangzott előadása. [www.eum.hu/index.php](http://www.eum.hu/index.php)

TÍMEA BARZÓ

REFORMS AND REFORM INTENTIONS WITHIN  
THE HEALTH CARE

(Summary)

When the health care system underwent a transformation the main goal was to retain its ability to finance it and to increase its cost efficiency.

The general lack of resources resulted in that the patients were directed to the medical consulting, which could supply the cheapest of the necessary and satisfying treatments. In connection with this fact reforms were introduced in several places in Hungary.

To reinforce the basic health care, new regulations were formed for praxis communities and a new health care system has been introduced, which were built on the family doctors' gate keeper role. The first part of the study gives a short review of the above named issues.

The second part of the study discusses the elements of a new health care reform called "Therapy 2007" introduced in the end of 2006.

First of all the author presents the "Economical Medicine Law" regarding the ambition to minimize issuing medicines, then she presents the tasks and role of a totally new institute, the Health Insurance Supervision. Parts of the reforms are the conversion of medical chambers and the annulment of the obligatory membership in them.

By introducing visiting fees and hospital day fees that compose the health care providers' own profit and also by expanding the circle of treatments available against payment, the state wishes to compensate the lack of resources.

By reforming the health care structure, the "main" hospitals will be able to provide the highest possible level of treatments like special treatments needing great preparations.

The regional hospitals will be specialized on general health care, while the regional health care centres will provide an out-patient special care gathering around the main and regional hospitals close to the population.

The last big step of the "Therapy 2007" will be the health insurance reform. The last part of the study investigates the economical and social antecedents and reasons causing the setup of the new system. It presents and evaluates the models determining the base of the health insurance system.