

# EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

A NEMZETI ERŐFORRÁS MINISZTERIUM  
ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI  
VEZETŐK EGYESÜLETE  
KÖZGAZDASÁGI FOLYÓIRATA

49. ÉVFOLYAM 4. SZÁM, 2011. OKTÓBER

## BIZTOSÍTÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN I. RÉSZ

# Forradalmi újdonság a képalkotásban?



## Egy egészségesebb CT berendezés a betegért. Bemutatjuk az új SOMATOM Definition Flash-t. Villámgyors diagnózis. Legalacsonyabb dózis.

Vízióink a minőségi betegellátás. A Definition Flash egy olyan CT készülék mely még magasabb színvonalon alkalmazza az eddig páratlan Dual Source technológiánkat és amely gyökeresen megváltoztatja korábbi elvárásainkat a betegért dózis területén. A CT történelmének leggyorsabb vizsgálati sebességével, a mellkas, szív vagy mindkettő másodperc töredéke alatti vizsgálata immár realitás. Első alkalommal válik lehetségessé a teljes szív vizsgálata 1 mSv alatti dózis mellett, valamint a Dual Energy vizsgálat szimpla dózis mellett.

[www.siemens.hu](http://www.siemens.hu)

Answers for life\*

**SIEMENS**

\* Válaszok az életért.

# Tartalom

## BIZTOSÍTÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN 1. RÉSZ

### KÖSZÖNTŐ

A Tudományos Tanácsadó Testület előszava a tematikus számhoz .....	3
-----------------------------------------------------------------------	---

### SZAKCIKK

Az Egészségbiztosítási Alap bevételi szerkezete (Szigeti Szabolcs, Evetovits Tamás) .....	6
Az OEP szolgáltatásvásárlói és biztosítói szerepének erősítése (Dózsa Csaba MSc.) .....	14
Gondolatok a társadalombiztosítás esetleges átalakításához (dr. Ari Lajos, dr. Varga Imre) .....	20
A kötelező egészségbiztosítás szolgáltatási csomagja alakításának problémái (dr. Gervai Nóra) .....	25
Mit oldhat meg az ápolásbiztosítás? (Bondár Éva) .....	37

### FÓKUSZ

Az önkéntes egészségbiztosítás szerepe a magyar egészségügy finanszírozásában (dr. Gaál Péter) .....	35
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

#### EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

**Alapító:** Nemzeti Erőforrás Minisztérium  
és az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete  
**Megjelenik:** kéthavonta  
**Kiadja:** az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete  
megbízásából a Weborvos.hu 2009 Kft.  
Cím: 1055 Budapest, Falk Miksa u 8. • telefon: (1) 788-9212  
fax: (1) 700-2998 • web: www.weborvos.hu  
**Felelős kiadó:** a kiadó ügyvezető igazgatója  
**Szerkesztőség:** 1051 Budapest, Arany János u. 4-6.  
Telefon: (1) 301-7931  
**Főszerkesztő:** Kövesi Ervin  
**Orvosigazgató:** Szepesi András  
**Felelős szerkesztő:** Bene Zsolt  
**A Szerkesztőbizottság elnöke:** prof. dr. Orosz Éva  
**A tanácsadó testület tagjai:** dr. Ari Lajos, Bodrogi József,  
dr. Gaál Péter, dr. Rác Jenő, Skultéty László

**Nyomdai előállítás:** MEGA Kft.  
**Felelős vezető:** Gáti Tamás ügyvezető igazgató  
Az Egészségügyi Gazdasági Szemle  
utcai terjesztésre nem kerül.  
Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Rt.  
Üzleti és Logisztikai Központja (ÜLK), Hírlap Üzletág.  
További információ: Belánszky Kata (1) 788-9212

**HU ISSN:** 0013-2276  
**Éves előfizetési díj:** 6615 Ft

Minden jog fenntartva!  
A lapban megjelent cikkek, fotók újraközléséhez  
a kiadó írásbeli engedélye szükséges.  
A hirdetések tartalmáért a hirdető vállalkozás felelőséget.

A szerkesztőség nem feltétlenül ért egyet  
a szerzők által megfogalmazott gondolatokkal.

# Tartalom

## BIZTOSÍTÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN 2. RÉSZ

### ADATOK, TÉNYEK

Önkéntes egészségpénztárak (dr. Lukács Marianna) .....	3
--------------------------------------------------------	---

### SZAKCIKK

Gondolatok az önkéntes magán-egészségbiztosításról (Péteri János).....	9
------------------------------------------------------------------------	---

Ne csak a szex legyen biztonságos! (dr. Simon Tamás).....	24
-----------------------------------------------------------	----

Az önkéntes egészségügyi biztosítás lehetséges szerepe (Hortobágyi Linda) .....	32
------------------------------------------------------------------------------------	----

### PORTRÉ

Egészségpénztár folyamatos fejlődésben (Bene Zsolt) .....	20
-----------------------------------------------------------	----

### FÓKUSZ

Üzleti biztosítás az egészségügyben? (Paál Zoltán).....	28
---------------------------------------------------------	----

Mi lenne az önkéntes egészségbiztosítás kívánatos szerepe az egészségügyben? (Banyár József) .....	30
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

### NEMZETKÖZI KITEKINTÉS

A köz- és magánkiadások arányának és az önkéntes biztosítás részarányának alakulása az OECD-országokban (Hortobágyi Linda) .....	37
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Egy év múltán Obama egészségügyi reformjáról (Harry Perlstadt professzor, PhD, M.P.H., Balázs Péter)	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

### FOGALOMTÁR

Forrásteremtés és -allokáció .....	47
------------------------------------	----

# Tisztelt Olvasó!

Az első olyan számot tartja a kezében, amely az Egészségügyi Gazdasági Szemle Tudományos Tanácsadó Testülete által kidolgozott koncepció szerint készült. Napjaink radikálisan változó körülményei az egészségügy minden szereplőjét – így a Szemlét is – arra kényszeríti, hogy átgondolja és megújítsa stratégiáját, módszereit, stílusát. A Szemle – mint tudományos folyóirat – alapvető funkcióján nem kívánunk változtatni: nem a „hogyan oltuk a tüzet” kérdésre fókuszálunk, hanem olyan módon kívánunk foglalkozni napjaink problémáival, ami hozzájárulhat azok nemzetközi és szélesebb hazai kontextusban történő jobb megértéséhez, és olyan javaslatokat bocsátunk továbbgondolásra, amelyek hozzájárulhatnak ahhoz, hogy a problémák enyhüljenek, és ne termelődjenek újra és újra még súlyosabban.

**Az** a tervünk, hogy a jövőben minden lapszámunk lesz egy központi témája, amely fontos a magyar egészségügy problémái, jövője szempontjából és izgatja, érdekli a gyakorlatban dolgozó szakembereket, egészségpolitikusokat. Jelen lapszám például a biztosítások különböző típusainak a magyar egészségügyben játszott jelenlegi szerepét és kritikus kérdéseit tárgyalja. A lapszámok témáit szeretnénk több oldalról és több műfajban körbejárni. Olyan szerzőket kérünk fel a szócikkek megírására, akik – miközben új kérdéseket vetnek fel – a régi, sokszor tárgyalt problémákat is új módon, új kérdésekkel és új javaslatokkal közelítik meg. A műfaji változás egyik lényege, hogy rovatokat hoztunk létre: a szócikkek mellett az Adatok, tények rovat alapvető számszerű információt nyújt az adott témában, különös hangsúllyal a nemzetközi összehasonlításra. A nemzetközi folyamatokat kívánja az Olvasóhoz közelebb hozni a Nemzetközi kitekintés rovat. A tárgyalt kérdések többoldalú megvitatását szolgálja a Fókusz rovat, amelyben ugyanazokat a kérdéseket tesszük fel egészségpolitikusoknak, a gyakorlatban dolgozó vezetőknek és gyakorlati és elméleti szakembereknek. Például ennek a számnak a körkérdése: Mi lenne a kívánatos szerepe az önkéntes egészségbiztosításnak a magyar egészségügyben? Milyen eszközökkel lehetne az önkéntes szolgáltatásfedező biztosítások terjedését ösztönözni? A Fókusz rovatban szeretnénk időről időre a korábbi számokhoz érkezett hozzászólásokat is közölni. Természetesen megmarad a Szemle közkedvelt rovata a Portré – ami szintén igazodik az adott szám témájához. A lapszámok némelyikének a végén lesz egy Fogalomtár rovat is, amely az adott kérdéskör néhány fontos fogalmát tisztázza. Természetesen ezt a struktúrát nem kívánjuk me-reven alkalmazni: a lapszámok második felében időről időre közlünk a lapszám témakörétől eltérő szócikkeket is, amelyekkel a szerzők keresik meg a Szemlét. Bízunk benne, hogy a megfelelően kiválasztott témákkal és ezzel a megújított struktúrával az egészségügyben dolgozó gazdasági vezetőknek, egészségpolitikusoknak, kutatóknak és nem utolsósorban az egészségügyi oktatásban részt vevő hallgatóknak a Szemlével kapcsolatos elvárásait jobban ki tudjuk elégíteni.

ni. Várjuk Olvasóink aktív részvételét is: elsősorban hozzászólásukat a Fókusz rovat kérdéseihez és a rovatban kifejtett véleményekhez. Szívesen fogadunk hozzászólást bármelyik íráshoz és javaslatokat is, hogy milyen témát járjunk körül a fentiekben vázolt módon.

A jelen lapszám írásaiban közös, hogy a különböző biztosítások szakmai kérdéseit azok gazdasági, társadalmi és nemzetközi összefüggéseiben mutatja be. Például a balesetbiztosításról szóló írás egy modern balesetbiztosítás munkaerő-piaci vonatkozásaitól az orvosi és finanszírozási kérdéseken keresztül az egyén életminőségéig terjedő kérdéseket tekint át. Közhely, hogy az ördög a részletekben van. Minden írás számos ilyen részletet helyez új megvilágításba, amelyek további mérlegelése konkrét egészségpolitikai döntések megalapozását is szolgálhatja (Bondár Éva, Dózsa Csaba és Simon Tamás írása). Bízunk benne, hogy lapszám hozzájárul nemcsak a problémák, hanem a lehetséges kitörési stratégiák és eszközök továbbgondolásához is.

Sokan sokszor elmondták már, hogy az egészségügy jelenlegi forrásaiból az egészségügy jelenlegi struktúrája és a társadalombiztosítás szolgáltatási csomagja nem finanszírozható.

Ez a lapszám – a kötelező egészségbiztosítás forrásainak elemzésén kívül (Szigeti Szabolcs és Evetovics Tamás írása) – azzal is foglalkozik, hogyan növelhetők a források (Lukács Marianna és Péteri János írása) és hogyan változtatható – körültekintő, szakmai alapokon – a szolgáltatási csomag (Gervai Nóra írása). Másik lapszámok témája lesz, hogyan alakítható át az egészségügyi struktúra, és ez hogyan szolgálhatja a rendelkezésre álló források hatékonyabb felhasználását. Az egészségüggyel több évtizede foglalkozó gyakorlati és elméleti szakemberekként úgy gondoljuk, hogy egyaránt és egyidejűleg van szükség a közkiadások és a magánkiadások (a társadalombiztosítás, magánbiztosítás, közvetlen fizetés) szerepének a növelésére a magyar egészségügyben. Egyaránt és egyidejűleg van szükség arra, hogy az egészségügy minden szereplője (kormányzat, piaci szereplők, szolgáltatók, egészségügyi dolgozók, az egyének, kutatók és szaklapok, beleértve a Szemlét is) átgondolják, hogyan kellene a szerepüknek változni, felelősségüknek erősödni annak

## Köszöntő

érdekében, hogy javuljon a magyar társadalom egészségi állapota, csökkenjenek az egészségi állapot egyenlőtlenségei és javuljon az egészségügyi rendszer és annak minden intézményének a teljesítménye. Ehhez szeretne – a maga sajátos és korlátozott eszközeivel – a Tudományos Tanácsadó Testület is hozzájárulni.

*A Tudományos Tanácsadó Testület minden Kedves Olvasónknak hasznos együttgondolkodást kíván:  
Dr. Ari Lajos, az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesületének elnöke*

*Bodrogi József, egészségügyi közgazdász  
Dr. Gaál Péter, a SE Egészségügyi Menedzserképző Központjának igazgatója  
Prof. dr. Orosz Éva, tanszékvezető egyetemi tanár, ELTE TÁTK, Egészségpolitika és Egészség-gazdaságtan Tanszék (a TTT elnöke),  
Dr. Rácz Jenő, a Magyar Kórházzövetség elnöke  
Skultéty László, helyettes államtitkár, NEFMI (a TTT megalakulásakor a GKI Egészségügyi Kutatóintézet igazgatója)*

## Interjú Hornyák Lászlóval, a Hartmann-Rico Hungária Kft. ügyvezető igazgatójával

### Ez egy nagyon bátor kijelentés, ki tudná ezt fejteni?

A megfejtés nagyon egyszerű és ugyanakkor mégis bonyolult. Ezzel a talányos címmel egy nagyon fontos problémára szeretnénk felhívni a magyar egészségügyi vezetők figyelmét: a kórházi fertőzésekre.

Mindenhol a világon komoly hangsúlyt helyeznek a kórházi fertőzések megelőzésére, hisz mindenki tudja, hogy a probléma létezik. Az egyre csökkenő források rákényszerítik a betegellátó intézményeket, hogy ott is próbáljanak megtakarítási potenciált találni, ahol eddig nem is kerestek, vagy ahol ez nehezebb az átlagosnál.

A kórházi fertőzésekre fordított többletköltségek Magyarországon a legóvatosabb becslések szerint is milliárdos nagyságrendeket emésztene fel az amúgy is szűkös költségvetésből.

### Amennyiben valóban ilyen komoly összegekről van szó, akkor Ön szerint miért nem sikerült ebben a témában már előrelépést elérni?

Mindannyian tudjuk, hogy léteznek kórházi fertőzések, sőt egy részük jelentéskötelezett is. Ám eddig nem rendeltünk hozzá direkt költségeket, így a valós gazdasági következmények egy adott kórházra nézve csak nehezen voltak megállapíthatók.

Ahogy a fertőzési arányok eltérnek az egyes osztályok és betegcsoportok között, úgy a fertőzés típusától függően a költségek is különbözőek. Egy 2008-ban végzett francia tanulmány szerint például a húgyúti fertőzések átlagos költsége 574 euró, míg 1994 és 2004 között végzett svájci, görög és francia kutatások azt mutatták, hogy a kórházban szerzett fertőzések átlagos költsége esetenként a 2000 eurót is eléri!

### Létezik olyan módszer, melynek segítségével felderíthetők a kórházi fertőzésekre fordított költségek?

Igen. A Hartmann cég programja segítségével minden intézmény pontos képet kaphat az elmúlt időszak kórházi fertőzéseinek kezelésére fordított költségeiről. Eddigi tapasztalataink alapján ezek a pluszköltségek még egy kisebb, 250-300 ágyas intézmény esetében is tízmilliós, sőt esetenként akár százmilliós nagyságrendűek is lehetnek.

### Jelenleg több cég is kínál egészségügyi kiadásokat csökkentő, fertőzések visszaszorítását célzó programot műtői vagy osztályos vonatkozásban. Az Ön által felvázolt program miben nyújt több segítséget?

Büszkén mondhatom, hogy a Hartmann cég egyedülálló módon, Hartmann Infekció-Kontroll (HIK) néven a kórház teljes működését érintő infekciókontroll programot fejlesztett ki. A

kórházi fertőzések legfőbb közvetítői a betegek, a látogatók és a takarítószoftalk munkatársai mellett meguk a kórházi dolgozók. Programunk célja a kórházi fertőzések visszaszorítása az intézmény teljes egészében, azaz a műtőben, az osztályokon és a szakrendelőben egyaránt. Ez természetesen nem pusztán a probléma feltárását jelenti, hanem egyúttal megoldást is kínál a programban részt vevő intézmények számára így támogatva őket a fertőzések elleni harcban. Az ezzel járó pluszkiadások visszaszorítása, értelmetlen megszorítások nélkül is többletforrásokhoz juttathatja az intézményeket.

### Azt említette, hogy a HIK programjuk az adott intézmény teljes működését érinti. Milyen elemei vannak a HARTMANN Infekció-Kontroll programnak?

A HIK program a Hartmann-termékek egyedi kombinációján túl számos olyan technológiát, egyedi fejlesztést tartalmaz, amelyek egyenként és összességében is egyedülállóak a magyar egészségügyi piacon. Ezek közül néhány példa:

– **A Kézhigiénés Compliance Program** segítségével pontos képet kap az intézmény a fertőzések kezelésére fordított kiadások összegéről. A fertőzések megelőzését célzó stratégia kialakítására és megvalósítására pedig a legújabb kutatások eredményeit a gyakorlatba ültetve adunk útmutatást. A program bevezetéséből adódó megtakarítás kimutatható!

– Másik fontos eleme a rendszerünknek a **PP+C Műtői Program**. 3 fokozatú izoláló rendszerünk maximálisan alkalmazkodik a kórház igényeihez. Segítségével a protokollnak megfelelően tudja kiválasztani az intézmény a szakmailag és gazdaságilag legoptimálisabb termék-kombinációt.

– Néhány hete bevezetésre került a saját fejlesztésű **zsilipruha-adagoló**, ami nem más, mint egy dolgozói belépőkártyával

működő automata. Az automata segítségével a zsilipruha raktározási, kiadási és készletkövetési folyamatai leegyszerűsíthetők, használatával jelentős mértékű költségcsökkentés tapasztalható.

– Egyedi a piacon a Hartmann cég számára fejlesztett és kizárólagosan forgalmazott **műtői termékek nyilvántartását szolgáló szoftver** a felhasználás optimalizálására és az adminisztrációs teher csökkentésére. A szoftver a programunkhoz csatlakozó intézmények számára térítésmentesen hozzáférhető.

– **Higiénés ellenőrző rendszereink**, pl. a fertőtlenítési technika helyes elsajátítására alkalmas kézvizsgáló UV-lámpa vagy a felületek fertőtlenítését ellenőrző UV-lámpa, illetve a környezet mikrobiológiai szennyezettségét vizsgáló rendszerünk, mind-mind a fertőzések számának csökkentését szolgálják.

Szakértők szerint a kórházi fertőzéseknek legalább az egyharmada megelőzhető. E közös cél elérése érdekében új rendszerszemléletünkkel, egyedi megoldásainkkal, oktatási programjainkkal, egyedülállóan széles termékpalettáinkkal és tapasztalt tanácsadóinkkal szeretnénk támogatni az egészségügyi intézményeket.



# Az Egészségbiztosítási Alap bevételei szerkezete<sup>1</sup>

A hazai szakirodalom viszonylag elhanyagolt témája az egészségügyi rendszer forrásteremtési szerkezetének és mechanizmusainak vizsgálata. A kutatók és elemzők fokozottabb figyelmének hiánya azért is meglepő, mert – visszatekintve az elmúlt két évtizedre – az egészségügyi rendszer finanszírozásának fenntarthatósága szempontjából nem a kiadások féken tartása, hanem a megfelelő szintű finanszírozási forrás biztosítása jelentette a legnagyobb kihívást az egészségügyi rendszer számára. Nem könnyű átlátni az Egészségbiztosítási Alap forrásteremtési mechanizmusait, mert nagyszámú, egymástól eltérő társadalompolitikai célú törvény és kormányrendelet szabályozza a rendszert.

■ Szigeti Szabolcs\*, Evetovits Tamás\*\*

**Az** elmúlt években a nemzetközi szakirodalomban a WHO és vele partnerségében működő European Observatory on Health Systems and Policies számos összefoglaló tanulmányt tett közzé az egészségügyi rendszerek forrásteremtésére vonatkozóan. Egyes szerzők annak a véleményüknek adtak hangot, hogy a növekvően társadalombiztosítási járulékokra alapozott forrásteremtési megoldások aligha növelik az egészségügyi rendszerek fenntarthatóságát, azt ajánlva, hogy az adófinanszírozást növelni érdemes az elegendő forrás előteremtése érdekében (Thomson, 2009). A WHO 2010-ben kiadott átfogó tanulmánya is arra hívja fel a figyelmet, hogy az egyes országoknak a hagyományos a jövedelmet terhelő adó- és járulékszámok mellett érdemes megfontolniuk más alternatív forrásteremtési eszközök bevetését az elérhető anyagi források bővítése érdekében (WHO, 2010). Továbbá a WHO arra is felhívta a tagállamok figyelmét a 2010-es Egészségügyi Világjelentésében, hogy a tagországoknak – a gazdagabb és a szegényebb országokban eltérő okok miatt – meg kell fontolniuk más alternatívák alkalmazását is a béreket terhelő adók és egészségbiztosítási járulékokhoz mellett (WHO, 2010). Az egészségügyi forrásteremtési rendszereket vizsgáló és összehasonlításokat közlő kutatók azonban már korábban megállapították, hogy a nemzetközi statisztikák nem egyértelműek abban a tekintetben, hogy az egészségügyi ellátások finanszírozóinak kiadásaiban mennyi az adó- és mennyi a járuléktartalom az egyes rendszereken belül (Busse-Saltman-Dubois, 2004; Thomson-Foubister-Mossialos, 2009), tekintettel arra, hogy az államháztartás egyes alrendszerei közötti transfereket nem veszi számba az OECD-WHO által használt nemzeti egészségügyi számla adatgyűjtési rendszer. Az egyes országokban alkalmazott finanszírozási rendszerek forrásteremtési gyakorlatának megítélése ezért is nagy körültekintést igényel.

Tanulmányunkban – a fentieket is figyelembe véve – a következő kérdésekre keressük a választ:

1. Mi az Egészségbiztosítási Alap pontos forrásszerkezete Magyarországon?

2. Melyek voltak a legfontosabb trendek a forrásteremtési szerkezetben a kilencvenes évek közepe óta?

3. Hogyan befolyásolták ezek a változások az Egészségbiztosítási Alap pénzügyi egyensúlyát?

## Az Egészségbiztosítási Alap forrásszerkezete

Alapvetően magától értetődőnek tűnik, hogy társadalombiztosítási rendszerek dominánsan beralapú járulékokból fedezik az egészségügyi kiadásokat. A téma nemzetközi kutatói korábban azt állapították meg, hogy a nyugat-európai társadalombiztosítási rendszerekben, Svájcot kivéve, ez korábban így is volt (Busse-Saltman-Dubois, 2004). Az alábbiakban azt vizsgáljuk meg, hogy ez mennyiben igaz Magyarország esetében. Az Egészségbiztosítási Alap a 2009. évi bevételei a zárszámadás adatai alapján az 1. táblázatban láthatóak. Ebben az évben a munkavállalói és munkáltatói járulékból, illetve a munkáltatói táppénz hozzájárulásból és egyéb járulékokból származó bevételek még a legnagyobb részét adták a bevételeknek (56%), de nagyon jelentős hányadot jelentettek a bevételekben az államháztartás általános adóbevételekből származó támogatásai, amelyek részben a nem fizető csoportok után, részben a tételes egészségügyi hozzájárulás beszedése, részben a gazdálkodás év hiányának finanszírozása címén kerültek az Egészségbiztosítási Alaphoz. Az általános adóbevételekből származó központi költségvetési átutalások és adójellegű bevételek a tételes egészségügyi hozzájárulásból hozzávetőleg 39%-át tették ki az Egészségbiztosítási Alap bevételeinek. Piaci szereplők hozzávetőleg 3%-át fedezték az összes bevételnek a gyógyszergyártók és forgalmazók befizetése, és az üzleti biztosítók baleseti megtérítései révén. Még számos más bevételi forrás egészíti ki az Egészségbiztosítási Alap bevételi forrásait, de ezek összességükben sem érik el a bevételek 2%-át.

Az egészségbiztosítási alap bevételi szerkezetét több, különböző társadalompolitikai célú törvény szabályozza a kilencvenes



évek óta. Ezek egyrészt az egészségbiztosítási bevételek növelését célozták, másrészt más és más kormányzati prioritásoknak megfelelően nyújtottak különféle járulékfizetési kedvezményeket eltérő társadalmi csoportoknak. Az egészségbiztosítási ellátások fedezetét alapvetően az 1997. évi LXXX. törvény határozza meg<sup>2</sup>. Az egészségügyi ellátások fedezetének kiegészítésére és kizárólag egészségügyi szolgáltatásra jogosultak – azaz a járulékot amúgy nem fizető társadalmi csoportok – ellátásának finanszírozására egészségügyi hozzájárulás befizetését rendelte el a Parlament 1996-ban<sup>3</sup>. A hozzájárulás csak a munkáltatókat terhelte befizetési kötelezettségként mindenekelőtt az alkalmazotti munkaviszonyban állók után. Később, 1998-ban, az egészségügyi hozzájárulást adójellegű fizetési kötelezettségként határozták meg, és szintén bevezetésre került a százalékos mértékű egészségügyi hozzájárulás is.<sup>4</sup>

1997-ben fogadták el az alkalmi munkavállalók járulékfizetésének egyszerűsített szabályait a foglalkoztatást elősegítő lehetőségként<sup>5, 6</sup>. Majd a munkaerő-piaci szempontból kedvezőtlen helyzetű egyes társadalmi csoportok és a munkaerőpiactól tartósan távollévők foglalkoztatása, továbbá a pályakezdő fiatalok gyakorlati munkatapasztalat-szerzésének megkönnyítése érdekében az Országgyűlés újabb kedvezményes járulékfizetési szabályokat alkotott 2004-ben START kártya program néven<sup>7</sup>. Egy évvel később az Országgyűlés azon kötelezettségére tekintettel, hogy a közügyek szabad megvitatását (!), a közügyekkel összefüggő információhoz való hozzájutást, a művészeti élet szabadságának megvalósulását és a testkultúra, különösen a sport fejlődését előmozdítsa újabb járulékkedvezményeket adott kiemelt foglalkozási csoportoknak, például az újságíróknak és lapszerkesztőknek, szakképzett sportedzőknek, és sok más művészeti élettel kapcsolatos foglalkozási csoportnak<sup>8</sup> egyszerűsített köztelherviselési hozzájárulás (EKHO) címen.

A bevételek növelését célozta, hogy a gyógyszergyártókat és forgalmazókat jelentős mértékű, általános befizetési kötelezettség terheli az Egészségbiztosítási Alap számára a támogatásban részesült termékeik után<sup>9</sup>. Továbbá az OEP és az üzleti biztosítók között is megállapodás van érvényben a baleseti károk egy részének megtérítéséről.

### Fontosabb változások az Egészségbiztosítási Alap bevételi szerkezetében a kilencvenes évek közepe óta

Hazai szinten az OEP jelentései egyértelműen alkalmasak arra, hogy a források szerkezetét elemezni lehessen, de a nemzetközi összehasonlítás megfelelő adatgyűjtési háttér hiánya miatt komoly módszertani problémát jelent. Ugyan az OECD és a WHO is közzéteszi az egészségügyi források szerkezetét a finanszírozók szerinti bontásban a nemzeti egészségügyi számlák alapján, de ez a statisztikai kimutatás valójában nem alkalmas arra, hogy az egészségügyi források tényleges szerkezetét meghatározzuk, hiszen a nemzeti egészségügyi számlák csak a finanszírozók által eszközölt egészségügyi kiadásokat összesítik. Az alapvető gondot az jelenti, hogy a nagyobb finanszírozók közötti transzfertámogatások – például a központi költségvetés és az Egészségbiztosítási Alap közötti átutalások és egyéb támogatások – nem kerülnek pontosan kimutatásra. A nemzetközi egészségügyi számlákban Magyarország esetében például a WHO becslése szerint az Egészségbiztosítási Alap a teljes egészségügyi rendszer forrásainak 60%-a felett rendelkezett 2009-ben (2. táblázat). Ebből könnyen azt a következtetést lehetne levonni, hogy a magyar társadalombiztosítási rendszer dominánsan beralapú

járulékfizetéssel finanszírozott. Azonban ha figyelembe vesszük a központi költségvetés és az Egészségbiztosítási Alap közötti különböző pénzügyi támogatásokat, akkor a járulékok részese-dése valójában csak 36,7%-ot és ezzel párhuzamosan a különböző adók már 32,9%-ot tettek ki a magyar egészségügyi rendszer finanszírozásában 2009-ben (2. táblázat). Azóta – az elmúlt két évben – az adó-járulék arány az Egészségbiztosítási Alap és így a teljes egészségügyi rendszer finanszírozásban tovább nőtt. A járulékok szerepe az egészségügyi rendszer kiadásainak finanszírozásában sokkal nagyobb mértékben mérséklődött, mint az Egészségbiztosítási Alap kiadásai, ezzel párhuzamosan viszont az adók szerepe – az egyre növekvő mértékű államháztartási transzfereknek köszönhetően – a finanszírozásban sokkal jelentősebbé vált, mint a központi költségvetés közvetlen egészségügyi kiadásaiból az következne.

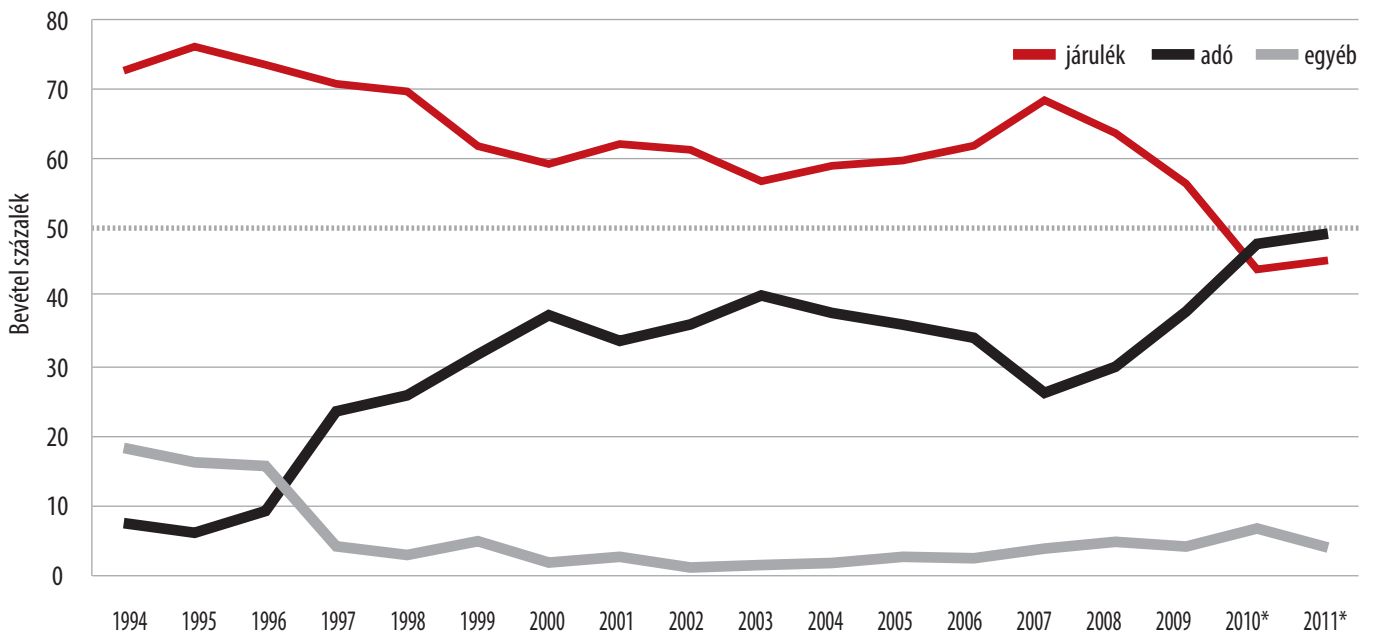
Az adó és járulék arány megváltozása természetesen nemcsak az egészségügyi rendszerben követhető jól nyomon, hanem a legnagyobb finanszírozási szereppel rendelkező Egészségbiztosítási Alap gazdálkodásában is.

A fenti ábrán egyértelműen látható, hogy a járulékbételek dominanciája teljesen megszűnt az Egészségbiztosítási Alap bevételei között, sőt az ideai évben az adóbevételek várhatóan elérik az 50%-ot. Az adó és járulékinanszírozás aránya 1997 és 2000,

**1. táblázat. Egészségbiztosítási Alap bevételei 2009-ben millió forintban és a bevétel százalékában (forrás: ESKL, zárszámadási adatok).**

	Millió Ft	%
Biztosított által fizetett egészségbiztosítási járulék	424 335,2	29,91%
Központi költségvetésből pénzeszköz átadás, 2006-tól járulék címén átvett pénzeszköz	313 641,0	22,11%
Munkáltatói egészségbiztosítási járulék költségvetési szervektől; gazdálkodó szervezetektől; non-profit szervezetektől; egyéni vállalkozóktól foglalkoztatottjai után és saját jogon	307 214,5	21,65%
Államháztartásból kiegészítő hiányfinanszírozás		
a zárszámadásban	149 465,0	10,53%
Tételes egészségügyi hozzájárulás	78 996,7	5,57%
Gyógyszergyártók és forgalmazók befizetése	43 559,6	3,07%
Százalékos mértékű egészségügyi hozzájárulás	30 937,4	2,18%
Munkáltatói táppénz hozzájárulás	24 807,5	1,75%
Baleseti járulék/Egészségügyi szolgáltatási járulék (2006-tól)	17 309,9	1,22%
Munkanélküli ellátás/Álláskeresési támogatás utáni egészségbiztosítási járulék	4 564,1	0,32%
Késedelmi pótlék, bírság	4 246,4	0,30%
Egészségügyi feladatok ellátásával kapcsolatos központi költségvetési hozzájárulás	3 900,0	0,27%
Baleseti és egyéb kártérítési megtérítések	3 211,9	0,23%
MPA által Start kártya kiegészítés	2 382,0	0,17%
EKHO-val teljesített egészségbiztosítási járulék	1 803,9	0,13%
Működési és felhalmozási célú bevételek	1 680,9	0,12%
Terhességmegszakítással kapcsolatos költségvetési térítés	1 600,0	0,11%
Kifizetések visszatérítése és egyéb bevételek	1 494,1	0,11%
Start-kártyával rendelkező biztosítottak egészségbizt.-i járuléka	1 323,4	0,09%
Terhességmegszakítás egyéni térítési díja	657,5	0,05%
Nemzetközi egyezményből eredő ellátások megtérítése	647,5	0,05%
Közteherjegy után befolyt járulék	461,2	0,03%
Egészségügyi szolgáltatók visszafizetése	361,1	0,03%
Megállapodás alapján fizetők járuléka	214,9	0,02%
Vagyongazdálkodással kapcsolatos bevételek	14,9	0,00%
	1 418 830,6	

1. ábra. Az Egészségbiztosítási Alap bevételeinek finanszírozási forrása 1994–2011\* (forrás: OEP, ESKI adatok alapján szerzői számítás, 2010 és 2011 előzetes, illetve tervezési adatok alapján).



illetve 2009 és 2010 között növekedett jelentős mértékben. Az első időszak elején, 1997-ben került bevezetésre az adó jellegű egészségügyi hozzájárulás és ezzel együtt eltörölték a Nyugdíjbiztosítási Alap hozzájárulását az Egészségbiztosítási Alap kiadásaihoz. Ennek hatására azonban lényegesen nem változott meg 1997-ben az Egészségbiztosítási Alap teljes bevétele, hiszen a bevezetett egészségügyi hozzájárulásból származó bevétel nominálisan csak nem sokkal haladta meg a Nyugdíjbiztosítási Alapból származó korábbi hozzájárulást. Viszont az Egészségbiztosítási Alap forrásteremtési szerkezetének átalakulása ettől az évtől visszafordíthatatlanul megindult a dominánsan adóból történő forrásteremtés irányába.

Az adóbevételek felé való eltolódás legfontosabb oka az egészségbiztosítási járulékszint – mindenekelőtt a munkáltatói járulék – csökkentése volt. A járulékcsökkenés egyértelműen a foglalkoztatási helyzet javítását célozta, azt remélve, hogy az alacsonyabb járulékszint munkahelyteremtő beruházásokat fog elindítani a gazdaságban. A járulékszint kisebb szünetekkel tűzdelt, de alapvetően töretlen csökkentéséből ítélve úgy tűnik, hogy bizonyos értelemben szakpolitikai konszenzus uralkodott az egymást követő kormányzatok felfogásában. Így tizenöt év alatt a munkáltatói járulékszintet 19,5%-ról 2%-ra csökkentették 1994 és 2011 között (2. ábra). A kieső bevételeket 2004-től a munkavállalói járulékszint emelése valamelyest kompenzálta, de a járulékokból egyre növekvő mértékben elmaradó bevételeket értelemszerűen csak a központi költségvetés növekvő hozzájárulása pótolhatta (3. ábra). Míg az Egészségbiztosítási Alap finanszírozásában a munkáltatói költségterhek gyakorlatilag minimálisra csökkentek (14%) 1994 óta (3. ábra), addig a munkavállalók és a központi költségvetés befizetései együttesen hozzávetőleg 80%-ot tesznek majd ki 2011-ben. Az egyéb befizetések között a gyógyszergyártók és forgalmazók befizetései jelentik a legjelentősebb tételt.

Ámbár ha összehasonlítjuk a nyugdíj- és az egészségbiztosítási járulék alakulását, akkor megállapíthatjuk, hogy nem ugyanazok a megfontolások vezették a járulékpolitikát. Az egészségbiztosítási

tási járulékok és az egyenértékűsített adójellegű tételes egészségügyi hozzájárulás összegét a nyugdíjbiztosítási járulékszinttel összehasonlítva (4. ábra) azt állapíthatjuk meg, hogy egyáltalán nem csökkent a nyugdíjjárulék szintje 1994 óta. Még akkor sem, ha figyelembe vesszük azt, hogy ténylegesen 2001 és 2006 között alacsonyabbak voltak a nyugdíjbiztosítási járulékok, és azt is, hogy 2008-tól kezdve a rokkantsági ellátások finanszírozása teljes egészében a Nyugdíjbiztosítási Alaphoz került az Egészségbiztosítási Alaptól a járulékbefizetésekkel együtt. Az egészségügyi és a nyugdíjjárulék szintje közötti különbségből világosan az tűnik ki, hogy a gazdaság versenyképességének fokozását és kiemelten a foglalkoztatás növelését az egymást követő kormányok elsősorban az egészségbiztosítási járulékok csökkentésével próbálták elérni, miközben jelentős járulékbévételt engedtek át a később felszámolt kötelező magán-nyugdíjpénztári rendszernek.

A járulékok csökkentését a kormányzati gazdasági politikák a bérterhek csökkentésével elérhető gazdasági versenyelőnyvel indokolták. Mégis az egyes országokban alkalmazott járulékkerhek átlátható és módszertanilag alaposan alátámasztott, áttekinthető összehasonlítása a hazai szakpolitikai dokumentumokból szinte teljes egészében hiányzik. Az egyes rendszerek

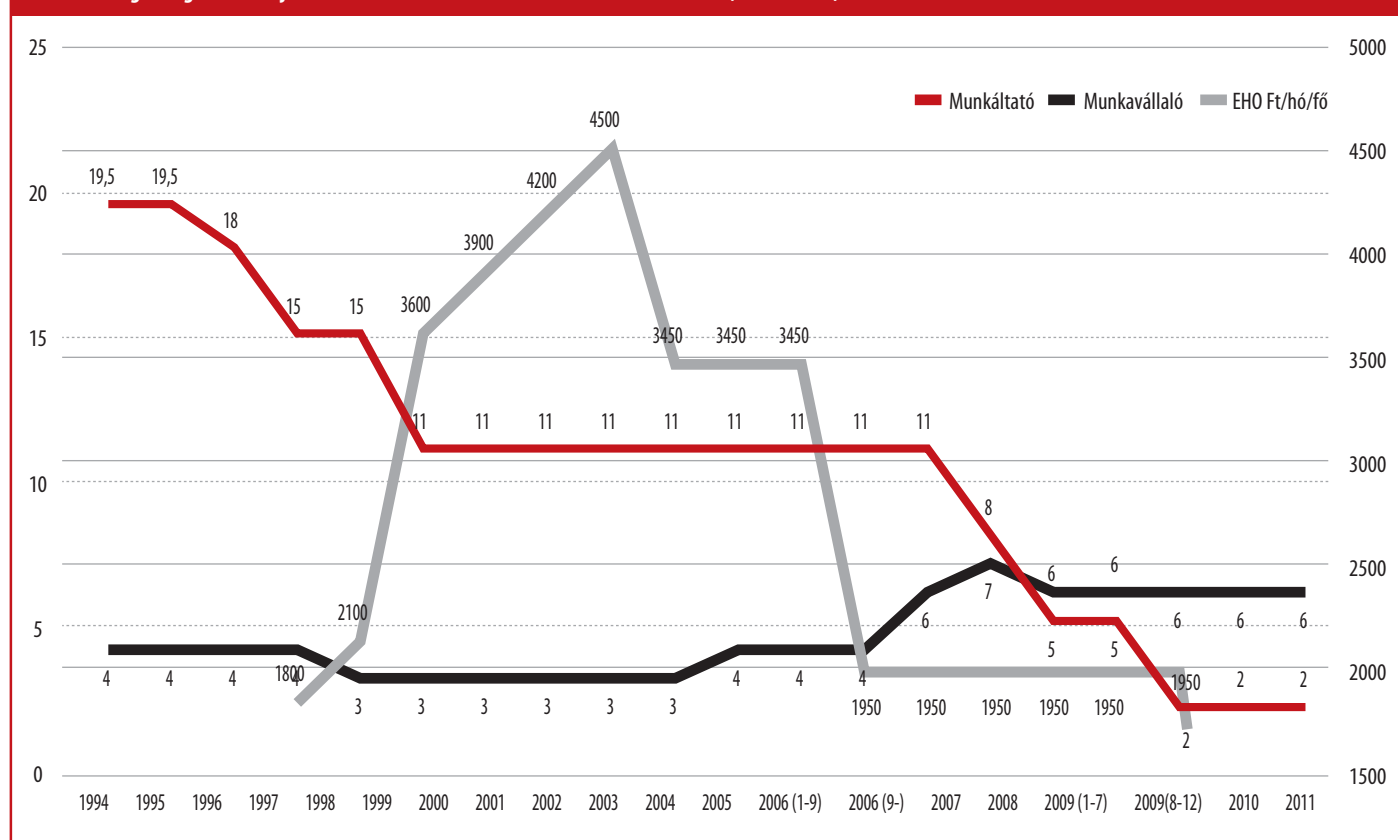
2. táblázat. Az egészségügyi rendszer fontosabb finanszírozási forrásai, 1995-2008. (forrás: 1. OECD HEALTH DATA 2010, June; WHO NHA (2009) 2. szerző becslése)

	1995	2000	2005	2008	2009
Államháztartás (1)	84,0	70,7	72,3	71,0	69,9
*Ealap (1)	67,2	59,3	61,0	59,2	59,8
*Központi és önkormányzati kiadások (1)	16,8	11,4	11,3	11,8	9,8
Betegek önrésze (1)	16,0	26,3	23,8	23,9	23,3
Magánbiztosítások és egészségpénztár (1)	0,0	0,2	1,1	2,1	2,1
Non-profit szervezetek (1)	0,0	2,8	1,6	1,9	1,6
Vállalatok (1)	0,0	0,0	1,2	1,1	NA
*Járulék (2)	63,2	36,6	38,6	41,2	36,7
*Adók (2)	20,8	34,1	33,7	29,9	32,9

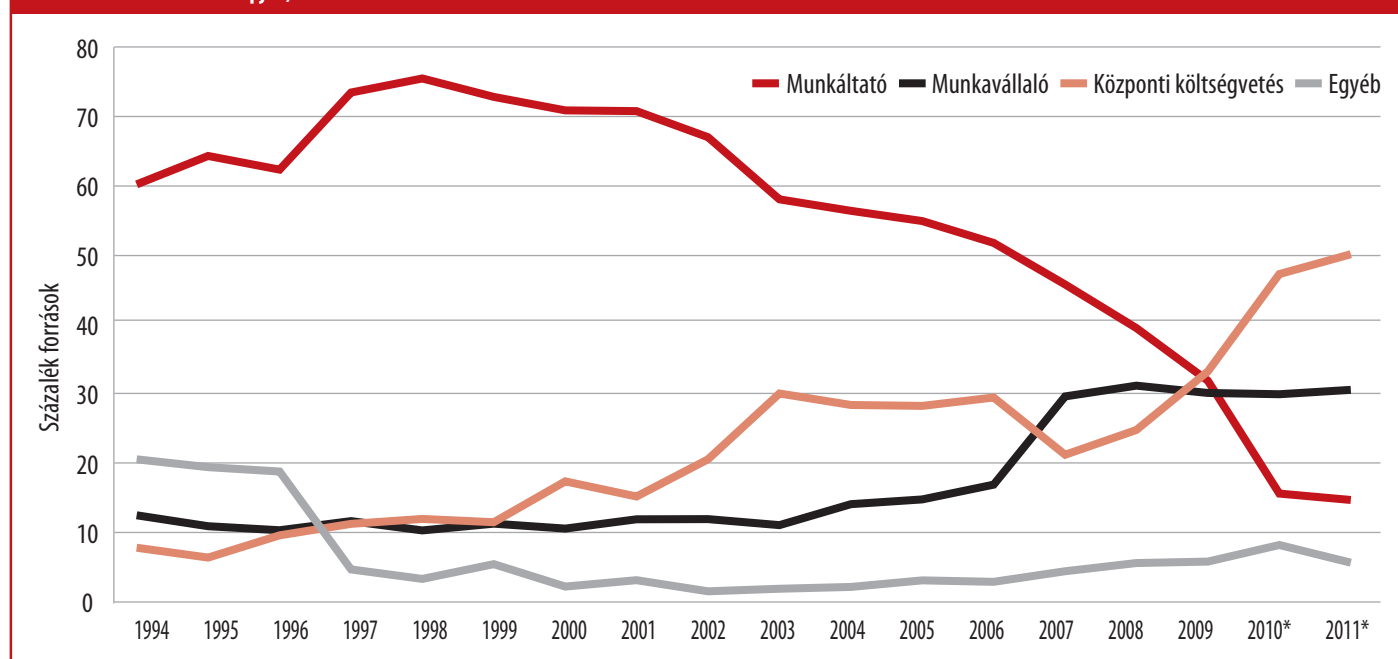
megismerését ugyanakkor jól segítik a Nemzetközi Társadalombiztosítási Szövetség (ISSA) és az Európai Unió Kölcsönös Információs Rendszere a Szociális Védelmi Rendszerekről (MISSOC) adatbázisai, amelyekben közvetlen számszerű összehasonlító táblázat ugyan nincs, de az egyes rendszerek részletes és pontos leírása megtalálható. Az összehasonlítás fő nehézsége többek között az, hogy bizonyos ellátásokat – anyaság, rokkantság – hol az egészségbiztosítási ellátásokban, hol a nyugdíj ellátá-

sokban finanszíroznak az egyes társadalombiztosítási rendszerek; illetve vannak olyan kiegészítő járulékok is, mint például kockázatarányos foglalkozási és megbetegedési ellátások vagy krónikus ápolási szolgáltatások után fizetett járulékok. Más országoktól eltérően Magyarország és Hollandia esetében vannak továbbá fix összegű havi hozzájárulások is, amelyek százalékos egyenértékűsítése is szükséges a teljes körű összehasonlításhoz. Az egyes európai országokban alkalmazott járulékszintek össze-

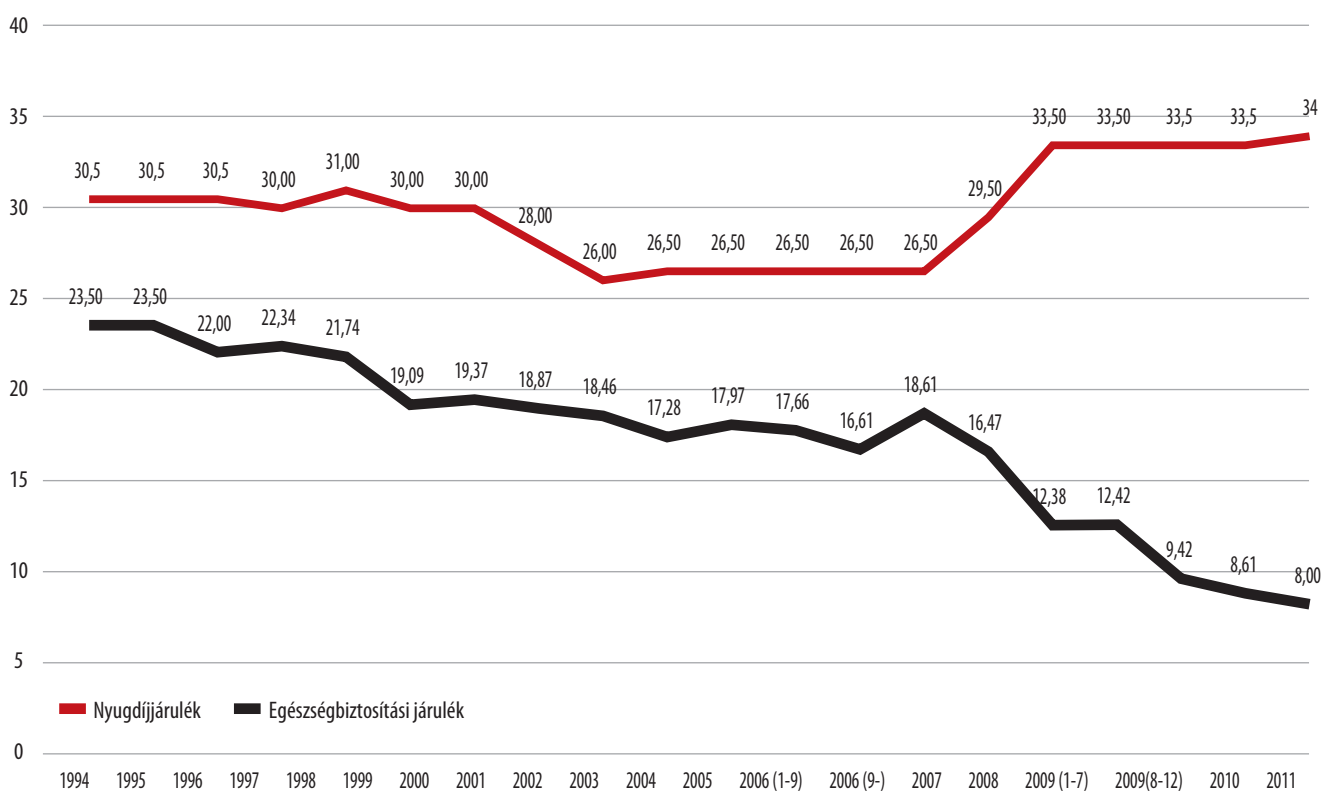
2. ábra. Az egészségbiztosítási járulékszint alakulása százalékban 1994 és 2011 között (forrás: APEH).



3. ábra. Az Egészségbiztosítási Alap finanszírozásai forrásai 1994 és 2011 között (forrás: OEP, ESKI adatok alapján szerzői számítás, 2010 és 2011 előzetes, illetve tervezési adatok alapján).



4. ábra. A munkáltatókat és munkavállalókat terhelő társadalombiztosítási járulékok alakulása 1994 és 2011 között. (Megjegyzés: az egészségbiztosítási járulék a tételes egészségügyi hozzájárulás egyenértékűsítése után a százalékos egészségbiztosítási járulékkal összevontan került bemutatásra az ábrán.)



hasonlítása egy korábbi tanulmányban már részletesen is bemutatásra került a 2008-as adatok alapján (Szigeti, 2009). A legfrissebb 2011-es MISSOC-táblázatok adatai alapján megállapítható, hogy a magyarországi egészségbiztosítási járulékok továbbra is a legalacsonyabbak közé tartoznak európai összehasonlításban, csak Görögországban és Luxemburgban van 1-2 százalékkal alacsonyabb járulékszint. A közép-európai országokban ezzel szemben mindenhol lényegesen magasabb az egészségbiztosítási járulék: Szlovákiában 16,8%; Csehországban 15,8%; Lengyelországban 11,45%, amihez még hozzá kell számolni a külön szedett kockázatarányos foglalkozási megbetegedések után beszedett járulékot. De igen magas és emelkedő járulékszintet látunk Hollandiában (19,9%) és Németországban (17,4%), nem ide számítva a Hollandiában külön fizetendő 1375 EUR/év fix díjat és a foglalkozási megbetegedések után szedett járulékokat. A Magyarországon meghatározott nyugdíjjárulék ezzel szemben toronymagasan vezet az európai rangsort. A második legmagasabb nyugdíjjárulék szintet Csehországban (28%) alkalmazzák a legfrissebb adatok alapján.

**Vitapontok és további megfontolások**

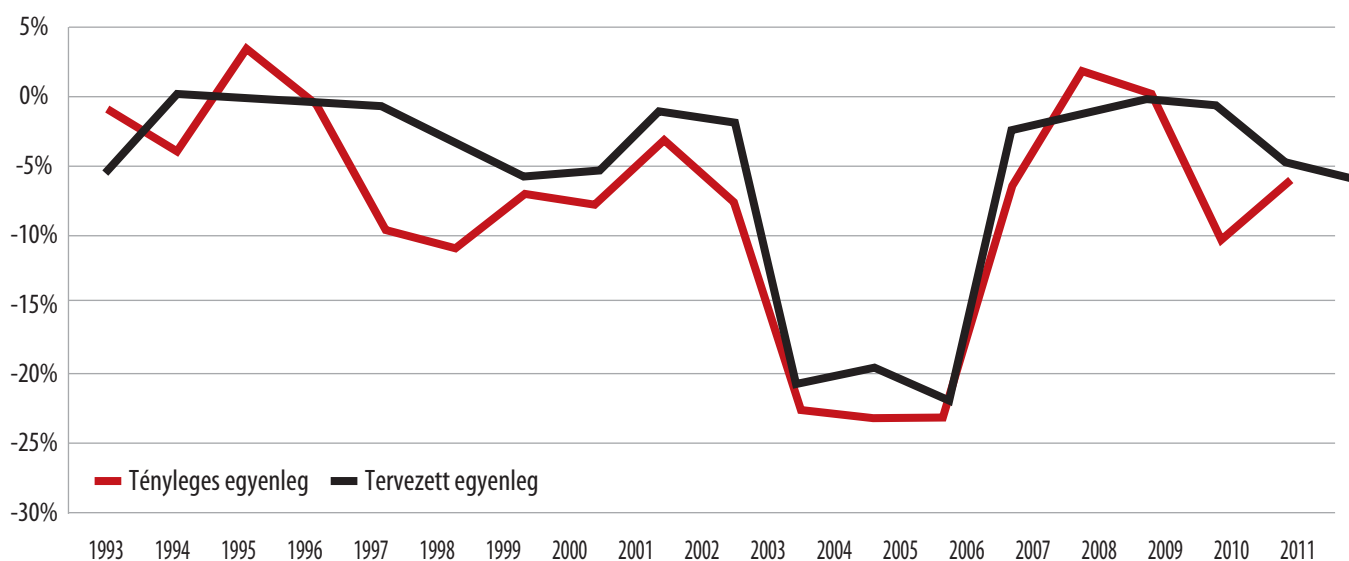
A WHO Európai Régiójának egészségügyi rendszer koncepciója szerint a forrásteremtési rendszerek előtt az egyik legfontosabb kihívás az, hogy stabil és kiszámítható finanszírozási forrást teremtsenek az egészségügyi rendszer egésze számára (WHO, 2005). Később a WHO 2010-es átfogó jelentése hangsúlyozottan kiemelte azt, hogy – többek között – az egyes kormányzatok egészségügy iránti elkötelezettsége a döntő jelentőségű abban, hogy az egészségügyi rendszer milyen mértékben jut hozzá a szükséges forrásokhoz. Az Európai Régióban az egyes tagország-

ok az államháztartási kiadásaikon belül a teljes kiadások négy százalékától húsz százalékáig költenek az egészségügyre (WHO, 2010). Természetesen a GDP növekedésével együtt általában nőnek az egészségügyi kiadások, de a hasonló jövedelemszintű országok között nagyon nagy az eltérés abban a tekintetben, hogy a kormányzati kiadások mekkora hányadát költik egészségügyi ellátásokra. Az alábbiakban azt szeretnénk megvizsgálni, hogy miképpen alakult a stabil és kiszámítható forrásteremtés Magyarországon a forrásteremtés szerkezetének és irányításának átalakulásával párhuzamosan a kilencvenes évek közepe óta. Úgy is feltehetjük a kérdést, hogy a forrásteremtés szerkezetének előbb bemutatott változásai miképpen befolyásolták az egészségügyi rendszer pénzügyi fenntarthatóságát.

A finanszírozási fenntarthatóság egyik fontos indikátora, hogy miképpen alakul a fontosabb finanszírozási szereplők pénzügyi stabilitása. A magyar egészségügyi rendszer finanszírozási fenntarthatóságát hosszú időn keresztül az egészségbiztosítási alap hiányának vagy másképpen pénzügyi stabilitásának alakulásával támasztották alá. Egyes korábban hivatkozott, vezető nemzetközi szakértők pedig általánosságban a járulékalapú finanszírozás növelését tartották a pénzügyi fenntarthatósággal nehezen összeegyeztethetőnek, és források előteremtése érdekében inkább az adójellegű források növelését ajánlották (Thomson, 2009). A pénzügyi fenntarthatóság magyarországi helyzetének elemzése céljából a 7. számú ábrán az Egészségbiztosítási Alap egyenlegét mutatom be az ESKI által közölt adatok alapján. A tényleges egyenleg alakulásával kapcsolatban több korszakot lehet megkülönböztetni.

Az első korszak az 1993 és 1996 közötti időszak, amikor az alap közel pénzügyi egyensúlyi állapotban volt, az 1994-es évet leszámítva. A következő években 2002-ig már nagyon jelentős,

5. ábra. Tervezett és tényleges deficit az Egészségbiztosítási Alap gazdálkodásában 1993 és 2011 között (forrás: ESKI-adatok alapján szerzői számítás; 2010 előzetes, 2011 csak terv adatok).



de ingadozó mértékű hiány alakult ki a gazdálkodásban. A hiány mértéke 1997-ben elérte a 10%-ot. A másik fontos jellegzetessége ennek az időszaknak, hogy a tervezett hiány elkezdett gyakorlattá válni a költségvetési tervezésben, habár a tervezett hiány mértéke csökkent 2001-ben és 2002-ben. Az ezt követő időszakban azonban óriásira nőtt mind a tervezett, mind a tényleges hiány. A tervezett hiány megint jelentősen csökkent, majd szinte meg is szűnt 2006 és 2009 között. Végül 2010-től újra jelentős hiánnyal kezdték tervezni az Egészségbiztosítási Alap költségvetését. A tervezett és tényleges hiány közötti eltérés részben a gyógyszerkassza nem tervezett kiadásaiából, részben az évközben elhatározott kormányzati járulékcsoökkentésből keletkezett. Általánosságban úgy véljük, hogy a hiány betervezésének bevett gyakorlata az Egészségbiztosítási Alap esetében egyértelműen a kiszámítható és stabil forrásteremtési mechanizmusok hiányára utal. Az is jól látszik még az 5., 1., és 3. ábrák összevetésével, hogy az Egészségbiztosítási Alap forrásainak plurálisabbá válásával, azaz az adóbevételek felé való jelentős eltolódásával nemhogy javult volna az Alap pénzügyi egyensúlya, hanem nagyon jelentősen romlott.

Ahhoz azonban, hogy meg tudjuk ítélni a pénzügyi fenntarthatóságot, célszerű megvizsgálni az egészségügyi közkiadások alakulását és relatív helyzetét az államháztartási kiadásokon belül, hiszen ebből lenne valójában érthető, hogy az Egészségbiztosítási Alap forráshiánya a fékezhetetlenül növekvő egészségügyi kiadásokra vagy a forrásteremtési mechanizmusok, illetve a kormányzati elköteleződés elégtelenségére vezethető vissza. Az egészségügyi közkiadások alakulását a 3. táblázatban tüntettük fel azokban az országokban, amelyekben az egészségügyi ellátásokat társadalombiztosítási rendszeren keresztül nyújtják. Az adatokból jól látható, hogy míg átlagosan jelentősen nőtt az egészségügyi közkiadások szintje nemcsak nyugat-európai, hanem kelet-európai összehasonlításban is, addig Magyarország azon egész kivételes példák közé tartozik, ahol jelentősen csökkentek az egészségügyi közkiadások 1995 és 2009 között. Ugyan Észtországban 2005-ig a magyarnál is jelentősebb kiadáscsökkenés zajlott le, a teljes vizsgált időszakot tekintve Magyarországon volt a legnagyobb a csökkenés mértéke a GDP arányában hozzávetőleg egy százalékponttal.

Ennek következtében az egészségügyi közkiadások szintje jelentősen az átlag alá került.

Hasonlóképpen a teljes államháztartási kiadásokon belül is jelentősen csökkent az egészségügyi kiadások részesedése (4. táblázat). Miközben átlagosan 1,4 százalékponttal nőtt az egészségügyi kiadások súlya az államháztartási kiadásokon belül a társadalombiztosítási rendszereket működtető országokban 1995 és 2009 között, Magyarországon 1 százalékponttal csökkent. Bár itt hely hiányában nincs lehetőség a részletes elemzésre, de a Nemzeti Egészségügyi Számlák alapján jól látszik, hogy ugyanabban az időszakban az adóalapon finanszírozott egészségügyi rendszerekben még jelentősebb emelkedés volt az egészségügyi közkiadásokban és a relatív finanszírozási pozícióban az államháztartási kiadásokon belül. Az egészségügyi közkiadások

3. táblázat. Az egészségügyi közkiadások alakulása a GDP százalékában társadalombiztosítási rendszert működtető országokban

Országok	1995	2000	2005	2008	2009
Ausztria	7,04	7,64	7,92	7,69	8,25
Belgium	5,85	6,07	7,40	7,43	8,06
Bulgária	3,75	3,57	4,27	3,34	3,55
Horvátország	5,90	6,73	6,06	6,64	6,64
Csehország	6,36	5,91	6,06	5,70	6,13
Észtország	5,67	4,10	3,85	4,75	5,28
Franciaország	8,26	8,00	8,53	8,46	8,98
Németország	8,23	8,21	7,95	7,92	8,60
Görögország	4,47	4,73	5,76	6,15	6,65
Magyarország	6,13	4,97	5,80	4,98	5,14
Izrael	5,12	4,67	4,58	4,42	4,45
Litvánia	3,99	4,53	3,79	4,51	4,51
Luxemburg	5,14	5,22	5,93	5,06	5,77
Hollandia	5,92	5,02	5,95	7,42	8,32
Lengyelország	3,99	3,87	4,02	4,73	4,86
Románia	2,40	3,53	4,41	4,29	4,29
Szlovákia	5,37	5,58	5,08	5,37	5,72
Szlovénia	5,83	6,15	5,81	5,69	6,36
<b>Átlag</b>	<b>5,52</b>	<b>5,47</b>	<b>5,73</b>	<b>5,81</b>	<b>6,20</b>

olyan szintre csökkentek (3. táblázat), amelyen már a lakosság egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáféréseinek általános megoldása már gondot jelenthet, különösen a szegények tekintetében, ezt mutatják a nemzetközi tapasztalatok (WHO, 2010).

Az Egészségbiztosítási Alap gazdálkodásának irányítása több lépésben teljes egészében a kormányzat hatáskörébe került az önkormányzati irányításból 1996 és 1998 között. Utólag az átalakulás első lépéseként tekinthetünk arra az intézkedésre, amelynek értelmében a kormány átvette a társadalombiztosítási alapok költségvetésének betérjesztési jogát a Parlament számára 1996-ban, majd az irányítás teljes államosítására sor került 1998-ban. Adódik a kérdés, hogy az Egészségbiztosítási Alap irányítási szervezetének átalakítása milyen mértékben befolyásolta az Alap bevételi szerkezetét és pénzügyi stabilitását. A társadalombiztosítási alapok irányításának állami feladatként történt meghatározását később nem követte egy olyan forrásteremtési stratégia kialakítása, amely lehetővé tenné a kitűzött prioritások, operatív célok áttekintését és az elért eredmények mérését; miközben a kormány az Egészségbiztosítási Alap forrásszerkezetét közvetlenül és különösebb tárgyalási vagy megegyezési kényszer nélkül alakíthatja a kilencvenes évek második fele óta.

A forrásteremtési szerkezet átalakításának egyik fő motivációja valójában a foglalkoztatás növelése és a gazdasági teljesítmény élénkítése volt. A magyar gazdaság – különösen 1997 és 2006 között – a többi közép- és kelet-európai országhoz hasonlóan jelentősen bővült, de ez nem eredményezte a foglalkoztatás számottevő növekedését a 15 és 64 év közötti korcsoportban: a EUROSTAT adatai szerint 1996 és 2010 között ebben a korcsoportban mindössze 3,3 százalékponttal növekedett a foglalkoztatás, 52,1%-ról 55,4%-ra. Ezzel a szinttel Magyarország jelenleg az utolsó az Európai Unióban. Annak ellenére, hogy a járulékcsoökkentési intézkedéseknek nagyon erős politikai és kormányzati támogatása volt az elmúlt évtizedekben, nagyon keveset tudunk a meghozott járulékcsoökkentési intézkedések hatásáról a foglalkoztatás magyarországi bővülésére. Külön vizsgálati kérdés lehet, hogy mennyiben idézi elő jobban a foglalkoztatás bővülését a munkáltatói járulékcsoökkentése, mint a munkavállalóié. Tudjuk, hogy a magyar munkáltatói egészségbiztosítási járulékok messze a legalacsonyabbak nemzetközi összehasonlításban. Csehországban, ahol a munkáltatói járulékok szintje közel háromszorosa a munkavállalói járulékokénak, és ahol a járulékok teljes – nyugdíj- és egészségbiztosítási járulékok összesen – szintje hozzávetőleg a magyarországi szinttel azonos, a foglalkoztatás mértéke sokkal magasabb, mint Magyarországon. Sőt, nyugat-európai összehasonlításban szintén elmondható, hogy például Németországban és Hollandiában, ahol csak némileg alacsonyabb a teljes járulékszint, mint a magyarországi, a foglalkoztatás összehasonlíthatatlanul nagyobb.

### Következtetések

Az Egészségbiztosítási Alap bevételi szerkezetének átalakítása során részint teljesen újrászervezésre került finanszírozási terhemegosztás a munkáltatók és a munkavállalók között – az utóbbiak terhére, részint ezzel párhuzamosan az adóbevételek dominánsá váltak az Egészségbiztosítási Alap bevételeiben. Az Egészségbiztosítási Alap irányításának és költségvetési tervezésének növekvő mértékben való állami kezelésbe vonása ugyan utat nyitott a kormányzat számára a forrásszerkezet átalakítására, és így a pénzügyi egyensúly közvetlen befolyásolására, de a kormányzati intézkedések a forrásteremtés tekintetében

### 4. táblázat. Egészségügyi közkiadások alakulása az államháztartási kiadások százalékában a társadalombiztosítási egészségügyi rendszerekben, 1995–2009.

Országok	1995	2000	2005	2008	2009
Ausztria	12,50	14,66	15,79	15,78	15,78
Belgium	11,22	12,34	14,17	14,84	14,84
Bulgária	19,79	8,54	11,64	9,13	9,13
Horvátország	14,26	14,46	15,94	17,58	17,58
Csehország	11,68	14,14	13,48	13,28	13,28
Észtország	13,75	11,34	11,47	11,94	11,74
Franciaország	15,18	15,49	15,98	16,03	16,03
Németország	15,03	18,20	16,97	18,01	18,01
Görögország	9,77	10,13	13,09	12,96	12,96
Magyarország	11,35	10,62	11,57	10,19	10,19
Izrael	9,73	9,63	9,85	10,02	10,02
Litvánia	11,57	11,59	11,36	12,81	12,81
Luxemburg	12,96	13,89	14,28	13,72	13,72
Hollandia	10,48	11,36	13,28	16,18	16,18
Lengyelország	8,37	9,41	9,25	10,92	10,92
Románia	7,33	9,17	13,19	11,83	11,83
Szlovákia	11,04	10,70	13,37	15,37	13,96
Szlovénia	11,07	13,15	12,84	12,91	12,91
<b>Átlag</b>	<b>12,06</b>	<b>12,16</b>	<b>13,20</b>	<b>13,53</b>	<b>13,44</b>

inkább az egészségügyi rendszerrel csak áttételesen összefüggő, más társadalompolitikai célok elérését célozták – azokat is nem egyértelműen eredményes megoldásokkal. Az egészségügyi forrásteremtés adóbevételek irányába történő eltolódása első ránézésre következetes adópolitika eredménye, amely látszólag összhangban van a nemzetközi trendekkel, de valójában eddig átlátható kormányzati stratégia az egészségügyi rendszer forrásteremtésére vonatkozóan eddig nem került elfogadásra és publikálásra. Sőt, a gazdaságpolitikai kommunikáció – ugyanakkor – az adóbevételekre történő támaszkodását az Egészségbiztosítási Alapban továbbra is úgy kezeli, mint annak jelét, hogy a társadalombiztosítási rendszer nem képes fenntartható módon működni. Valójában az egészségügyi rendszer semmiféle prioritást nem kapott a forrásszerkezet átalakítása során a pénzügyi stabilitás, a tényleges szükségletek vagy a fenntarthatóság szempontjából, noha erre éppen a forrásszerkezet reformja adhatott volna lehetőséget.

A fentiekből egyértelműen kitűnik – és ezt számtalan más elemzés is megerősítette –, hogy a közfinanszírozásban az egészségügy számára elérhető források jelentős mértékben csökkentek és kiszámíthatatlanná váltak; ezzel együtt a kórházak pénzügyi nehézségei jelentős mértékben növekedtek, és az Egészségbiztosítási Alap egyenlege igen jelentős hiányt mutat fel évről évre.

Kiegészítésre szorul – legalábbis Magyarország esetében egyértelműen – az a nemzetközi ajánlás is, amely szerint az egészségügyi finanszírozási rendszerek fenntarthatósága erősíthető, ha a járulékalapú finanszírozást növekvő mértékben egészítik ki központi adóbevételekkel (Thomson-Foubister-Mossialos, 2009). Ezt az ajánlást érdemes a WHO 2010. évi Egészségügyi Világszervezet szellemében értelmezni, amely az egészségügyi forrásteremtésben alapvető jelentőséget tulajdonít a kormányzati elköteleződésnek (WHO, 2010). A magyarországi példa jól mutatja azt, hogy ha nincs kormányzati elköteleződés az egészségügyi közkiadások szinten tartására vagy emelésére, akkor az adók ki-

egésztő szerepének növelése mellett is jelentősen romolhat az egészségügyi rendszer finanszírozása. Mindazonáltal az állítás fordítva is igaz egy esetleges egészségbiztosítási járulékszint emelése vonatkozásában: az idén bejelentett váratlan munkáltatói és/vagy munkavállalói járulékemelés csak akkor szolgálja majd az egészségügyi rendszer fenntarthatóságát, ha az intézkedés nem jár együtt a központi költségvetés részesedésének azonos vagy nagyobb mértékű csökkentésével az Egészségbiztosítási Alap bevételeiben, azaz ha nemcsak az államháztartási egyensúlyt szolgáló forráscserére kerül sor az Egészségbiztosítási Alap gazdálkodásában.

A fenntartható finanszírozást biztosító adó-járulék-kombináció kialakításához – álláspontunk szerint – mindenekelőtt szükség van egy olyan hiteles kormányzati forrásteremtési stratégiára és erre épülő akciótervekre – beleértve ezek folyamatos szakpolitikai karbantartását is –, amelyek a kormányzat gazdasági és egészségügyi ágazatának valódi együttműködésében, konszenzussal kerülnek kialakításra, és amelyek ténylegesen azt célozzák, hogy a forrásteremtésben az egészségügyi rendszer forrásigénye – mindenekelőtt – megfelelő prioritást kapjon. Ehhez érdemes lenne a forrásteremtéssel kapcsolatos kormányzati, illetve szakpolitikai mechanizmusokat újragondolni, és hatékonyan működő stratégiai szakpolitikai keretrendszer létrehozni.

Természetesen szükség lenne arra is, hogy egyrészt a nemzetközi viszonylatban alkalmazott járulékok alakulását transzparenssé és folyamatosan nyomon kövessék, másrészt a járulékszint változtatása és a foglalkoztatás alakulása közötti pontos összefüggés meghatározására kerüljön a magyarországi környezetben. A foglalkoztatáspolitikai szempontból optimális járulékszinttől való eltérés jelentős források elvesztését jelentheti az egészségügyi rendszer számára, vagy felesleges többlet adóterhet róhat a lakosságra vagy a gazdaság egyes szereplőire.

Végül, mivel a nemzetközi statisztikai számbavételek – nemzeti egészségügyi számlák – jelenleg nem képesek nyomon követni az államháztartás egyes alrendszerei közötti átutalásokat, azok mielőbbi pontos számbavételére is szükség van ahhoz nemzetközi szinten, hogy a nemzetközi ajánlások szerinti adó-járulék kombináció mértéke elemezhető és meghatározható legyen.

### Szerzői megjegyzések, irodalomjegyzék

1. *A tanulmány a NEFMI és a WHO közötti megállapodás alapján fejlesztett monitoring eszköz munkálataihoz kapcsolódóan készült el.*
2. *A szerzők ezúton megköszönik Lindeisz Ferenc hozzájárulását és Szépvölgyi Edit véleményét a cikk elkészítéséhez.*
3. 1997. évi LXXX. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről.
4. 1996. évi LXXXVIII. törvény az egészségügyi hozzájárulásról.
5. 1998. évi LXVI. törvény az egészségügyi hozzájárulásról.
6. 1997. évi XVIII. törvény az egyes társadalombiztosítási és szociális ellátásokról szóló törvények módosításáról.
7. 1997. évi LXXIV. törvény az alkalmi munkavállalói könyvvél történő foglalkoztatásról és az ahhoz kapcsolódó közterhek egyszerűsített befizetéséről.
8. 2004. évi CXXIII. törvény a pályakezdő fiatalok, az ötven év feletti munkanélküliek, valamint a gyermek gondozását, illetve a családtag ápolását követően munkát keresők

*foglalkoztatásának elősegítéséről, továbbá az ösztöndíjas foglalkoztatásról.*

9. 2005. évi CXX. törvény az egyszerűsített közteherviselési hozzájárulásról.
10. 2006. évi XCVIII. törvény a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól.
11. 1996. évi CXXI. törvény az államháztartásról szóló 1992. évi XXXVIII. törvény és az ahhoz kapcsolódó egyes törvényi rendelkezések módosításáról 55. § (3).
12. 1998. évi XXXIX. törvény a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak és a társadalombiztosítás szerveinek állami felügyeletéről.

### Hivatkozások

1. Sarah Thomson, Thomas Foubister, Elias Mossalios (2009): *Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses.* European Observatory on Health Systems and Policies. WHO, 52, 94, 95.
2. Sarah Thomson, Tom Foubister, Josep Figueras, Joseph Kutzin, Govin Permanand, Lucie Bryndová (2009): *Addressing financial sustainability in health systems.* European Observatory on Health Systems and Policies. WHO
3. Sarah Thomson, Andres Vörk, Triin Habicht, Liis Rooväli, Tamás Evetovits and Jarno Habicht (2010): *Responding to the challenge of financial sustainability in Estonia's health system.* WHO
4. World Health Organization (2010): *Health Systems Financing. The path to universal coverage.* WHO, 35, 25, 20, 88, 98.
5. Josep Figueras, Richard B. Saltman, Reinhard Busse and Hans F. W. Dubois (2004): *Patterns and performance in social health insurance systems.* Richard Saltman-Reinhard Busse-Josep Figueras. eds: *Social Health insurance systems in western Europe.* Open University Press, 117.
6. Reinhard Busse, Richard B. Saltman, Hans F. W. Dubois (2004): *Organization and financing of social health insurance systems: current status and recent policy developments.* Richard Saltman-Reinhard Busse-Josep Figueras. eds: *Social Health insurance systems in western Europe.* Open University Press, 45, 47.
7. Szigeti Szabolcs (2009): *Az egészségbiztosítási járulékpolitika és forrásteremtés nemzetközi összehasonlításban.* Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2009/2:18–22.
8. MISSOC (2011): *EU's Mutual Information System on Social Protection.* ([http://ec.europa.eu/employment\\_social/missoc/db/public/compareTables.do?lang=en](http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db/public/compareTables.do?lang=en) Letöltve: 2011. augusztus 28-án.
9. WHO (2005): *Strengthened health systems save more lives. An insight into WHO's European Health Systems' Strategy.* WHO Regional Office for Europe.

\* Szigeti Szabolcs egészségügyi közgazdász, a WHO Magyarországi Iroda egészségpolitikai rendszerelemző munkatársa.

\*\*Evetovits Tamás, a WHO Európai Regionális Iroda egészségügyi finanszírozási részlegének vezetője.

# Az OEP szolgáltatásvásárlói és biztosítói szerepének erősítése

A hazai egészségügy megreformálásának egyik kulcsfontosságú eszköze lehet az egységes egészségbiztosítási rendszer modernizációja. Ez jelenti a forrásteremtés hatékonyságának növelését, a jogosultsági viszonyok tisztázását, a társadalombiztosítási alapsomag egyértelmű lehatárolását, az allokációs hatékonyság javítását, a szolgáltatásvásárlás jellegének erősítését. A stratégiai szolgáltatásvásárlói szerep kialakítása tekintettel a környezeti hatások összetettségére és az egészségbiztosítási rendszerrel szembeni kihívásokra nélkülözhetetlennek tekinthető Magyarországon is. Ennek főszereplője törvényi kötelezettségeinél, szervezeti felépítése és információs rendszere alapján az OEP lehet. Az egészségbiztosító ugyanakkor igényli a támogató egészségpolitikai, a hazai módszertani megalapozó háttérintézeti (jelen esetben GYEMSZI) és akár tudományos kutatói (egészség-gazdasági, egészségpolitikai és orvostudományi képzést folytató egyetemek) bázist.

■ **Dózsa Csaba MSc.**

**Az Országos** Egészségbiztosítási Pénztár szolgáltatásvásárlói és biztosítói szerepének megerősítése témakörében előzményként alapvetően a 2006 májusában és szeptemberében az Informatika és Menedzsment az Egészségügyben hasábjain megjelent igen hosszú tanulmányunk tekinthető. Az alábbi cikkben a korábbiakban meghatározott terminológiára és elemzési szempontokra építve megvizsgálom azok aktualitását a jelenlegi gazdasági és szabályozási környezetben. A témakörrel, az OEP mint Magyarország egyetlen közfinanszírozó szervezetének szolgáltatásvásárlói szerepével azért aktuális továbbra is foglalkozni, mert egyrészt a 2006-os tanulmányban és koncepcióban leírtaknak töredéke valósult meg. Másrészt, az egészségbiztosításban és az egészségügyi ellátórendszerben továbbra is jelen vannak azok a problémák és mozgatórugók, amelyek szükségessé teszik a szolgáltatásvásárlás intézményének jelentős és határozott lépésekben történő fejlesztését.

**A „stratégiai” szolgáltatásvásárlói szerep jelentősége**

Az európai kötelező egészségbiztosítási rendszerekben a stratégiai szolgáltatás-vásárlás nélkülözhetetlen szerepét emeli ki a European Observatory vezetősége több publikációjában és előadásanyagában is (Figueras, 2008; Thomson, Fubister, Mossialos, 2009). A szerzők, vagyis a témakör világhírű szakembereinek véleménye szerint a stratégiai jelzőnek kiemelt szerepe van: ez ellentéte a túlzottnak, az ad-hoc rögtönzéseknek, hirtelen „megoldásoknak”. A stratégiai időtávban való gondolkodás azért is elengedhetetlen, hiszen ebben a szektorban a változások nem hirtelenül és váratlanul következnek be. Például a demográfiai változások kimondottan jól tervezhetők közép- és hosszútávon. A technológiai változások és hatások, még ha időnként megjelennek breakthrough – áttörés jellegű – technológiák, akkor is

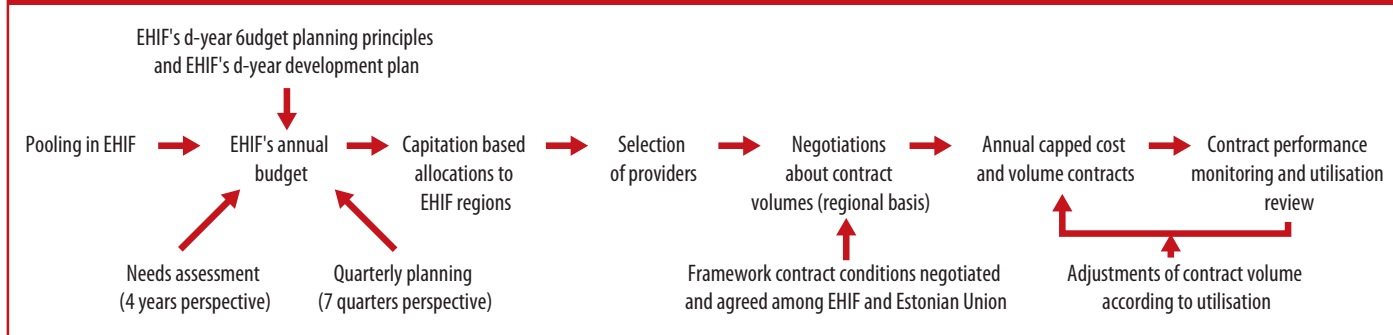
legalább 4-5 év, amíg begyűríznek a közfinanszírozásba. Az intézményi szektor átstrukturálása, beruházások tervezése, kivitelezése és a nagyobb horderejű gép-műszer fejlesztések megvalósítása szintén több év alatt bonyolíthatók le (lásd Európai Unió támogatású projektek átfutási idejét 4-5-6 év), amely megfelelő időt hagy az ellátói kapacitások átstrukturálására, finanszírozási szabályok módosítására, de akár még a humán erőforrás fejlesztésére is (új felvételekre, át- és továbbképzésekre).

A pénzügyi hatások, mostanában inkább általános gazdasági krízisek hatásai sajnálatos módon ennél gyorsabban érvényesülnek, de a trendek általában itt is jól követhetők, a krízis időszakok hatása, a költségvetési megszorítások több évre elhúzódnak, ezzel ellentétben, jobb esztendőknél – a kiadások bővülését eredményező – növekedési pályák is több éven át tartanak. Tehát a közfinanszírozott szolgáltatásokat nem fél-, meg egy évre kell lekötöni és vásárolni, vagy azok szerkezetét átalakítani, hanem erre mindig több év áll rendelkezésre.





2. ábra. Az Észti Egészségbiztosítási Alap (EHIF) vásárlási folyamata.



Természetesen egy ilyen rendszerben a közvásárló (OEP) nem az egész egészségpolitika kidolgozója és letéteményese, hanem különösen a végrehajtásban van nagyon jelentős, meghatározó szerepe: a közfinanszírozás szolgálatába állított egészségügyi kapacitások lekötésében, kiszámítható finanszírozásában, a teljesítmények monitorozásában és ellenőrzésében.

A szolgáltatás-vásárlás stratégiai szintre emelésének mozgatórugóit A-tól F-ig csoportosítva az 1. ábra szemlélteti. A hazai egészségügyi rendszerre és szolgáltatókra ható környezeti tényezők széles körét tártam fel doktori disszertáciomban (Dózsa, 2010). A modern egészségügyi rendszerekkel szembeni kihívásokat, különösen az eredményesség és minőség szempontjait dolgozza fel művében Porter és Teisberg (Porter és Teisberg, 2006). Az összetett környezeti változásokhoz való magas szintű alkalmazkodás nélkülözhetetlenné teszi a stratégiai elemzést, valamint a vásárlói és finanszírozói döntések – tudományos igényű – megalapozását.

### A szolgáltatás-vásárlás kialakulása és feltételrendszere

A szolgáltatás-vásárlás egyik alappillére a közvásárló és a szektorsemleges szolgáltatói hálózat elkülönülése (purchaser-provider split) és a világos, egyértelmű feltételeket tartalmazó szerződéses kapcsolatrendszere. A 90-es évek elején a kelet-közép-európai országok többségében, köztük Magyarországon is – szakítva a korábbi integrált államosított Semashko-rendszerrel – különválasztották a vásárló és szolgáltatók intézményét (Jakab et al., 2002), a köztük lévő kapcsolatot pedig szerződéses alapra helyezték. A finanszírozásban ugyanakkor számos elem éveken át őrizte a korábbi államközpontú rendszer maradványait: a báziselvű éves költségvetés, a szerződésekben az ágyszámok, a járóbeteg-óraszámok meghatározása, az orvosi létszám szerepeltetése, a direkt utasítások, illetve a központi béremelések elrendelése.

A 90-es évek második felében ugyanakkor új irányzat jelent meg, a tudatos szolgáltatás-vásárlói funkció (strategic purchaser role), amelynek egyik kiemelt, tudományos alapokon nyugvó pillére a bizonyítékokon alapuló egészségpolitika, amelyet legátfogóbban Muir Gray mutat be az Evidence Based Health Policy című művében (Gray, 2002). A stratégiai közvásárlói szerep területe például a nagy értékű technológiák telepítésének tervezése és engedélyezése, amelyet Rosen tanulmányában több ország példáján keresztül mutat be (Rosen, 2002). Ebből a szempontból Európában a leginkább releváns egészségügyi rendszerek Svédországban, Hollandiában, az Egyesült Királyságban, Franciaországban és Spanyolországban vannak.

A Purchasing To Improve Health Systems Performance című tanulmányában Figueras és szerzőtársai kiemelik a stratégiai szolgáltatás-vásárlás erősítésének fontosságát az ellátórendszerek

minőségének, hozzáférhetőségének és hatékonyságának javításában (Figueras, Robinson, Jakubowski, 2005). Főbb eszközként a népegészségügyi prioritások beemelését, a programok indikátorokkal történő mérését és a számonkérhetőségi (elszámoltathatósági) mechanizmusok fejlesztését emelik ki. A holland biztosítási rendszer átalakítása 2006-tól erősítette meg a biztosítók vásárlási jogosítványait (Maagdelijn, 2008). A Világbank és a WHO szakértői a vásárlás célrendszerének az esélyegyenlőség, minőség, hatékonyság, költség-féktartás céljait tartják (Evetovits, 2008).

A tudatos szolgáltatás-vásárlói szerep mechanizmusa főbb lépésekben a következő (Figueras, 2008):

- tervezés, megalapozás, szükségletbecslés, hozzáférések elemzése részletes szükséglet, kapacitás és ellátási adatok alapján,
- ellátói kapacitások tervezése,
- felhívás, pályáztatás,
- bírálat és befogadási nyilatkozatok vagy engedélyek kiadása,
- befogadott kapacitások finanszírozása, és azok
- monitorozása, ellenőrzése (2. ábra)

A fenti ábra alapján kiemelhető, hogy a szolgáltatás-vásárlás alapja minden esetben a több éves időtávú stratégiai tervezés környezeti tényezők számbavétele és elemzése, a lehetséges ellátási és fejlesztési irányok közötti választás mérlegelése. Ez alapján mehet ki a szolgáltatás-vásárló az egészségügyi ellátások piacára, hogy a hiányterületekre új vagy bővülő mennyiségű ellátást vásároljon, vagy éppen a túlfejlesztett, túlzott kapacitású és/vagy nem hatékony szolgáltatási területeken csökkentse a lekötött kapacitások és megvásárolt szolgáltatások mennyiségét.

### A szolgáltatás-vásárlás célrendszere

A modern egészségügyi rendszerekben a stratégiai szolgáltatás-vásárlás fő célja, hogy az erőforrások hatékony allokációján keresztül növelje az egészségügyi rendszer hatékonyságát, a vásárolt szolgáltatások minőségét és biztosítsa azok egyenlő hozzáférését. Ennek fő részei az alábbiak (Figueras, Robinson, Jakubowski, 2005):

- A. A lakosság (biztosítottak) szükségleteihez, igényeihez és a nemzeti prioritásokhoz illeszkedve, mely beavatkozásokat finanszírozzanak közpénzből figyelembe véve a költséghatékonyságot (Biztosítási csomag meghatározása);
- B. hogyan történjen a vásárlás, milyen szerződéses és finanszírozási mechanizmuson keresztül (ösztönzési rendszer fejlesztése), valamint
- C. kitől vásároljon a biztosító tekintetbe véve a szolgáltatók működésének minőségét és hatékonyságát (szolgáltatók kiválasztása).

Fenti szerzők elemzésükben további jelentős területe a stratégiai forrásallokáció, amelynek fő célja a hozzáférési esélyegyenlőség (equity) javítása az egészségügyi szolgáltatásokhoz. A forrásokat a szükségletekhez kell igazítani (mely terület lakosságának ellátása – elemezve a halálozási és megbetegedési adatokat és tendenciákat – igényli a magasabb szintű odafigyelést, több fekvő és járóbeteg-szolgáltatás biztosítását), nem a kialakult és lemeredezett szolgáltatói kapacitásokhoz. A szolgáltatásvásárlások európai gyakorlatában az egyik kiemelt terület a területi alapú forrás-allokáció, amely igényli az adott terület vagy lakosság jellemzőinek figyelembevételét a kockázatkigazítás (risk-adjustment) módszertanán keresztül. A kockázatkigazítás tényezői egyrészt az adott térség (megye, régió) szocio-gazdasági mutatói, másrészt a lakosság demográfiai és epidemiológiai tényezői (Nagy, 2010).

Hazai környezetben az elmúlt évtizedben többféle biztosítási modell keretében is felmerült ennek az allokációs mechanizmusnak a beépítése az OEP finanszírozási rendszerébe, mint például a mintarégió program, irányított betegellátás programja, versenyző több-biztosítós modell kialakítása. Végeredményben azonban lényeges változás és elmozdulás nem történt az immáron 1993 óta működő intézményi szintű teljesítményfinanszírozásban, amelyre 2004 óta ráépül a teljesítményvolumen-korlát (TVK). A kockázatkigazítás módszertani és tudományos alapjaival, valamint alkalmazásának lehetőségeivel és konkrét példájával Nagy Balázs foglalkozott mélyrehatóan doktori disszertációjában és az azon alapuló további publikációiban (Nagy, 2010.). Tanulmányában kiemeli, hogy a kockázatokkal finomított fejkvóta finanszírozást alkalmazó területi allokáció folyamán alapvetően a méltányosság (esélyegyenlőség) és a hatékonyság, mint kettős szempontrendszer érvényesítése a cél. „Az egészségügyi ellátások allokációs hatékonyságának javítására a kockázatkigazításnak számottevő hatása van: a korrigált fejkvótával kialakított kockázati csoportok ösztönzik a finanszírozott szervezeteket az ellátások hatékony megszervezésére, illetve csökkentik kockázati szelekciós folyamatok kialakulásának esélyét” – idézet a téziszűzetből (Nagy, 2010).

Fontos kihangsúlyozni, hogy a szolgáltatás-vásárlás alapfőlozóját követve nem csupán versenyző szolgáltatási piacú egészségügyi rendszerekben tud érvényesülni, hanem a magas állami-központi irányítással rendelkező egészségügyi rendszerekben is. Ebben a helyzetben a stratégiai szolgáltatásvásárlói döntési szerep a lehetséges (pl. más országokban már széles körben elterjedt) ellátási típusok hazai elterjesztése kapcsán is magas szinten tud érvényesülni. Nemcsak a párhuzamos ellátásokat nyújtó szolgáltatások állnak versenyben egymással, mérlegelni kell a lehetséges fejlesztési területek, szakmapolitikai programok között. Melyik biztosítja a legnagyobb egészségnyereséget? Hol kell leginkább feloldani a szűk keresztmetszeteket, csökkenteni a hozzáférési esélyegyenlőtlenséget? Hogyan lehet csökkenteni a használati költséget (opportunity cost)?

### A stratégiai szolgáltatásvásárlás hazai gyakorlata és további lehetőségei

Magyarországon elsősorban Orosz Éva (Orosz, 2001) emelte ki az OEP mint egészségbiztosító vásárlói szerepének erősítését, ennek keretében pedig a szektorsemleges szolgáltatói szektor kialakítását, a teljesítményfinanszírozási módszerek bevezetését és finomítását. Jómagam és szerzőtársaim egy korábbi tanulmányunkban (Dózsa, Dérer, Boncz, Takács, 2006) koncepcionálisan mutattuk be, hogy a közvásárlónak (biztosítónak) milyen vásárlói jogositvá-

nyai vannak, és hányféle dimenzióban tudja gyakorolni a vásárlás intézményét (1. táblázat). Az OEP tudatos – proaktív – vásárlói szerepe az egészségpolitikai támogatás hiányában ugyanakkor nem vált általánossá az elmúlt években. Az OEP vásárlói fellépésében követte a nemzetközi ajánlásokat és gyakorlatot, célul tűzve ki az ellátásokhoz való egyenlő hozzáférést – esélyegyenlőséget, a hatékonyság javítását és a költségek féken tartását. Néhány területet példászerűen mutatok be, amely visszaható az intézményi stratégiákra és struktúrákra (1. táblázat).

A szolgáltatásvásárlás elméleti megalapozását jelenti a finanszírozási ösztönzők és hatásai vizsgálata, amely széleskörű szakirodalmi háttérrel rendelkezik. Az ösztönzők (incentives) elmélet lényege, hogy az egészségügyi szolgáltatók (például kórházak) és az orvosok tevékenységét jelentősen befolyásolja a finanszírozás módja (Enthoven, 1979; López, 1997; Getzen, 2002; Steinmann és Zweifel, 2003; Eid, 2004; Dózsa, 2005). A finanszírozási ösztönzők elméletéhez szorosan kapcsolódik a kockázatmegosztás (risk sharing) elmélete, amely szerint a finanszírozási technikák módosításával változtatható a finanszírozási-pénzügyi kockázat mértéke a vásárló (finanszírozó) és a szolgáltatók között.

A 2006-os cikkünkben felsorolt területek még most öt év után is maradéktalanul pontosan írják le egy adott közvásárló-finanszírozó szerepkörét és lehetséges mozgásterét. Ha áttekintjük az erről szóló frissebb releváns szakirodalmat, akkor is alá tudjuk támasztani, hogy melyek a legfontosabb eszközök, módszerek, amelyek ezt a területet reprezentálják. Legvilágosabb technikák csak felsorolásszerűen:

- Prioritások felállítás, a szükségletek kielégítésének rangsorolása.
- Biztosítási alapsomag fejlesztése, karbantartása és ennek során különösen az Egészségügyi technológia értékelés alkalmazása.
- Szükséglet-elemzés, és a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatások.
- Szelektív vásárlás, egészségügyi szolgáltatók versenyztetése, pályáztatása.
- Ösztönzési rendszerek érvényesítése, a finanszírozási technikák tudatos fejlesztése.
- A finanszírozási kódok és elszámolási szabályok rendszeres felülvizsgálata, frissítése, ennek érdekében rendszeres ráfordítás adatgyűjtések végzése és feldolgozása.
- Minőségfejlesztés és minőségmonitorozás, indikátor program fejlesztése és széles körű alkalmazása.

### 3. ábra. Hazai példa: az onkológiai finanszírozás átalakítása 2006-ban.

AKTÍV FEKVŐBETEG-KASSZA  
Kemoterápiás HBCS-k

AKTÍV FEKVŐBETEG-KASSZA

- protokoll alapú finanszírozás
- indikációs körök
- ciklusok
- 12 új HBCS – 300 protokoll
- költségigény szerinti homogenitás
- súlyszámok 0,53–15
- relatív szórás 0,04–0,12
- legalacsonyabb hatóanyag ár (genetikumok)
- 1,75m felületre számított hatóanyag érték
- átlag szerinti egyéb diagnosztika és terápia
- ápolásnap-arányos költségek
- szabályozott ellátási kompetencia

GYÓGYSZERKASSZA  
Külön keret kemoterápiás készítményekre  
Egyedi, méltányossági eljárásbeli eljárásból  
2005-ben Eü. 100-ba átkerült készítmények

**1. táblázat. A szolgáltatásvásárlói szerep erősítésének kiemelt területei (forrás: Dózsa et al., 2006).**

IMiből vásárolunk?	Ráhatás a bevételek alakulására és a bevételek alapos elemzése és monitorozása
Mit vásárolunk?	Közfinanszírozott alapsomag meghatározása, befogadáspolitikai rendszer kialakítása
Kitől vásárolunk?	Regionális-térségi szintű kapacitá szabályozás és pályázati rendszer, progresszivitás erősítése, intézményi minőségfejlesztés és monitoring
Hogyan vásárolunk?	Finanszírozási technikák fejlesztése, kasszák integrálása, allokációs hatékonyság javítása, támogatáspolitikai fejlesztése gyógyszereknél, segédeszközöknél
Mennyiért vásárolunk?	Szisztematikus és rendszeres költség- és ráfordítási-adatgyűjtés, költségalapú és rugalmas díjszabás gyakorlatának bevezetése

Bizonyos hangsúly eltolódások talán elmondhatók az elmúlt időszak tanulságai alapján. Az egészségügyi technológiák értékelése (Health Technology Assessment – HTA) egyre nagyobb szerepet kap az EU országokban, és a magyarországi szabályozás is egyre kiterjedtebbé vált. A képzések és a transzparencia direktíva alkalmazása során öt év alatt hozzávetőlegesen megduplázódott az ezzel foglalkozó hazai szakemberek száma. A gyógyszerbefogadás területén az EU-hoz való csatlakozással egyidejűleg 2004 májusában lépett hatályba a transzparencia direktíva szabályozása, a gyógyászati segédeszközök befogadása és támogatása területén 2007-ben, míg az egyéb egészségügyi technológiák (diagnosztikai eljárások, kórházi és járóbeteg-szakellátás orvostechnológiai és műtéti eljárásai) tekintetében 2010-ben.

Az elmúlt évek további fejleménye, hogy az OEP mint a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatások törvényes vásárlója különösen a TVK-rendszer alkalmazásával direkt módon tudja érvényesíteni az egészségpolitika prioritásait, ezen belül éppen a területi és hozzáférési elv fontosságát. Az invazív kardiológiai program és a HBCS kemo- és sugárterápiák elmúlt évekbeli bővülése jelentős részben éppen ennek a direkt finanszírozói eszköz érvényesítésének, vagyis a célzott TVK-keretek kiosztásának volt köszönhető. Másik vásárlói program a 2003-ban már lebonyolított egynapos sebészeti pályázat 2007-es megismétlése volt. A pályázat eredményeként éves szinten több mint 67 ezer műtéti kontingenst, 25 súlyszámot (mint TVK) osztottak fel hozzávetőlegesen 50 szolgáltató között (szolgáltatónként 1000–1200 eset/év keret erejéig). A mostani kormány tavaly év végi intézkedéseiben a várólisták csökkentése érdekében „osztott ki” több ezer súlyszámot célzott TVK-ként az kórházak között főként a csípőprotézis-műtétek csökkentése érdekében.

A bizonyítékokon alapuló egészségpolitika és tudatos szolgáltatásvásárlás jellemző példájának tekinthetjük Magyarországon a hemodinamikai laborok elterjedését és finanszírozási befogadását a 2000-es évek elejétől fogva. További példák a művese centrumok befogadása szigorú területi-hozzáférési elvek alapján (11/2003. NM-rendelet), és részben a CT- és MRI-telepítések orientálása, engedélyezése, onkológiai és onkoradiológiai centrumok telepítése, sürgősségi osztályok (SBO-k) finanszírozása és telepítése, egynapos sebészeti központok fejlesztése, befogadása. Az egészségpolitika által meghirdetett tudatos fejlesztési irányok és a struktúraváltást előmozdító szabályozási és finanszírozási elemek valódi változásokat generáltak a kórházak szolgáltatási palettájában (profiljaiban). Tipikus példa erre az onkológiai ellátás (kemoterápiák) 2005 decemberétől életbe lépő koncentrációja (55–60 kórházból 25–27 nagyobb kórházi centrumba), ezzel az onkológiai centrumok hálózatának létrehozása, a kemoterápiás HBCS új körének kidolgozása és bevezetése (3. ábra).

További jelentős struktúraváltást eredményező és kormányzati ciklusokon átívelő irány a sürgősségi ellátás fejlesztése, ezen belül a kórházakban az elkülönült szakmai osztályos felvételi helyett (franko-német modell) az angol-amerikai egykapus sürgősségi osztályon/centrumon alapuló felvételi rendszer kialakítása (Dózsa, Gresz, Borcsek, Sántha, Boncz, 2004). Az egészségpolitikai

programok, szabályozási változások (minimumfeltételek, szakmakódok, képzési profilok fejlesztése), a finanszírozási változások (2004-től bevezetett havi fixdíj) és a meghirdetett pályázatok eredményeként az 1998-ban meglévő 5 darab sürgősségi osztály száma 2005-re 25-re, 2008-ra pedig közel 40-re emelkedett, és még folyamatban van ezek fejlesztése és további új centrumok és osztályok létrehozása az Új Magyarország Fejlesztési Terv (a továbbiakban: ÚMFT) TIOP 2.2.2-es pályázati program keretében.

A fejlesztések, új szolgáltatók és új egészségügyi technológiák befogadása és széles körű elterjesztése helyett azonban, ezekben az években a fő hangsúly a megszorításokon, a kiadások csökkentésén, az ellátórendszer zsugorításán, kényszeres struktúraváltásán van. Ebből következően egy jelenlegi szolgáltatásvásárlásban azok a technikák, módszerek kerülnek előtérbe, melyek képesek az ellátórendszert hatékonyabb és olcsóbb működési pályára állítani, feltárva a belső tartalékokat. Ilyenek lehetnek az egynapos ellátások körének és arányának bővítése, a hatékony diagnosztikai vizsgálatok és a – rövidebb idejű kórházi bennfekvéssel és alacsonyabb szövödményi rátával rendelkező – non-invazív és minimál invazív eljárások elterjesztése. A saját tapasztalataim alapján elmondható, hogy ebben a válságos időszakban a minőség és a szolgáltatások sokszínűsége jelentősen hátrébb sorolódik, ugyanakkor a szolgáltatásvásárlás alpmódszerei ugyanazok maradnak: stratégiai környezeti elemzés, ellátási hiányok és duplikációk felmérése, az egészségpolitikai prioritások alapján intézkedések, beavatkozások tervezése és végrehajtása.

A korábbi munkatapasztalatok alapján egy ilyen rendszer működtetése a napi rutin szerződés-kötési, finanszírozási és ellenőrzési feladatokon túlmenően, hozzávetőlegesen közvetlenül 25–30 felkészült szakember munkáját igényli az OEP központi szervezetében és megyénként további 2–3 főt. Szervezetileg nélkülözhetetlen, hogy OEP-ben legyen a stratégiai tervezésért felelős szervezeti egység felállítását, és további 3–4 – front office-ban – működő főosztály összehangolt munkáját, és nélkülözhetetlen a felsővezetés egységes támogatása is. A szolgáltatásvásárlás magas szintű működtetése szükségessé teszi az ezzel foglalkozó szakemberek rendszeres továbbképzését, csoportos belső képzések, csapatépítő tréningek szervezését, nemzetközi jó gyakorlatok, best practicek megismertetését és hazai adaptációját.

**A szolgáltatásvásárlás kudarc tényezői, akadályai**

Természetesen egy ilyen programnak vannak hátráltató tényezői, akadályai, amelyeket – a realitások talaján állva – szükséges ebben a tanulmányban felsorolni. Az alábbi tényezők bármelyike képes megakadályozni a tudatos stratégiai szolgáltatásvásárlás érvényesülését:

- Ha nem érvényesül tisztán a vásárló-szolgáltató (purchaser-provider split) szerep elkülönülése.
- Ha a mindenkori közvásárlónak (jelen esetben az OEP) nincs mozgáster, kezdeményező készsége és lehetősége.
- Az egészségügyben nincs explicit, világosan megfogalmazott legalább közép-távú egészségpolitikai program.

## Szakcikk

- Ha a megfogalmazott legalább középtávú stratégia (3–5 év) nem érvényesül szisztematikusan (például évente másfél évente irányváltások vannak az egészségpolitikában).
- Hiányozik a megalapozó rendszerkutatás, a bizonyítékokon alapuló orvoslás eredményeinek adaptálása, lefordítása a finanszírozás nyelvére és eszközrendszerére.
- Ha a tudatos vásárlás által elért eredményeket a minisztériumi szabályozás nem követi, nem támasztja alá. (például egynapos sebészeti program pályázatok lebonyolítása vs. az egynapos ellátások körének szűkítése, vagy elszámolás nehezítése, kompetencia szintek és a minimumfeltételek megfelelő szabályozásának hiánya, rugalmatlansága).

A legújabb kormányzati elképzelésekre röviden reflektálva, ha összezsúrosítjuk a szabályozás, irányítás, szolgáltatások kapacitás lekötése és finanszírozása, és mindez az állam központi irányítása kezében összpontosul, akkor az teljesen új alapra helyezi a szolgáltatók és vásárlók világos elkülönülésén alapuló szolgáltatásvásárlás fentiekben ismertetett lehetséges rendszerét. Mindazonáltal az első részben felsorolt környezeti tényezők akkor is hatnak, az elvárások és kihívások változatlanul érvényesülnek az ellátórendszerrel szemben. Ebben az esetben az államnak más – jóval bürokratikusabb – irányítási és szervezési eszközrendszert kell kialakítania, szemben a fentiekben részletesen ismertetett szolgáltatásvásárlói eszközrendszerrel.

### A stratégiai szolgáltatásvásárlás javasolt irányai a jelenlegi helyzetben

A jelen helyzetben – az OEP megtartása és további erősítése esetén – egészségbiztosítói szolgáltatásvásárlás rövid és közép távon javasolt akciótervének néhány kiemelt eleme lehetne:

1. Sürgősségi és alapellátási ügyeleti ellátások országos hálózatának fejlesztése, a 2004–2005-ben megindult program végig vitele megfelelő újratervezést követően. Ennek részei:
  - A. A sürgősségi centrum, SO1 és SO2 osztályok EU-s fejlesztéseinek befejezése, az újabb körös TIOP-pályázathoz információk, elemzések szolgáltatása.
  - B. A fix és teljesítmény díj alapú finanszírozás újraszámolása a valós működtetési (benne a rendelkezésre állási) költségadatok alapján.
  - C. Az országos hálózat megtervezése az ellátási utak-idők optimalizálásával.
  - D. A működő sürgősségi egységek folyamatba épített minőségi felügyeletének (akkreditációs rendszerének) kidolgozása és érvényesítése.
  - E. Ennek támogatásaként a NEFMI részéről elengedhetetlen feladat a sürgősségi szakorvos és szakasszisztens képzési keretek bővítése, valamint a traumatológia és a sürgősségi ellátóhelyek integrációjának, vagy magas szintű szakmai együttműködésének a kialakítása.
2. A krónikus betegcsoportok gyógyszeres és terápiás finanszírozási algoritmusainak kidolgozása és érvényesítése különösen a háziorvosi és járóbeteg-szakrendelők és gondozók működésében és a gyógyszer felírási szabályokban.
  - A. Pontos szükséglet-elemzés és jelenlegi hozzáférési térkép készítése.
  - B. Bizonyítékon alapuló költség-hatékony gyógyszeres terápiák algoritmusainak terjesztése, támogatáspolitikai támogatása.

- C. Ezek alapján intézkedési terv kidolgozása: ellátási hiányok megszüntetésére, esetleges párhuzamosságok leépítésére.
- D. Kockázatiigazított fejkvóta rendszer kidolgozása és érvényesítése különösen a krónikus betegség-gondozási rendszerek területi alapú finanszírozásában.
- E. Minőségi (outcome) feltételek beépítése a finanszírozási szerződésekbe és technikákba. Infokommunikáció alapú gondozási technológiák beintegrálása az OEP-finanszírozott ellátási formák körébe.
- F. Monitorozás szervezeti rendszerének kidolgozása.

3. A kórházon kívüli ellátási formák programjainak országos szintre emelése.
  - A. Hatáselemzés készítése – az érintett szakmák bevonásával a további potenciális lehetőségek, tartalékok feltárására (különösen a sebészet, nőgyógyászat, neurológia, rehabilitáció).
  - B. Támogató pályázatok kidolgozása és lebonyolítása (részben EU-s forrásokból, részben a szakellátási kasszákon belül).
  - C. Források elkülönítése a szakellátási kasszákon belül az egynapos és egyéb minimál invazív ellátási formák körének és arányának bővítése érdekében.
  - D. Pályázatok, befogadási és ösztönzési programok indítása. Jó gyakorlatok (best practice-ek) országos elterjesztése.

4. Rehabilitációs ellátás (és egyéb a krónikus ellátások körébe tartozó ellátási formák, mint pl. a hospice) országos hálózat-szerű fejlesztése.

- A. Folytatni az elmúlt években is rendszeresen megtett folyamatos minőségkontrollt a fekvőbeteg-ellátó intézetekben, következetesen számon kérve a működés minőségét jól jelző indikátorok értékeit. Előzőek alapján a rehabilitációs ellátóhelyek és kapacitások felülvizsgálata, szükséges bővítések, fejlesztések támogatása, a nem megfelelő helyek bezárása, vagy visszaminősítése.
- B. A NEFMI-vel együtt kidolgozni a nappali kórházi, az ambuláns és otthoni rehabilitáció szakmai protokolljait.
- C. Ráfordítás elemzések készítése a valódi rehabilitációs ellátás költségeinek a feltárására. Ezek alapján a finanszírozási technikák és mértékek átdolgozása (pl. KHBCS-finanszírozás modellezése).

Az előzőekben javasolt valamennyi tipikus szolgáltatásvásárlói program irány sikeres megvalósításának sikertényezője a szakárca következetes támogatása. A szükséges képzési, átképzési és egyéb humán erőforrás fejlesztési feladatok elvégzése (akár TÁMOP-források felhasználásával). A szakmai minimumfeltétel, ellátási és egyéb szabályozás rugalmasságának biztosítása, pl. a nappali és ambuláns és ICT-alapú (telemedicina, telemetriás) ellátás végzési feltételeinek mielőbbi szabályozása.

Az alábbi részben érdemes áttekinteni, hogy mit nem helyettesít a stratégiai szolgáltatásvásárlói szerep érvényesítése:

- Minden esetben szükséges a legalább középtávú egészségpolitikai program kidolgozása, meghirdetése, és következetes végrehajtása.
- Szakmai protokollok fejlesztését, a bizonyítékokon alapuló orvoslás eredményeinek elterjesztését, orvosok és szakdolgozók képzéseit.
- Minőségfejlesztést, minőségmenedzsmentet az egészségügyben, minimumfeltételeket, minőségtanúsítást, klinikai auditot, akkreditációt. A szolgáltatásvásárlás

szereződéskötési és pályázatadási rendszerében erre tud építeni, de helyettesíteni nem tudja.

- A humán erőforrás fejlesztést, amely illeszkedik a változó struktúrájú és modernizálódó egészségügyhöz.
- Intézményi szintű beruházást, fejlesztést és vagyongazdálkodást. Célzott nemzeti szintű és jelentőségű programok esetében különösen EU-s támogatással jelentős struktúra átalakító erővel bíró fejlesztéseket kezdeményezhet, vagy bonyolíthat le a szolgáltatásvásárló, de nem dolga és feladata a mindennapi vagyongazdálkodás, épület és gépműszer állomány racionalizálása, optimális, üzemgazdasági jellegű hasznosítása.
- Megalapozó rendszerkutatásokat, egészségobszervatórium működését (egészségügyi technológiaelemzések, epidemiológiai, szervezeti rendszer elemzések végzése stb.). A fenti rendszeralkotó elemekhez hasonlóan ez a terület is alapvető háttere, megalapozója a magas szintű és hatékony szolgáltatásvásárlói szerep biztosítói érvényesítésének, olyan elem, amely egy főként operatív működést biztosító alapkezelőtől nem lehet elvárni, sem saját erőforrása, sem saját (kutatói) stábjára nincs ehhez.

Ez a fenti felsorolás is azt jelzi, hogy az OEP szolgáltatásvásárlói szerepe nem tud működni önmagában, kiragadva az egészségügyi irányítás más szervezeteitől, csak azokkal szoros szakmai kapcsolatban.

### Konklúzió

A kötelező egészségbiztosítás irányításában köztisztviselőként 10 évet, szakértőként 5 évet dolgozó szakemberként továbbra is elengedhetetlennek tartom a fenti tanulmányban lefektetett elvek és módszerek mielőbbi érvényesítését a magyar egészségügyben. Semmilyen olyan körülmény nem következett be, amely alapján hazánk megspórolhatná ennek a széles körű intézkedérendszernek a felállítását. A stratégiai szolgáltatásvásárlás programjai nagyon hamar feléleszthetők, kisebb lépésekből modulárisan is fejleszthetők. Fontos a tudatosság, következetesség a szaktárca és az OEP intézkedéseiben, valamint a kormány támogató jogszabályalkotása, és minimális belső mozgáster kialakítása különösen az összevont szakellátás kasszáján belül.

Véleményem szerint a szolgáltatásvásárlás módszerének a tudatos érvényesítése hiányában a hazai egészségügyben nem garantálható a növekvő szükségletek, a csökkenő vagy stagnáló források, a technológiai megújulás lehetőségei és kényszerei, valamint az egészségügyi humánerőforrás-válság együttes hatásainak magas szintű és előremutató kezelése.

### Irodalomjegyzék

1. Dózsa Cs.: *A magyarországi kórházszektor külső környezeti tényezőinek elemzése. 2.2.2. A közvásárló stratégiai szerepének erősítése. In Kórházak stratégiai válaszai a változó környezetre – Magyarországon a 2000-es évek elején. Doktori értekezés. www.medecon.hu. 2010:25–29.*
2. Dózsa Cs., Dérer I., Boncz I., Takács, E.: *Az OEP szolgáltatásvásárlói és biztosítói szerepének erősítése, mint a magyar egészségügyi rendszer reformjának egyik fontos*

*eszköze 2. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME). 2006;7:5–16.*

3. Dózsa, Cs.: *2006–2007-es évek az egészségügyben: Reformtervek és programok kavalkádja. In Sándor P., Tolnai Á., Vass L., Eds. Magyarország Politikai Évkönyve 2007-ről. Kossuth. Budapest, 2008*
4. Dózsa Cs., Gresz M., Borcsék B., Sántha K., Boncz I.: *A sürgősségi ellátórendszer átalakításának koncepciója. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2004;42:5–16.*
5. Eid F.: *Designing Institutions and Incentives in Hospitals: an Organization Economics Methodology. Journal of Health Care Finance. Winter. 2004;31(2):1–15.*
6. Evetovits T.: *Moving from a passive provider payment to a strategic purchasing in the context of a DRG payment system. Előadásanyag. Bled. Szlovénia, 2008*
7. Figueras J.: *Strategic purchasing – A framework. Előadásanyag. European Observatory konferencia. Bled. Szlovénia, 2008*
8. Figueras J., Robinson R., Jakubowski E.: *Purchasing To Improve Health Systems Performance. McGraw-Hill Education, 2005*
9. Gray M. J. A.: *Evidence Based Health Policy. How to make Health Policy and Management Decisions. Churchill Livingstone, 2002*
10. Jakab M., Preker A., Harding A.: *Linking organizational structure to the external environment: experiences from hospital reform in transition economies. In Hospitals in Changing Europe. 2002:177–202.*
11. López Casanovas G.: *Incentives in Health Systems. Berlin, 1999*
12. Maagdelijn E.: *Purchasing Health Care in a multiple insurance system. Előadásanyag. European Observatory Conference. Bled. Szlovénia, 2008*
13. Nagy Balázs: *Egy hiányzó láncszem? Forráselosztás a magyar egészségügyben. Közgazdasági Szemle. 2010;57(4):337–353.*
14. Orosz É.: *A magyar egészségbiztosítás néhány stratégiai kérdése. In Bodrogi József (szerk.) A magyar egészségügy – Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményértékelés. Semmelweis. Budapest, 2010*
15. Orosz É.: *Félműtön vagy tévműtön? Egészségünk félműltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarországiért Egyesület. Budapest, 2001*
16. Porter M. E., Teisberg E. O.: *Redefining Health Care – Creating Value-Based Competition on Results. Harvard Business School Press, 2006*
17. Rosen R.: *Introducing new technologies. In Hospitals in Changing Europe. European Observatory on Health Care Systems Series, 2002*
18. Steinmann L., Zweifel P.: *On the (In)Efficiency of Swiss Hospitals. Applied Economics. 2003;35:361–370.*
19. Thomson S., Foubister T., Mossialos E.: *3.4 From passive reimbursement to strategic purchasing of health services. In Financing health care in the European Union. EU Observatory on Health Systems and Policies Series N 17. 80–87.*

A szerző egészségügyi közgazdász, oktató, Miskolci Egyetem, Egészségügyi Kar.

# Gondolatok a társadalombiztosítás esetleges átalakításához

Nem múlik el úgy nap, hogy az írott vagy elektronikus média ne foglalkozna az egészségügyi ellátással, annak körülményeivel. A hírek egyre gyakrabban tudósítanak adósságról, orvos- és ápolóhiányról, pénzügyi nehézségekről. A gazdasági válság nem kíméli hazánkat sem. A nemzetgazdaság újrászervezése hatalmas feladat, főleg megszorítások közepette. Az újrászervezés érinti az egészségügyet, a társadalombiztosítási ellátó rendszert is, megőrizve a legfőbb értékét, a szolidaritási elvet. A Semmelweis-terv és a Széll Kálmán-terv felvázolja egyrészt az egészségügyi ellátó rendszer változásait, másrészt pedig a gazdasági lehetőségeinket. Kiemelt feladat a sérültek, betegek, fogyatékkal élők visszavezetése – lehetőleg minél gyorsabban – a munka világába. Újra kell szervezni a betegutakat és stabillá kell tenni a biztosítási rendszer bevételi és kiadási oldalait egyaránt. Ehhez a komplex, igen nehéz feladathoz kívánunk a balesetbiztosítás hazai ellátó rendszerbe történő beillesztéséhez javaslatunkkal, új típusú módszerek bemutatásával hozzájárulni.

■ Dr. Ari Lajos<sup>1</sup>, dr. Varga Imre<sup>2</sup>

## Balesetbiztosítás

Ha az utca emberének felteszik a kérdést, hogy mi a balesetbiztosítás, a többség nagy valószínűséggel azt fogja válaszolni, hogy célszerű külföldi utazáshoz poggyász- és utasbiztosítást kötni. Természetesen nem erről van szó. Nem kívánjuk feltalálni a meleg vizet, ezt már mások megtették. A fejlett egészségügyi kultúrákban mindenütt működik balesetbiztosítás, csak legföljebb eltérő struktúrákban, finanszírozási rendszerrel, de a feladatok azok azonosak vagy nagyon hasonlóak. Mi az osztrák példát szeretnénk röviden bemutatni. Felmerülhet a kérdés, hogy miért éppen az osztrák példát?

Ausztria nagysága, lélekszáma összevethető hazánkéval. Történelmi, kulturális gyökereink azonosak. Az osztrák egészségügy igen magas színvonalú, a lakosság a felmérések alapján az ellátással elégedett. A szövetségi ország struktúrája emlékeztethet hazánk tervezett térségi ellátó rendszeréhez (természetesen a politikai, közigazgatási különbségek ismerete fontos). Magyarország hagyományosan jó kapcsolatokat ápol Ausztriával, a legnagyobb osztrák balesetbiztosító (AUVA) évtizedek óta hivatalosan szerződött partnere a Hévízi Gyógyfürdő, így szakmai kapcsolat hagyományos. Ez lehetővé teszi az információcserét, a módszerek átvételét. Hévízen kívül a Traumatológiai Intézet (Országos Baleseti Intézet), valamint az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet is több évtizede szorosan együttműködött és együttműködik az AUVA-val (1. táblázat).

A kérdés megválaszolása után le kívánjuk szögezni, hogy hazánkban a balesetet szenvedett polgárok sürgősségi ellátása, utókezelése, rehabilitációja megoldott. A probléma csak az, hogy a balesetbiztosítási ellátás ennél lényegesen szélesebb, kiterjed a társadalmi integrálódásra, a munkavédelemre, a baleset-megelőzésre, az elsősegély nyújtás szervezésére, munkavédelmi kutatásokra, és a biztosítón keresztül történik minden érintett pénzbeli ellátásnak rendezése. Az osztrák rendszer tehát egységes, jól szervezett, működik az esetenedzselés, a munka világtól megkezdve a szükséges egészségügyi ellátáson keresztül a pénzbeli ellátásokig, illetve a komplex rehabilitáció eszköztárával alkalmazásával a társadalmi integrálásig. Ugyanez hazánkban megítélésünk szerint atomizált, csak részlegesen kapcsolódnak egymáshoz az egyes elemek.

### 1. táblázat.

	Ausztria	Magyarország
Terület (km <sup>2</sup> )	83 870	93 036
Lakosság (millió fő)	8,4	9,9
Főváros lakosság (millió fő)	1,7	1,7
1 főre jutó GDP		
(PPP: USD)		
39 000		
19 829		
EU tagság kezdete	1995	2004

**2. táblázat.**

Balesetbiztosítás költségviselői	Biztosítottak
Általános Balesetbiztosító Intézet (AUVA*)	Munkások és alkalmazottak, beleértve a bányaiipart.
Önálló munkavállalók.	
Óvodások (a kötelező iskola-előkészítés során).	
Iskolások, főiskolások és egyetemisták.	
Egyéb védett személyek, pl. életmentők.	
Mezőgazdaságban Dolgozók Biztosító Intézete (SVB)	Önálló munkavállalók a mezőgazdaságban és az erdőgazdaságban, valamint a hozzátartozóik.
Vasutasok és Bányászok Biztosító Intézete (VAEB*)	A vasúti üzemek alkalmazottai.
Kötélpálya üzemek alkalmazottai.	
A hálókocsik és étkező kocsikat üzemeltető cégek alkalmazottai.	
Az ÖBB Holding (osztrák vasút) bizonyos munkavállalói.	
Az bécsi tömegközlekedés meghatározott dolgozói.	
Köszölgálati Dolgozók Biztosító Intézete (BVA)	Az osztrák szövetségi állam, a tartományok és az önkormányzatok véglegesített közalkalmazottai.
Az állam szerződéses alkalmazottai, kiknek a munkaviszonya 1999. január 1-jével kezdődött.	

\*A kockázatközösség biztonságos ellátása érdekében a vasutasok és a bányászok korábbi önálló biztosító intézete egybeolvadt és megtartotta mindkettőjük nevét. A bányászok balesetbiztosítása átkerült a legnagyobb, legerősebb baleset-biztosítóhoz, az AUVA-hoz. A létrejött új biztosító a VAEB, egészség- és nyugdíjbiztosítást nyújt, illetve a vasutasoknak balesetbiztosítást.

Lényeges kiemelni, hogy munkahelyi balesetek és foglalkozási megbetegedések esetén a balesetbiztosítói rendszer biztosítottjai részére az összes alkalmas eszközt rendelkezésre bocsátja ellátásuk érdekében. Egyéb balesetek, és betegségek esetén az egészségbiztosítás és a nyugdíjbiztosítás keretén belül történik az ellátás finanszírozása. A 2010. évben az osztrák lakosság 98%-a volt biztosított (jól látszik, hogy Ausztriában nem elfogadott a tb-, illetve adóelkerülés).

Az osztrák balesetbiztosítási rendszer 1887-ben alakult és az azóta eltelt időszakban egyre újabb és újabb lakosság csoport került a rendszerbe. Jelenleg mintegy ötmillió munkavállaló és tanuló van ebben a biztosítási rendszerben, beleértve az iskola-előkészítő óvodai csoport kisgyerekei is (2. táblázat).

Azt osztrák társadalombiztosítási törvény az alábbi feladatokkal bízta meg a balesetbiztosítási ellátásokat nyújtó biztosítókat.

- A munkahelyi balesetek és foglalkozási megbetegedések megelőzése (prevenció), ideértve az elsősegélynyújtás megszervezését is.
- Balesetet szenvedettek az összes alkalmas eszközzel történő kezelése.
- Időben korlátlan orvosi, foglalkozási és szociális rehabilitáció.
- Munkahelyi balesetek és foglalkozási megbetegedések esetén pénzügyi kártalanítás.

A legnagyobb balesetbiztosítót, az AUVA-t a törvény még további feladatok elvégzésére hatalmazta fel:

- Kis- és középüzemek biztonságtechnikai és munkaegészségügyi gondozása.
- Kis- és középméretű üzemek esetében üzemi baleset és megbetegedés esetén a kártérítési összegek fizetéséhez hozzájárulás biztosítása.

Ennek a nagyon jól szervezett, a munka világát erősen át- szövő ellátó rendszernek a működési költségeit a munkaadók biztosítják. A járulék mértéke a dolgozó jövedelmével arányos, jelenleg 1,4%. A jelenlegi jövedelem plafon, ami után fizetni kell: 4200 Euró/hó. A teljesség igénye nélkül még néhány érdekes tarifa:

- Egyéni vállalkozók balesetbiztosítási összege: 8,2 Euró/hó.
- Tanulók, diákok balesetbiztosítása – ingyenes – ún. családi kiegyenlítő kassa fedezi a biztosítási tarifát.
- Önkéntes segítők balesetbiztosítási tarifája: amennyiben egy szervezethez tartoznak: 1,16 Euró/év.

A bécsi AUVA kirendeltség igazgató asszonyától (Friederike Lackenbauer) kapott telefoninformáció alapján költségfedezten működnek, és az általuk működtetett egészségügyi intézmények szabad kapacitásait „a normál” egészségbiztosítás részére felajánlják. Ezek az ágyakon nyújtott szolgáltatás veszteséges, az ellátás filozófiájából adódóan:

- balesetbiztosítás: a lehetséges legmagasabb hozzáférhető ellátás,
- egészségbiztosítás: az elvárható szükséges ellátás.

Röviden bemutatjuk, melyek azok az események, amelyek a balesetbiztosítás kompetenciájába tartoznak.

- Üzemi balesetek: ennek minősül minden olyan baleset, amely helyi, időbeli és okozati összefüggésben van a biztosított foglalkozással.
- Úti baleset: ennek minősülnek azon balesetek, amelyek a biztosított lakhelye (tartózkodási helye) és a munkavégzés helye között történő közlekedés során áll elő, de úti baleset az is, amely akkor éri a munkavállalót, ha munkaidejében orvosi segítség igénybevételére keresi fel az orvost.
- Üzemi balesettel egyenértékű balesetek: bizonyos balesetek egyenértékűek az üzemi balesettel még abban az esetben is, ha az érintett személy valami oknál fogva nem lenne biztosított. Ezek közé olyan balesetek tartoznak, amelyek életmentés során keletkeznek önkéntes tűzoltói tevékenység végzése során vagy pl. lavina-elhárításnál. Ugyanilyen elbírálás alá esnek az üzemi tanácsok tagjainak úti balesetei, ha kötelező továbbképzésre utaznak.
- Foglalkozási megbetegedések: a munkavédelmi törvényben felsorolt valamennyi betegség, amennyiben azok munkavégzés során keletkeznek. Ezek közé tartoznak pl.: zajártalom, káros anyag okozta megbetegedés, sugárzó anyag okozta megbetegedés...

Ezen rendelkezés záradéka rögzíti, hogy betegségek, amelyek nem szerepelnek a foglalkozási betegségek listáján, bizonyos feltételek fennállása esetén egyedi elbírálás alapján foglalkozási betegséggé minősíthetők.

- Szolgáltatási igények megállapítása: a balesetbiztosító az igényjogosultság megállapítását hivatalból vagy igénybejelentés alapján indítja el (rendkívül jól szabályozott az eljárás elv, beleértve a jogorvoslatot is).
- Munkabiztonsági szolgáltatások: igen széleskörű a tevékenység: baleset-megelőzés, beleértve az iskolákban a munkavédelmi, balesetvédelmi oktatást; üzemorvosi vizsgálat, átvállalva a vizsgálati költségeket; különösen veszélyeztetett munkavállalók esetében ingyenes oltás: diftéria, tetanusz, hepatitisz B, veszettség- és kullancsveszélyeztetés ellen.

A munkaadók kötelessége a munkahely kockázatértékelése, melyhez szakmai tanácsokat, dokumentumokat biztosítanak, a végrehajtási utasítások elkészítéséhez segítséget adnak. Egyéni védőfelszerelések minősítése is ebbe a körbe tartozik. Törvény kötelezi a biztosítót üzemi balesetek esetén a hathatós elsősegély nyújtására. Évente mintegy 45 ezer elsősegély nyújtót képeznek ki. Ennek a feladatnak a költségei 2009. évben az AUVA esetén 61,9 millió Eurót tettek ki.

- Balesetek aktív ellátása: a korábban említett, a lehető legjobb ellátást biztosító ellátási szabály figyelembevételével 7 intézményben 900 ágyon, ebből 60 intenzív ágy nyújtja az igen magas szintű ellátást a biztosítottak részére. Ezek az ágyakon összesen 2500 munkatárs dolgozik, az ellátott betegek száma évente összesen 350 000 fő, közülük 41 000 fő fekvőbeteg. A 2009. évben az AUVA-nak ez a feladat 361 millió Eurójába került.
- Integrálás a munkavilágába és a közösségi életbe (rehabilitáció): a balesetbiztosítási ellátó rendszer teljes mértékben megvalósította a rehabilitációs tevékenységet. Az aktív ellátás után közvetlenül elkezdődik a rehabilitációs folyamat, amely az orvosi rehabilitáción túl biztosítja a pedagógiai, foglalkozási és szociális rehabilitációs tevékenységet is. Ez a tevékenység időben nem korlátozott, mindaddig biztosítandó, amíg arra betegnek, sérültnek szüksége van. Szükség esetén külföldi ellátás is igénybe vehető. Évi 200 beteg ellátására van szerződésük Hévízzel, Horvátországban pedig két helyen évi 1035 beteget lehet rehabilitálni. A rehabilitáció szerves része természetesen a segédeszközökkel történő ellátás, továbbá a közlekedési feltételek biztosítása, szükség esetén a lakás, illetve a munkahely, valamint a munkaeszköz adaptálása.

A balesetbiztosítási rendszer a fogyatékosok sportját a rehabilitáció integráns részének tekinti: a sporttevékenység javítja az egészségi állapotot, segít kialakítani a szociális kapcsolatrendszert és igen fontos sikerélményt biztosít. Ezért az AUVA támo-

### 3. táblázat.

	Weisser Hof	OORI*
Ágyszám (db)	200	300
Ápoló (fő)	140,2	150
Átlagos napidíj (Euró)	339,31	kb. 38,0
Kiemelt napidíj (Euró)	730,36	kb. 78,8

\*270 Ft/Euró árfolyammal kalkulálva

gatja mind a tömegsportot, mind pedig az élsportot, szorosan együttműködik a fogyatékos sportszervezetekkel. A sporttevékenység már az orvosi rehabilitációs folyamatnak szerves része, támogatják a fogyatékosok sport intézményeit. A rehabilitációs költségek 2009. évben az AUVA-nál 89 millió Eurót tettek ki.

Érdeemes összehasonlítani (3. táblázat) két szinte azonos struktúrájú, szakmai feladatú osztrák és magyar rehabilitációs kórház Weisser Hof, illetve az OORI néhány adatát. Az átlagos ápolási napok gyakorlatilag azonosak. (A biológia nem hazudik!)

- Pénzbeli szolgáltatások: rendkívüli széleskörű a spektrum a rokkantnyugdíjtól, az özvegyi nyugdíjon keresztül, a temetési költségek részletes finanszírozását át egyéb pénzbeli támogatásokig. Ezeket a pénzbeli szolgáltatásokat vetítési alap figyelembevételével bonyolult rendszerben állapítják meg, a nyugdíj megállapításánál pl. figyelembe veszik a jövedelmi viszonyokat, kereseti viszonyokat és a sérülés, fogyatékoság mértékét. A pénzbeli szolgáltatásokat természetesen folyamatosan karbantartják, szükség szerint felülvizsgálják, és újra megállapítják. Rokkantnyugdíjra 434 millió Euró került kifizetésre 2009-ben.

A példákat az AUVA tevékenységén keresztül mutattuk be, melynek az a magyarázata, hogy a szerzőknek ehhez az intézményhez van kapcsolata, ez a biztosító nagyságrenddel nagyobb, mint a másik három és ennek a biztosítónak áll rendelkezésre a 2010-es évi gazdasági jelentése. Egyébként a másik három biztosító ugyanezen szolgáltatási spektrummal és ugyanilyen színvonalon áll a sérültek, betegek rendelkezésére.

Nagyon fontos rögzíteni, hogy a teljes vertikum úgy működik, hogy a káreseményt (baleset, foglalkozási megbetegedés, úti baleset) a biztosító szerződött orvosának jelenti a munkaadó és vagy a munkavállaló, és attól kezdve lépésről lépésre „case-manager” gondozza a folyamatot. A rendszer óriási előnye az egészségügyi aspektusok mellett, hogy rendkívül nagy hatással van a munka világára: a munka körülményekre, munkabiztonságra, a dolgozók képzésére, továbbképzésére... Példaként említjük, hogy közel tíz év távlatában stabil és alacsony szintű a halálos balesetek száma. Ez 10 000 biztosítottra hat halálos balesetet jelent.

Meggyőződésünk, hogy a magyar társadalombiztosítási rendszerbe az osztrák modell rendkívül gyorsan beilleszthető, egy egységes balesetbiztosítási rendszer kialakításával. Az új rendszer egészségügyi és kiemelten gazdasági hozadéka nagyon gyorsan visszatéríti a bevezetés költségeit. Ugyanakkor változtatni szükséges azon a magatartáson, amely adókerülésben, a feketemunka irányába történő elmozdulásban, a baleseti szempontból minősíthetetlen vagy nehezen elfogadható munkahelyek állapotában érhető tetten – azaz a munkavédelem, a munka világának rendszabályozása kiemelt szervezési feladat. Egy munkaalapú társadalom építése ezek rendbetétele nélkül elképzelhetetlen. A hatékony, gyors sürgősségi ellátás összefonódva a komplex rehabilitáció minden eszközével felgyorsítja a sérültek, betegek munkába állását, drasztikusan csökkenti a rokkant nyugdíjazás mértékét, javítja a sérültek, betegek életminőségét, ezáltal a társadalom hangulatát. A munka világának szabályozása csökkenti a sérülések, megbetegedések, az elvesztett életévek számát, növeli az egészséges életéveket. Ezért ez a folyamat egyértelmű pozitív hatással van a gazdasági életre és a lakosság mentális állapotára.



Tisztában vagyunk azzal is, hogy jelen gazdasági helyzetben, hazánkban pénzügyi korlátok vannak, nehéz összehasonlítani különböző gazdasági fejlettségű országok kiadásait, de a pozitív tapasztalatok saját körülményeink között mindenképpen hasznosíthatók és hasznosítandók. Ez teszi lehetővé, hogy az egészségügy közvetlenül is a gazdaság motorjának motorjává válhasson.

A bevezetőben már említettük, hogy létezik másféle technikai megoldás balesetbiztosítási rendszer működtetésére. Ilyen a németországi modell. Németországot szövetségi tartományok alkotják és mindenki számára ismert, hogy innen indult el a biztosítási ellátás. Hagyományaira támaszkodva veszélyességi és szakmai strukturáltsága van a biztosítási besorolásoknak, és a veszélyességi fokozatnak megfelelően alakítják ki a járulék strukturát. Megfigyelhető az a tendencia, hogy kockázatközösség stabilizálása érdekében lassan aggregálódnak a biztosítók, ez azonban lassú folyamat. A feladatstruktúra gyakorlatilag azonos az osztrák modellével. A német rendszer bemutatása egy másik tanulmánya feladata kell, hogy legyen. De ez a néhány gondolat is átvezet egy másik javaslatunkhoz, amely részben vagy egészében illeszthető egy kialakítandó balesetbiztosítási ellátó rendszerhez.

Teljesen más motivációval, indokokkal, két gondolatosságban javaslatunkra hasonló törvény már működik: a 410/2007. számú Kormányrendelet az „objektív felelősségről”, illetve 2011. LXXXI. törvény az ún. „chips-adóról”.

Hazai körülmények között vizsgálatra javasolt három fő irány:

1. Az extrém sportokról szóló (rossz) jogszabály újragondolása, definíciók és feltételrendszerek konkretizálása.
2. A foglalkozással kapcsolatos, a magasabb valószínűséggel bekövetkező munkahelyi balesetek lehetőségének szakmánkénti analízise, definíciók, biztosítói kategorizálása.
3. Meghatározott jogszabályok megsértése kapcsán keletkezett egészségromlás kezelésének finanszírozás korlátozása.

A fenti javaslatok alapját a kapkodó gyorsasággal és ez által is hibásan megalkotott, az extrém (!) sportok körére érvényesített korlátozások képezhetik, mivel mindhárom javasolt terület logikáját – ha rossz és szakszerűtlen formában is, de – tartalmazza, mely szerint a feltételezhetően nagyobb valószínűséggel bekövetkező baleseti veszéllyel bíró tevékenység miatt a biztosítási költségekhez nagyobb mértékben kell a biztosítottak hozzájárulni, mint azt az átlagos életforma és mód kapcsán kalkulálható mérték megkívánja!

Megjegyzés: A jogszabály – 319/2006 (XII. 23.) Kormányrendelet – hibái között szerepel, hogy nem következetes, nem terjed ki valamennyi ún. „extrém” sportra, tehát e szempontból igazságtalan, nem tesz különbséget az extrém kategórián belül, ez által veszélyezteti az egészség rekreációja szempontjából igen fontos wellness kategóriát, tehát e szempontból kártékony, továbbá szakszerűtlen, mert nem szakemberektől származó információk alapján fogalmaztatott, amikor az pl. egy személyes tengeri – föld körüli – vitorlázást (one hand sailing) rossz fordítása miatt értelmezhetetlenül nevesíti (Magyarországon!), haszontalan, mert a jelenlegi formájában az egészségügy makroökonómiai összefüggéseiben nem okoz értékelhető és hasznosítható következményeket és végül igazságtalanul diszkriminatív, mivel ha és amennyiben bárki

esetében is érvényesítik, akkor a fentiek alapján csaknem véletlenszerűen sújt valakit, ami megengedhetetlen egy korrekt jogrendszerben!

Azonban a javasolt három témakör bevezetése, és kommunikációja vonatkozásában nagy előnye a kritizált jogszabálynak, hogy van! Tehát ebben a politikának/egészség- és biztosítói politikának már meg lehet kapaszkodni, és fel lehet használni korrigálandó és kiegészítendő alapként, tudatformáló céllal a közhangulat befolyásolására.

Abban az esetben, amennyiben a jelen cikkben megfogalmazott komplex javaslatunk nem lenne megvalósítható, a felsorolt érvek miatt javasoljuk az ún. extrém sportolókról szóló törvény megszüntetését.

Ad 1. Az extrém sportok kategóriája sporttevékenységek biztosítási csoportja. Konkrét felsorolásában megnevezendő valamennyi extrém sporttevékenység a mélyvízi búvárkodástól a tereprally motorozáson át a bungee jumpingig (kötélugrás) – még akkor is, ha utóbbi egy évben csak egy alkalommal ugrik le egy hídról.

Az emelt biztosítási díj fizetése iránti igény a felsorolásban konkrétan megnevezett tevékenységek speciális jellegétől függően lehet:

- folyamatos (éves),
- szezonális (negyedéves),
- havi,
- eseti (pl. belépő díjba beépítve).

Ezen extrém tevékenységek fajtája, végzésének rendszeresége és kalkulálható veszélye figyelembevételével határozandó meg a megfelelő díjtétel. Szétválasztandó azonban az extrém sport és az ún. klasszikus/rekreáció jellegű sportok kategóriája!

Ad 2. További fogalomkörként javasolt kezelni a foglalkozás körében valószínűsíthető, magasabb rizikójú baleseti eredetű egészségromlás eseteit, mely szintén konkrét csoportonként megfogalmazandó pl. az ipari alpinistától a keszonmunkásig.

E téren két út tűnik járhatónak.

- Az előbbieken részletesen ismertetett osztrák modell, mely egységes biztosítási tarifával kezelne a rendszer minden balesetbiztosítottat. Ezáltal a kockázat közösség egységes marad. Ausztriában is nagy vita zajlik a biztosítási szakemberek között az egységes tarifáról, azonban a túlnyomó többség igen határozottan kiáll az eredeti modell mellett.
- A német modell, mely szakmánkénti veszélyességi közösségek kialakításával rendeli az egyes kockázati csoportokhoz a tarifát. Ez igazságosabbnak tűnhet, de erősen szegmentálja a kockázatközösséget, társadalmi elégedetlenséget generál. E módszer alkalmazásával a pénzügyi kockázatok az egyes csoportokra leosztva nagyon megnöttek, ezért a teljes kockázatközösség előbb, vagy utóbb a pénzügyi terheket át kell, hogy vállalja. Ez már néhány nagyon veszélyes szakma esetén (északi-tengeri halászat, mélyművelési bányászat) már meg is történt.

Egyik modell sem zárja ki, hogy az érintettek kockázatuk kezelésének finanszírozására kiegészítő biztosítást kössenek. Továbbá ezen modellek azt sem zárják ki, hogy hazánkban az állam és/vagy önkormányzat nagy kockázatú foglalkozási

ágazatban dolgozóinak – rendőr, tűzoltó, rendvédelem stb. – az életpályamodelleik részeként kiegészítő biztosítást kösön. Természetesen maga a foglalkoztatott is köthet kiegészítő biztosítást.

Ad 3. Meghatározott jogszabályszegek – pl. tudatos károkozás stb. – kapcsán keletkezett egészségromlások komplex kezelésének megváltozott egészségbiztosítói és biztosítói kezelése.

Javaslatunk szerint kerüljön rögzítésre azon jogsértések köre (és itt alkalmazható a fokozatosság elve a bevezetéstől) melyek megszegésének esetében – jogerős bírói ítélet birtokában, az akut beavatkozás térítési díjának leszámításával – a továbbiakban „komoly” fizetségi kötelezettség terhelje a szabályszeget. Példaként hozandó fel elsősorban pl. az ittas vezetés, vagy a meghatározott mértékű sebességtúllépés, akár egyéb durva munkavédelmi szabályszegek.

Javaslatunk nem az „ördögtől való”, melyre például szolgálhat a tanulmány elején már említett objektív felelősség intézménye, illetve az alkoholfogyasztással kapcsolatos „zéró tolerancia elv” következetes és igen szigorú alkalmazása.

„A balesetek száma 2006 óta csökkenő trendet mutat. 2010-ben 9%-kal kevesebb személyi sérüléses közúti közlekedési baleset történt közútjainkon, mint az előző évben. Kimeneteleük is kedvezően alakult: a halálos balesetek száma 14%-kal, a súlyos sérüléssel járóké 11%-kal csökkent. Az autópályákon 6%-kal több baleset történt. Közúti balesetekben 739 személy vesztette életét, 83 fővel kevesebb, mint egy évvel korábban! Az ittasan okozott balesetek szám 17%-kal csökkent.”

A közlekedési balesetek számának csökkentése európai uniós projekt és elvárás, mely elvet a javaslatunk teljességgel támogatja. Meggyőződésünk, hogy a javaslatunkban szereplő szigorítás nem pusztán forrásteremtés eszköze, hanem a társadalom nagy részének igazságérzetét is erősíti, mely szempontot az esetleges bevezetés társadalmi vitájának folyamatában javasolunk erőteljesen kommunikálni.

Az általunk felvázolt gondolatokat egy egységes egészségbiztosítási rendszeren belül képzelnék el, mely két irányba ágazó:

- hagyományos egészségbiztosítási ágazat (Sozialversicherung),
- balesetbiztosítási ágazat (Unfallversicherung).

Természetesen ehhez kapcsolódhatnak különféle kiegészítő biztosítások.

Javaslatunk társadalmi és gazdasági hozadékai lehetnek:

1. A munka világának valamennyi szereplője: munkaadó, munkavállaló, munkabiztonsági szervezetek, ellátók, tanulók, diákok balesetbiztosítási, foglalkozási megbetegedések szempontjából egy egységes rendszeren belül működik együtt, illetve kerül ellátásra.
2. A biztosító(k) kiszámíthatóbb terhelése.
3. A munkaadók és a biztosítottak felelősség tudatának készítése, következményes „óvatosság” megjelenése.
4. „Pántlikázott” biztosítói bevételfokozás.
5. A kérdéskörben fokozottabb aktivitású – egyebekben jelenleg hátrányosabb helyzetűnek tartott – szakterületek finanszírozásának javítása/annak lehetősége (mentés, traumatológia, ortopédia, intenzív betegellátás és rehabilitáció, beleértve a segédeszköz ellátást is).
6. A rehabilitáció kiterjesztése a társadalmi integrációs folyamattal bezárólag.

7. Eddig követhetetlen és csak becsülhetően e célból kifizetett összegek mértékének pontos megismerése és célsebb felhasználása.

8. A javaslat illeszthetővé legyen a Semmelweis-tervhez!
9. Magasabb színvonalú betegellátás, megnyert minőségi életévek számának növekedése.
10. A társadalmi elégedettség fokozódása.

### A rendszerbe állítás feltétele

1. Kalkulációk, futtatások elvégzése, hatástani vizsgálatok, nemzetközi tapasztalatok begyűjtése, összehasonlítások elvégzése, biztosítói gyakorlatok adaptálása (Pl. a jelenleg biztosítók által fizetett éves összeg kalkulációk vizsgálata stb.).
2. Döntés-előkészítő anyag megfogalmazása (mérőföldkövek, költségek, felelősök).
3. Egészségpolitikai döntés.
4. Jogszabályi megjelentetése, végrehajtása.
5. A témakör folyamatos karbantartása, szempont rendszerek korrigálása, bővítés kommunikálása.

### Összefoglalás

A javaslat napjaink megszorítások hírértől hangos világában jó példa lehet arra, hogy kellően felkeltse a lakosság felelősségérzetét, partnerré tegye a rizikóvállalás folyamatában, ugyanakkor kellő biztonságot is adjon az érdekelteknek, hosszú távon állami terheket csökkentsen és még jó eszköze is legyen a biztosítói bevétel gyarapításának.

### Irodalomjegyzék

1. *Jahresbericht. 2009 (AUVA). 2010. december*
2. *AUVA Alles aus Einer Hand. 2010*
3. *AUVA Rat und Hilfe: Aufgaben und Leistungen der AUVA. 2010*
4. *Friederike Lackenbauer regionális igazgató, AUVA, személyes közlés*
5. *Osztrák társadalombiztosítási törvények*
6. *Központi Statisztikai Hivatal gyorstájékoztató: Személysérüléses közúti közlekedési balesetek 2010. I–IV. negyedév (2011. 02. 22.)*
7. *Magyar Közlönyök*
8. *Miniszterelnöki Hivatal részére: „Új logikájú gondolkodás javaslata a hazai betegbiztosítás és betegellátás egy szegmensének területén” készített elemző anyag (dr. Ari Lajos, dr. Varga Imre: 2007)*
9. *Minisztérium felsővezetése részére készített: „Új logikájú gondolkodás javaslata a hazai betegbiztosítás és betegellátás egy szegmensének területén” készített elemző anyag (dr. Ari Lajos, dr. Varga Imre: 2008)*
10. *IMF-statisztikák*

1. *Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, EGVE, volt nemzetközi minősítésű motorcsónak sportbíró, UIM-sportbíró*
2. *Medicina 2000, többszörös magyar bajnok motorcsónak versenyző, nemzetközi minősítésű motorcsónak és jet-ski sportbíró*

# A kötelező egészségbiztosítás szolgáltatási csomagja alakításának problémái

Dolgozatom fő célja annak vizsgálata, hogy mennyiben tekinthető konzisztensnek a szolgáltatási csomag meghatározására vonatkozó mai magyar rendszer. A szolgáltatási katalógus elemeinek beazonosítása után azok szabályozását, illetve azt vizsgálom, hogy összhangban vannak-e ezek az elemek egymással. A vizsgálat során szempontokat kívánok meghatározni annak érdekében, hogy a szolgáltatási csomag elemei valóban rendszert alkossanak, és így a szolgáltatási csomag által közvetített egészségpolitikai célok, elvek hangsúlyosabban érvényre jussanak.

■ Dr. Gervai Nóra

## A vizsgálandó probléma

A vizsgálandó kérdés hátterében az a sokszor megfogalmazott probléma áll, amely szerint a magyar egészségbiztosítási szolgáltatási csomag tartalma bizonytalan, meghatározása parttalan, és bár a „mindenkinek mindent egyenlően” elvéből táplálkozik, ez az elv csak de iure megfogható, de facto azonban számos tényező együttes hatásának következtében nem tud megvalósulni.

Kérdésként nemcsak az merül fel, hogy mi a gyakorlati akadály egy, az elvek szintjén teljes mértékben szolidáris rendszer fenntartásának, hanem az is, hogy van-e a szolidaritásnak olyan határa, amely a társadalom – a kockázatközösség – számára elfogadható, és az orvosi, szolgáltatói és finanszírozói szempontokat összhangban megtestesítő egészségpolitika számára is megvalósítható szolgáltatási csomagot eredményez, illetve ennek milyen eszközei állnak/állhatnak rendelkezésünkre. Kérdésként merül fel az is, hogy a jelenlegi rendszer mennyiben használható alapként a jövő szolgáltatási csomagjának meghatározásakor.

### 1. A probléma jelentősége

A szolgáltatási csomag meghatározásának, tartalmának bizonytalanságai az egészségügyi rendszer működését alapvetően érintik. A rendszer összes szereplője számára – eltérő felelősség mellett – kizárólag hátrányok fakadnak ebből a helyzetből:

- A beteg az országos, régiós/nagytérségi, de akár település-szinten eltérő tartalmú és minőségű szolgáltatáshoz jut.
- A szolgáltató saját maga kényszerül prioritizálni.
- A finanszírozó a szolgáltatási csomag pontos meghatározása, az egyes elemek pontos tartalmának meghatározása nélkül a rendelkezésre álló források hatékony felhasználásában akadályozott.

– Az egészségpolitikus nem tudja, hogy a szolgáltatási csomag ismeretében milyen nagyságú, szerkezetű, kapacitású rendszert érdemes fenntartania.

Ez az állapot végső soron a teljes egészségügyi rendszer minőségére, megbízhatóságára, az összes szereplő elégedettségére kihat. Az egészségügyi rendszer növekvő forrásigénye és a rendelkezésre álló források szűkössége miatt a szolgáltatási csomag konzisztens, jelenleginél pontosabb meghatározása álláspontom szerint az allokatív hatékonyság szempontjából elengedhetetlen.

### 2. A szolgáltatási csomag definíciója

A nemzetközi szakirodalomban használt megfogalmazások alapján a szolgáltatási csomag a közfinanszírozott egészségügy/egészségbiztosítás által a jogosultak számára nyújtott ellátások körét jelenti. A szolgáltatási katalógus a szolgáltatási csomag szabályozás útján való megjelenítése. Az Európai Bizottság által finanszírozott „Health Benefits and Service Costs in Europe – Health Basket” elnevezésű projekt keretében 9 európai uniós (EU) tagállam szolgáltatási csomagjának felépítését vizsgálták meg. A német, spanyol, holland, olasz, dán, angol, francia lengyel és magyar szolgáltatási csomag vizsgálatát követően a projekt következtetései között szerepelt, hogy explicit szolgáltatási katalógus hiányában a fekvő- és a járóbeteg-ellátások finanszírozási rendszerei szolgálnak szolgáltatási katalógusként, illetve, hogy egyre határozottabban érvényesül az a trend, amely a szolgáltatási csomag és a szolgáltatási katalógus egyértelművé tétele irányába hat.<sup>1</sup>

A szolgáltatási csomag meghatározása – a szolgáltatási katalógus létrehozatala – a fent említett EU-tagállamok esetében többszintű szabályozás útján történik. A keretek rögzítése

általában törvényi szintű szabályozást jelent, amelyet rendeleti szintű szabályozás, illetve szakmai, finanszírozási protokollok és más szabályok – pl. befogadási irányelvek, ajánlások stb. – tesznek teljessé. A szolgáltatási csomag minél pontosabb meghatározására törekvő pozitív lista mellett megoldásként él a nem finanszírozott ellátásokat meghatározó negatív lista is, illetve a kettő kombinációja is megtalálható számos országban. Németországban pl. a befogadási döntéshozatalra hatáskörrel rendelkező szerv – Gemeinsamer Bundesausschuss (Közös Szövetségi Bizottság, továbbiakban: Bundesausschuss) a fekvőbeteg-ellátások körében negatív listát, járóbeteg-ellátásoknál pozitív listát épít.<sup>2</sup>

A szolgáltatási csomagot három dimenzióból szükséges vizsgálni: „szélessége” jelzi a szolgáltatási csomagra jogosultak körét, „mélysége” a nyújtott szolgáltatások körét és „magassága” a nyújtott ellátások finanszírozásának mértékét (azaz az egészség-

biztosítás és a páciensek közötti költségmegosztás mértékét).<sup>3</sup>

A továbbiakban a szolgáltatási csomag és katalógus fenti alapfogalmából és a projekt megállapításaiból kiindulva elemzem a magyar szolgáltatási csomagot.

### 3. A magyar egészségbiztosítási szolgáltatási csomag felépítése

Jelenleg a magyar egészségpolitikai közgondolkodás sokszor a kötelező egészségbiztosítás által nyújtott ellátások „csomag” jellegét is kétségbe vonja – éppen annak parttalan, túl tág meghatározása az érv a szolgáltatási csomag létezése ellen. További vita forrása, hogy a szolgáltatási csomag – ha elfogadjuk létezését – pozitív vagy negatív listán kerül-e meghatározásra; illetve a jövőben kialakítandó szolgáltatási csomag kapcsán is felmerül a kérdés, hogy a nyújtott szolgáltatások explicit felsorolása, vagy a kizárható ellátások meghatározása-e a megfelelő megoldás.

#### 1. táblázat. Pozitív vagy negatív lista?

##### Pozitív listára utaló szabályozás

Eütv. 2. § (5) bekezdés:

- Az egészségügyi intézményrendszer szakmai ellátási szintekre tagolt felépítése és működése emberközpontú, az eltérő jellegű és súlyosságú megbetegedésben szenvedők egészségi állapota által meghatározott szükségletekhez igazodik, valamint tudományos tényekre alapozott és költséghatékony eljárásokon alapul.

Eütv. 141. § (1) bekezdés és (2) bekezdés a. pont

- Az állam felelős a lakosság egészségi állapotáért. (...)
- Az állam felelősségének tartalma: az egyén egészségügyi ellátáshoz való joga gyakorlásához az egészségügyi ellátórendszer megfelelő mennyiségű, minőségű, elosztású, összetételű és hatékonyságú működése általános (szervezési, intézményi, oktatási, kutatási) feltételeinek megteremtése, működtetésének biztosítása.

Ebtv. 2. § (1) bekezdés:

- – „Az egészségbiztosítási ellátások közül az egészségügyi szolgáltatások – e törvény keretei között és az e törvény felhatalmazása alapján kiadott finanszírozási, vizsgálati és terápiás eljárási rendek figyelembevételével – az egészségi állapot által indokolt mértékben vehetők igénybe.”

Ebtv. 19. §:

- – Egészségügyi ellátás keretében a biztosított a kezelőorvos által gyógyító céllal rendelt, az egészségbiztosításért felelős miniszter által az adott ellátásra meghatározott finanszírozási eljárási rend, valamint a vizsgálati és terápiás eljárási rend szerinti szolgáltatásokra jogosult.

Az Ebtv. ezen túlmenően keretjelleggel, szolgáltatás-típusonként sorba veszi a közfinanszírozott ellátásokat.

Pl. betegségek megelőzését, korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatások, gyógykezelés céljából végzett egészségügyi szolgáltatások; háziorvosi, fogászati, járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátás; egyéb egészségügyi szolgáltatások; szülészeti ellátás, orvosi rehabilitáció, betegszállítás, mentés; árhoz nyújtott támogatással igénybe vehető szolgáltatások, részleges térítés mellett igénybe vehető ellátások.

9/1993. (IV. 2.) NM-rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről  
Egyéb rendeleti és nem jogszabályi szintű szabályok<sup>5</sup>

##### Negatív listára utaló szabályozás

Az Ebtv. 18. § meghatározza az egészségbiztosításból kizárt ellátások körét.

Ezek pl.:

- foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatások,
- orvosszakértői vizsgálatok és szakvéleményezés,
- különösen veszélyes (extrém) sportbaleset
- nem egészségügyi indokból végzett művi meddővé tétel
- járművezetői alkalmassági vizsgálatok stb.

A kizárt ellátások tekintetében további konkretizálást jelent a az Ebtv. vhr. 5/B § (1) és (2) bekezdése, így:

extrém sportnak minősül:

- a. vízisízés,
- b. jet-ski,
- c. vadvízi evezés,
- d. hegy- és sziklamászás az V. foktól,
- e. magashegyi expedíció,
- f. barlangászat,
- g. bázisugrás, mélybe ugrás (bungee jumping),
- h. falmászás,
- i. roncsautó (auto-crash) sport, rally,
- j. hőlégballoonozás,
- k. félkezes és nyílttengeri vitorlázás,
- l. sárkányrepülés, ejtőernyőzés, paplanernyőzés, műrepülés.

284/1997. (XII. 23.) Kormányrendelet a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról

## 2. táblázat. A szolgáltatási katalógus elemei.

I. Törvényi szintű keretek (Ebtv. Eütv.)
II. Kormányrendeleti és miniszteri rendeleti finanszírozási szabályok, amelyek implicit módon tartalmazzák a finanszírozott szolgáltatásokat
III. Kiegészítő, esetenként nem jogszabályi formát öltő egyéb szabályok (pl. kódkarbantartásra vonatkozó rendelkezések, szabálykönyv stb.)
IV. Befogadási szabályok
V. Szakmai protokollok
VI. Finanszírozási protokollok

### 3.1. A szolgáltatási csomag szélessége – a jogosultak köre

A szolgáltatási csomag szélessége az általános definíció értelmében az arra jogosultak körét jelenti. A jogosultak körének meghatározása jogosultsági szintek (csomagtípusok) meghatározásával is együtt járhat.

A magyar szabályozás ebben a tekintetben ellentmondásos. A jogosultak körét a társadalombiztosítás ellátásaira és magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény (továbbiakban: Tbj.) 5. és 16. §-a határozza meg, beleértve ebbe a körbe a Magyarországon állandó lakóhellyel bíró – és megfelelő jogcímmel rendelkező – magyar állampolgárokat, illetve a Magyarországon meghatározott jogviszony keretében kereső tevékenységet végző személyeket. Míg az 5. § hatálya alá tartozó személyek (pl. munkavállalók, egyéni vagy társas vállalkozók) biztosítottak minősülnek, és a kötelező egészségbiztosítás pénzbeli ellátásaira is jogosultak, a 16. § hatálya alá tartozó egészségügyi szolgáltatásra jogosultakat (pl. nyugdíjas, szociális ellátásban részesülő személyek, hajléktalanok) a természetbeni ellátások illetik meg. A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXX. törvény (továbbiakban: Ebtv.) pedig kimondja, hogy az egészségügyi szolgáltatások azonos szakmai tartalommal illetik meg az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosult személyeket. (3. § /1/ bekezdés) A Tbj. 5. és 16. §-aiban lefektetett jogcímeik nagyon széles körűek, ami elméletileg és gyakorlatilag is azt jelenti, hogy a rendszer univerzális: valamilyen jogcímen minden Magyarországon élő/kereső tevékenységet folytató személyt lefed. Emellett – az Ebtv. fenti idézett szakasza értelmében – a rendszer teljes mértékben szolidáris, hiszen mindenki ugyanolyan mértékű és minőségű ellátásban részesülhet, nincsenek a jogosultság jogcímétől függően eltérő szintek – különböző szintű szolgáltatási csomagok – (nincs különbség pl. a nyugdíjas és munkavállaló, bérpótló juttatásban részesülő személy, vagy GYES-en lévő anyuka között.) A jogviszony-ellenőrzés rendszere ezen nem változtat: a rendezetlen jogviszonyú személy is jogosult minden ellátásra (I. Ebtv. végrehajtásáról szóló 217/1997. /XII. 1./ Kormányrendelet – továbbiakban Ebtv. vhr. – 12/B § /8/ bekezdés).

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (továbbiakban: Eütv.) 142. §-a azonban a fentiekhez képest eltérő rendszerre utal, amikor kimondja, hogy minden Magyarországon tartózkodó személy jogosult az alapsomag ellátásaira, azaz bizonyos járványügyi ellátásokra, sürgősségi ellátásra és mentésre. A sürgősségi ellátást igénylő állapotok és betegségek egy 31 pontból álló listával az 52/2006. (XII. 28.) EÜM-rendeletben kerültek rögzítésre. Az „alapsomagban” szereplő ellátások költségét a központi költségvetés állja. Az Eütv. fenti rendelkezésével többszintű szolgáltatási csomagokból álló rendszerre enged következtetni.

Tekintettel arra, hogy az Ebtv. értelmében ugyanarra az ellátásra jogosult a biztosított, az egészségügyi ellátásra jogosult, a rendezetlen jogviszonnyal rendelkező Magyarországon állandó lakóhellyel bíró személy – bár a jogviszonyának rendezésére

irányuló szolgáltatói jelzést kap – az Eütv. fenti rendelkezésének személyi hatálya borzasztóan szűk; Magyarországon biztosítási jogviszonnyal, illetve nemzetközi egyezmény, EU-s rendelet szerinti jogosultság-igazolással nem rendelkező külföldi állampolgárokra; vagy Magyarországon állandó lakóhellyel nem rendelkező – és biztosított jogviszonnyal nem rendelkező – magyar állampolgárokra korlátozódik. Ezért zavaró és nehezen értelmezhető az Eütv. fenti rendelkezésének utalása a különböző szintű szolgáltatási csomagokra. Véleményem szerint Magyarországon egy szolgáltatási csomag létezik, az Eütv. vonatkozó rendelkezése pedig pontosításra szorul.

### 3.2. A szolgáltatási csomag mélysége – a nyújtott ellátások köre

A szolgáltatási csomag mélysége kapcsán nem célozom egyes szolgáltatások/szolgáltatási csoportok elemzése, inkább a szolgáltatási csomag egyes szintjeinek és azok kapcsolatainak vizsgálata az általam meghatározott jellemzők alapján. Továbbá a szolgáltatási csomag által közvetített egészségpolitikai célokat és ezek lehetséges eszközeit határozom meg. Az elemzéskor a jelenleg hatályos jogszabályokból indultam ki.<sup>4</sup>

#### 3.2.1. Pozitív vagy negatív lista?

A szolgáltatási csomag mélysége kapcsán először a magyar szabályozás pozitív és negatív lista irányába ható rendelkezéseit tekintem át az 1. táblázatban. A táblázat elsősorban a törvényekben, alapvető szinten rögzített kereteket tartalmazza.

Jól látható, hogy rendszerünk mindkét irányt egyszerre képviseli. Az Ebtv.-ben megfogalmazott negatív lista mellett létezik egy – a 2. pontban ismertetett, nemzetközi példával illusztrált definíció szerinti – pozitívan meghatározott szolgáltatási csomag, amelyre mind az Ebtv.-ben, mind az Eütv.-ben utalás történik, és ami alacsonyabb szintű szabályokban teljesebb ki, az alábbi, többszintű szabályozás útján:

Véleményem szerint a szolgáltatási csomag kétirányú meghatározása nem értelmezhető problémaként vagy ellentmondásként, a két irány eltérő funkcióval bír. A negatív lista a közfinanszírozott körből teljesen kizárt szolgáltatásokat jelenti, a pozitív lista a közfinanszírozott ellátások között nyújtott szolgáltatások feltételrendszerét kell, hogy jelölje, tehát azt, hogy a nyújtott szolgáltatásokat ki veheti igénybe, milyen életkorban, milyen indikáció alapján, milyen beutalási rendben.

A rendszert a jövőben sem célszerű egyirányúvá tenni, fontos azonban, hogy mind a pozitív, mind a negatív lista esetében átlátható, szakmai, társadalmi és fiskális szempontokat egyaránt szem előtt tartó eljárás keretében történjen a szolgáltatások meghatározása. Vajon mennyire átláthatóak és működőképesek a mai eljárásaink?

#### 3.2.2. Általános kérdések a szolgáltatási katalógus egyes elemek vizsgálata kapcsán

A 2. táblázatban ismertetett keretrendszer I–VI. pontjait nevezem a továbbiakban a katalógus elemeinek. A méltányosságból

## 4. táblázat. Példák a kvázi-jog megjelenése Angliában és Németországban.<sup>9</sup>

### Anglia

Az Egészségügyi Minisztérium irányelvei

Az Egészségügyi Szolgálat körlevelei

Az NHS Szabályozási Keretrendszere:

- NHS terv (beruházási és egyéb reformtervek),
- NHS Szolgáltatási Keretrendszer (minőség növelésére és egyenlőtlenségek csökkentésére),
- NICE útmutatók (technológia-értékelés, klinikai irányelvek, intervenciók eljárások).

### Németország

A Bundesausschuss irányelvei (pl. befogadási kérdésekben), amelyeket a felügyeletet ellátó minisztérium csak formai okokból vétőzhat meg (hatáskör-túllépés, eljárási hibák, döntés-indokolási kötelezettség elmulasztása).<sup>10</sup>

## 5. táblázat. A prioritásképzést segítő eszközök<sup>14</sup>

Klinikai irányelvek és protokollok kidolgozása, terjesztése, oktatása

A várólista képzés kritériumrendszerének kidolgozása és a prioritásképzés kritériumainak meghatározása a várólistákon

nyújtott ellátások véleményem szerint előzetes szűrőként funkcionálhatnak a befogadási döntésekhez, ezért az ilyen eljárásokra vonatkozó jellemzőket ismertetem. Önmagában a keret struktúrája nem árul el sokat – előzetesen annyi állapítható meg, hogy a szabályrendszer több tucatnyi jogszabályban elszórtan került megalkotásra, amely magában hordozza az áttekinthetlenséget, inkonzisztenciát és ismétlődését veszélyét.

Az alábbiakban a 3. táblázatban ismertetem az egyes elemekhez kapcsolódó eljárásokat és más jellemzőket – pl. hatáskör gyakorlója, követett döntéshozatali szempontok, az elemek egymás közötti kapcsolata, eljárások gyakorisága. A fenti jellemzők segítségével próbálom feltérképezni, mennyire lehet rendszerszerűnek és átláthatónak nevezni a katalógus felépítését, mennyire vannak összhangban az egyes elemek egymással. Tekintettel arra, hogy bizonyos szervezeti átalakulásokat az érintett jogszabályok nem követték le, emiatt fordulnak elő a táblázatban ma már nem létező, vagy nem a jelzett névvel létező intézmények – ez a tény önmagában is sokatmondó: a keret anakronizmusa a tartalom hiányosságaira is utalhat, valamint arra, hogy a téma jelenleg alacsony prioritású. A hatályos elnevezéseket zárójelben tüntetem fel.

A táblázat alapján a rendszer egészét vizsgálva az alábbi következtetések vonhatók le:

A szolgáltatási csomag elemei – a szakmai irányelvek, protokollok, és a Szabálykönyv kivételével – többnyire jogszabályi formában jelennek meg.

**Kérdés: A jogi norma-e a megfelelő keret a szolgáltatási csomag bármely elemének meghatározására? Ha igen – pl. a szankcionálás lehetőségének biztosítására – akkor milyen szintű norma alkotása szükséges – törvény, kormányrendelet, miniszteri rendelet?**

Az érintett normák jogszabállyal történő kikényszeríthetőség tétele elfogadható eszközként, ám a formalizáltság nem feltétlenül jelent szakmailag is átlátható eljárásokat. A jogszabályalkotás általános szabályai önmagukban nem nyújtanak garanciát arra, hogy a szolgáltatási csomag elemeinek kialakításakor a megfelelő szintű szakmai és társadalmi párbeszéd kialakuljon. Ezért nagyon alaposan szükséges átgondolni, hogy mely szabályokat fektetünk le hagyományos jogalkotás keretében, és melyek azok, amelyeket szakmai normaként betartunk/betartatunk és esetleg emellett jogszabályban megerősítünk.

*Példa: A negatív lista – az Ebtv. 18. § (6) bekezdésének – meghatározása ma a hagyományos jogalkotás keretei között zajlik, je-*

*lenleg a lista a törvényszöveg része. Tekintettel arra, hogy az Ebtv. 18. §-nak meghatározása végső soron az Országgyűlés hatásköre, felmerül kérdésként, hogy ki válhat a negatív lista szempontjából javaslattevővé? Az általános – Alkotmányban rögzített – szabályok szerint a kormány, az országgyűlési képviselő, képviselők csoportja, országgyűlési bizottság. A negatív lista megalkotását kormány-előterjesztés esetén közigazgatási egyeztetés előzi meg.<sup>8</sup> Elégséges-e ez az eljárás szakmai, társadalmi szempontból?*

A fenti kérdések általános jellegűek, természetesen nem csak a szolgáltatási csomag meghatározása szempontjából relevánsak. Ha megvizsgáljuk azonban más EU-tagállamoknak a mi szolgáltatási katalógusunkhoz egyébként sok elemében nagyon hasonló rendszereit, akkor szembetűnő, hogy számos helyen jelentős az ún. kvázi-jog szerepe. Ezek a nem jogszabályként megjelenő, de mégis kikényszeríthető, kikényszerítendő, sőt jórészt automatikusan követett szakmai normák pl. Angliában és Németországban (!) is jelen vannak. Előbbire még a jogtörténet oldaláról magyarázat lehet az íratlan jog hagyománya, de Németország jogrendszere a hazaihoz teljesen hasonlóan az írott jogon alapul, a jogalkotó – egy ennyire speciális területen – mégis teret enged a kvázi-jogként funkcionáló szakmai szabályok megalkotásának, egy ennek – a résztvevők összetételében, a határidők tekintetében stb. – megfelelő eljárásrendben.

Az angliai szolgáltatási csomag elemzések kapcsán továbbá sor került annak megállapítására, hogy a belső minőségi ellenőrző mechanizmusok azok, amelyek valójában kikényszerítik a szabályok betartását, nem pedig önmagában a szabályok jogi jellege.<sup>11</sup>

Az eljárások kapcsán megállapíthatjuk, hogy minden elemhez különböző eljárás kapcsolódik. Sem a határidők, sem a hatáskör gyakorlója, sem az eljárás menete nem egyezik az egyes elemeknél. Ez alól kivételt a befogadás-politikai – gyógyszerre, győse-re, egészségügyi technológiára vonatkozó – szegmens jelent, amely minden szempontból egységesebb képet mutat. (Külön vizsgálat tárgyát képezhetné, hogy a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL. törvény – továbbiakban: Ket. – alkalmazása mennyire megfelelő az egészségpolitikai döntéshozatalban.)

Az előzőhöz hasonló kérdést vet fel az egyes elemek közötti – jogszabályban deklarált – kapcsolatok vizsgálata is. Bizonyos elemeknél látványosan hiányos a táblázatnak ez az oszlopa, egyes elemek között szinte nincsen visszacsatolás.

**Kérdés: Egységesíthetők-e az eljárások, vagy inkább felfűzhetők az elemek egy olyan eljárásra, amely folyamatos és rugalmas oda-visszacsatolást jelentene az elemek között? Mely elemek között elengedhetetlen a kapcsolat/visszacsatolás kialakítása annak érdekében, hogy valódi rendszerről beszélhessünk?**

Az eljárásokkal összefüggésben problémát jelent, hogy a jelenleg hatályos vizsgált eljárások között is van olyan, amelynek esetében a formalizáltnak tűnő eljárásrend ellenére sem követhető pontosan a döntéshozatal.

**Kérdés: Mik azok a garanciák, amelyek legitimé teszik a döntéshozatalt?**

*Példa: A kódkarbantartás az az eljárás, amely jól mutatja, hogy egy probléma jogszabályi szintű rendezése önmagában nem jelenti a szabályozott folyamatok átláthatóságát. Ebben az esetben – a közreműködő szervek feladatainak részletezését követően – éppen a végeredmény kialakításának menete nem szabályozott.*

A transzparencia alapvető garancia, ha hiányzik, akkor sérülhet a döntések elfogadottsága. Emellett a megfelelő szintű társadalmi részvétel az a tényező, amely a döntéshozatal legitimitását biztosítja.<sup>12</sup> A szolgáltatási csomag kialakításával kapcsolatos döntéshozatalok során más államokban számos példát találunk a civil társadalommal való egyeztetésre, illetve a betegcélekre becsatolására.<sup>13</sup>

Ha az egyes hatáskörök gyakorlóit tekintjük végig, akkor látható, hogy az egészségügyért felelős minisztérium/miniszter gyakorlatilag minden elem esetében az egyik főszereplő. A rendszer tehát magas szinten centralizált, amely esetenként szükségtelenül lassíthatja az eljárásokat.

**Kérdés: van-e olyan elem, ahol alacsonyabb szinten is történhetne döntéshozatal, a formai szempontból jelentős miniszteri megerősítéssel? Kiiktatható-e a végső döntéshozatalt megelőző szakaszokból a miniszteri szerep? Mi az a feladat, ahol viszont a központi akarat erősítendő?**

*Példa: A szakmai protokollok alkotásakor mind a betegcsoportok, mind a témajavaslatok kidolgozását követően szükséges a miniszteri döntés, annak ellenére, hogy a szolgáltatási csomagnak ezen eleme tűnik a leginkább egyértelműnek; abban az értelemben, hogy itt egy szakma, az orvosszakma meghatározó szerepéről van szó az elem kidolgozásakor, az államigazgatási apparátus bekapcsolása a szolgáltatási csomag alakításának ezen szakaszába indokolatlannak tűnik – legfeljebb az érintett szervezet, a szakmai kollégium sajátos, tanácsadó szerepéből fakadhat.*

A miniszter az egészségügyi technológia-befogadáskor is megjelenik, az OEP által hozott előzetes befogadásról szóló döntés vétőzására jogosultjaként. Szakmailag megalapozott, megfelelő alapelvek mentén történő döntéshozatalt követően szükséges-e ilyen magas szintű kontroll?

Ugyanakkor a prioritásképzés szükségszerűen olyan feladat lehet, amelyet a kormányzati akarat áthat és a katalógus teljes spektrumának karbantartására kihat.

Ha az egyes eljárásokban közreműködő szereplőket megvizsgáljuk, azt láthatjuk, hogy minden egyes elem kidolgozása esetében számos szervezet bevonása szükséges; az egyes eljárásoknál közreműködő szervek pedig csak részben vannak egymással átfedésben. Feladattal bír a szolgáltatási csomag kialakításakor a NEFMI, az OEP, az OTH, az ETT, a GYEMSZI, a MKSZ, a MOK, a szakmai kollégiumok stb.; nincs azonban kijelölve a

szolgáltatási csomag alakításának szerepére, vagy a feladatok koordinálására egyetlen szervezet sem. Egyes esetekben a hatáskörrel rendelkező szerv pontos körülhatárolása is hiányzik. Az összes eddig feltett kérdés beilleszthető ebbe a szervezeti problematikába: legitim, minden elemre kiterjedő hatáskörrel és szakértelemmel rendelkező szervezet létezése a szolgáltatási csomag folyamatos alakításának kötelezettségét kézzel foghatóvá tehetné.

A szervezeti tagoltság, több szereplő együttműködése szükségszerűen több nézőpont becsatornázását teszi lehetővé, és nyilvánvaló az is, hogy bizonyos feladatok egy szervezethez telepítése – pl. szakmai protokollok, gyógyszerbefogadás – értelmetlen lenne. Fő aktor meghatározása nélkül azonban a jelenlegi struktúra inkább széttagoltságot jelez.

A hatáskörök sokszor nem egyértelmű elhatárolása pozitív és negatív kollíziót is okozhat: valamely probléma megoldása több szervezet hatáskörébe is tartozik, valamelyik viszont egyikébe sem. Pl. az országos szintű prioritás-képzés gazdátlan feladat, míg pl. a kódkarbantartásnak, bár sok szereplőt érint, mégis laza szervezet a felelőse.

**Kérdés: Az áttekinthető döntéshozatalt nem szolgálná-e megfelelőbb módon a feladatok – vagy azok leginkább összefüggő csoportjainak összekapcsolása és egy szervezethez történő telepítése, amely a szükséges kompetenciákkal rendelkezik, illetve elképzelhető-e bizonyos hatáskörök összevonása?**

*Példa: A hatáskörök egyértelmű összevonása felmerülhet a finanszírozási protokollok, a kódkarbantartás és a befogadás-politika esetében – a különböző feladatoknak automatikusan kell egymást követniük ahhoz, hogy rendszerről beszélhessünk; illetve adatigényük is hasonló.*

A döntéshozatalra hatáskörrel rendelkező szervezet meghatározásának pontatlanságára példa lehet a Szabálykönyv megalkotása, amely esetében nem kézzel fogható ez a vizsgált jellemző (sem).

Összefoglalásul megállapítható, hogy a magyar katalógus felépítése megfelel a nemzetközi tapasztalatoknak, azonban megerősítésre szorul a szolgáltatási csomag folyamatos alakítása érdekében. Véleményem szerint az egyes elemek közötti visszacsatolás biztosítására – legalább koordináló szerep szintjén – a jövőben intézményi felelőst szükséges kijelölni. Elengedhetetlen továbbá az összes érintett hatáskörének pontos definiálása, az eljárások minden elem esetében történő átláthatóvá tétele, illetve a szakmai alapon történő döntéshozatal további erősítése az eljárásokban.

### 3.2.3. Döntéshozatali szempontok és módszerek

A döntéshozatali szempontok pontos meghatározásának az eddig taglalt szervezeti-eljárás szempontokhoz képest kiemelkedő a jelentősége. Ezen módszerek és szempontok segítségével juttathatók érvényre a szolgáltatási csomag által közvetíteni kívánt egészségpolitikai alapelvek.

A döntéshozatali szempontok – a 3. táblázat alapján – a többi jellemzőhöz képest egységesebb képet mutatnak, a legtöbb elem esetében a költséghatékonyság, a bizonyítékokon alapuló orvoslás (evidence based medicine – EBM), a költségvetési hatás, az epidemiológiai szempontok, és a népegészségügyi prioritások figyelembe vétele azok a kulcstényezők, amelyek elvileg befolyásolják a döntéshozatalt. Legátfogóbban kidolgozott és legjobban megmagyarázott alapelvekkel a szolgáltatási

## 3. táblázat. A szolgáltatási csomag elemeinek egyes jellemzői.

A szolgáltatási csomag eleme	Hatáskör gyakorlója	Döntéshozatal gyakorisága	Eljárásrend
Törvényi keretek; Negatív lista	Köztársasági elnök, kormány, országgyűlési bizottság vagy országgyűlési képviselő kezdeményezésére, Országgyűlés	-	A Magyar Köztársaság Országgyűlésének házszabályáról szóló 46/1994. (IX. 30.) OGY-határozatban foglaltak szerint.
Rendeleti keretek	Törvényi vagy kormányrendeleti felhatalmazás alapján kormány, miniszter	-	-
Szakmai irányelvek; Szakmai protokollok	Szakmai kollégium, miniszter	Betegségcsoportokról évente felülvizsgálat; protokollok/irányelvek 3 évente felülvizsgálat.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– szakmai kollégium összefoglalót készít a főbb betegségcsoportokról</li> <li>– miniszteri döntés</li> <li>– a szakmai kollégium a kidolgozza szakmai protokollokra/irányelvekre vonatkozó témajavaslatot</li> <li>– miniszteri döntés a témajavaslatról</li> <li>– téma elkészítése fejlesztői csoportok segítségével</li> <li>– szakmai kollégiumok közötti egyeztetés</li> <li>– külső szervekkel történő egyeztetés</li> </ul>
Finanszírozási protokollok (miniszteri rendeleti forma)	OEP, miniszter	Félévente; 3 évente felülvizsgálat.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– féléves munkaterv alapján, amelyet az OEP főigazgatója hagy jóvá</li> <li>– eljárásrend közzététele</li> <li>– társadalmi egyeztetés (OTH, ESKI, (GYEMSZI) MGYK, MESZK, MKSZ, EGVE)</li> <li>– eljárásrend elkészítése</li> <li>– miniszteri jóváhagyás</li> </ul>
Kódkarbantartás (miniszteri rendeleti forma)	Finanszírozási Kódkarbantartó Bizottság (FKB – miniszteri tanácsadó szerv)	Rendszeres vagy soron kívüli eljárás éves munkaterv alapján; min. évente javaslattétel a miniszternek.	<p>Eseti karbantartás</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– országos intézet vezetőjének javaslatával,</li> <li>– vezető továbbítja a szakmai kollégiumnak,</li> <li>– szakmai kollégium véleményezése, FKB-nak megküldés,</li> <li>– FKB eljárása,</li> <li>– „GYÓGYINFÓK” (OEP) költségkalkuláció,</li> <li>– OEP/GYÓGYINFÓK (OEP) hatásvizsgálat,</li> </ul> <p>karbantartás: ügyrend, munkaterv, módszertani leírás alapján.</p>
Szabálykönyv, besorolási kézikönyv	Minisztérium	?	?
Befogadás – egészségügyi technológiák (miniszteri rendeleti forma)	OEP, miniszter	Kérelmek alapján eljárás lefolytatása, döntés évente, a költségvetési törvényhez kapcsolódóan; folyamatos felülvizsgálat.	<p>Ket<sup>7</sup>. alapján</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– kérelem benyújtása, igazgatási szolgáltatási díj megfizetése,</li> <li>– ETT, EKH szakhatósági állásfoglalása,</li> <li>– GYEMSZI szakmai kollégiumok általi véleményezés,</li> <li>– OEP általi értékelés,</li> <li>– határozathozatal előzetes befogadásról,</li> <li>– miniszteri rendeletben befogadás.</li> </ul>
Befogadás – gyógyszer	OEP	Kérelem alapján, vagy hivatalból történő felülvizsgálat meghatározott feltételek teljesülése esetén, fixesítés: folyamatosan.	Ket. háttérszabály
Befogadás – gyse	OEP	Kérelemre vagy felülvizsgálat alapján folyamatosan, fixesítés félévente.	Ket. háttérszabály
Méltányosság	OEP	Kérelemre	Ket. alapján



Határidő	Közreműködők	Döntéshozatali szempontok, módszer	Kapcsolatok
-	Kormányzati előterjesztés esetén közigazgatási egyeztetés, társadalmi egyeztetés (általános/közvetlen)	L. 1. táblázat.	Felhatalmazó rendelkezések rendeleti szintű jogalkotáshoz.
-	Szakmapolitikai/közigazgatási egyeztetés	L. 1. táblázat.	Törvényi keretek, illetve rendeleti szinten megjelenő elemek (pl. finanszírozási protokoll, befogadott technológia).
30 nap	Betegségcsoportok kijelölésekor: OSZMK (GYEMSZI) országos intézetek vezetői, érintett szakmai kollégiumok	Betegség gyakorisága, népegészségügyi prioritás, mortalitás/morbiditás csökkentése	-
30 nap	szakmai szervezetek, tudományos társaságok	EBM költséghatékonyság technológia-értékelés.	
60 nap	betegszervezetek		
miniszteri határozat szerint 30 nap	Témajavaslat elkészítéskor: „szakértők”		
30 nap	Protokoll/irányelv véleményezésekor: OTH, OEP, szakmai kamara, „szakértő”		
április 1. október 1. 90 napon belül 45 nap	OTH, ESKI (GYEMSZI), MGYK, MESZK, MKSZ, EGVE	Költséghatékonyság költségvetési hatás epidemiológiai megalapozás drága vagy gyakori nem megfelelően finanszírozott eljárások, népegészségügyi programok prioritásai, magas megbetegedési, halálzási arány.	Népegészségügyi programok Gyógyszerbefogadás.
45 nap 15 nap			
30 nap	Bizottság összetétele kapcsán: – minisztérium – OEP – GYÓGYINFOK (OEP) – Magyar Kórházszövetség – MOK eseti felkérés alapján: – MGYK – országos intézet – szakmai kollégium delegáltjai és más felkért szakértők Adatgyűjtés: szolgáltatókkal kötött megállapodás alapján	-	Szabálykönyv Besorolási kézikönyv Egészségügyi technológia-befogadás
30 nap 15 nap			
?	?	?	Kódkarbantartás
nincs(!) 45 nap	Alapeljárásban: ETT, EEKH, GYEMSZI, szakmai kollégiumok Jogorvoslat során: bíróság	Egészségügyi prioritások kórkép súlyossága, esélyegyenlőség, költséghatékonyság, életminőség, aggregált költségvetési hatás, hazai és nemzetközi szakmai megítélés.	Népegészségügyi programok Kódkarbantartás Gyógyszerbefogadás
30 nap évente egyszer			
90/60 nap eljárás típusától függően	Alapeljárásban: Egészségügyi Technológia-értékelő Bizottság ESKI (normál eljárásban) Jogorvoslat során: bíróság, (NEFMI)	Szakmai megalapozottság, költségvetési keretek figyelembe vétele, átláthatóság, kiszámíthatóság, nyilvánosság, szükséglet alapú megközelítés, költséghatékonyság.	Finanszírozási protokoll Egészségügyi technológia-befogadás
90/60/30/15 nap az eljárás típusától függően	Alapeljárásban: GYEMSZI Szakmai Kollégiumok Jogorvoslat során: bíróság, (NEFMI)	Szakmai megalapozottság, költségvetési keretek figyelembe vétele, szükséglet alapú megközelítés, költséghatékonyság, méltányosság érvényesítése, fogyatékoság–életfunkció–betegség figyelembe vétele, komplexitás, eredményesség.	-
Ket. szerint	Bíróság	Betegség súlyossága, elfordulási gyakoriság, kórtörténet, orvosszakmai indokoltság, költség, költséghatékonyság, várható egészségnyereség, jövedelmi helyzet.	Nem nyújtható a támogatás olyan gyógyszerhez vagy győse-hez, amelyre vonatkozóan a Gyftv. szerinti támogatásba való befogadást a méltányossági kérelem benyújtását megelőző 5 évben kérelmezte, és az egészségbiztosítás elutasító határozatot hozott, kivéve, ha az elutasítás költségvetési fedezet hiányán alapult.

csomag elemei közül a befogadás-politika rendelkezik, azonban az alapelvek a befogadás-politika három összetevője – az egészségügyi technológia, a gyógyszer- és a gyógyászati segédeszköz-befogadás – esetében sem fedik le egymást.

*Kérdés: Valóban létezik minden elem esetében olyan specialitás, amely indokolja az eltérő szempontok érvényesítését? Mennyire érvényesülnek ezek a szempontok/módszerek? Van-e olyan keret, amelyet minden elem megalkotásakor figyelembe kellene venni?*

A fenti kérdések megválaszolásához elsősorban azt szükséges tisztázni, hogy melyek azok az egészségpolitikai alapelvek, amelyeket a szolgáltatási csomag közvetíthet? Mi valójában a szolgáltatási csomag funkciója?

*A szolgáltatási csomag meghatározásához hagyományosan*

– a hozzáférés a méltányosság, illetve  
– a hatékonyság alapelvét köthető. (Horizontális az esélyegyenlőség – méltányosság – a hozzáférésben, ha az azonos helyzetben lévők azonos bánásmódban részesülnek, vertikális az esélyegyenlőség – méltányosság –, ha a különböző helyzetben lévők különböző bánásmódban részesülnek.) Ezek mellett a fenntartható finanszírozás alapelve bír a téma szempontjából jelentőséggel.

A. A szolgáltatási csomag „belső” inkonzisztenciái, pl. az indikációs körök, életkori elhatárolások nem megfelelően precíz meghatározása – illetve a szakmai minimumfeltételek teljesülése, a finanszírozási korlátok, a kapacitások eloszlása és más „külső” tényezők együttes – hatása lehet a méltányosság elvének sérülése, pl. az egyes szolgáltatóknál különböző tartalmú lesz ugyanaz az ellátás.

B. A szolgáltatási csomag racionalizálása a hatékony forrás-felhasználás egyik eszköze, a társadalmi haszon maximalizálása céljából. A cél úgy összeállítani a szolgáltatási csomagot, hogy a jogosultak számára a lehető legmagasabb egészségnyereséget biztosítsuk, egy olyan környezetben, ahol szűkös források mellett egyre fejlettebb technológiájú, és egyre drágább szolgáltatások állnak rendelkezésre.

A racionalizáláshoz elkerülhetetlen a szolgáltatások rangsorolása. A prioritás-képzés egy, az egészségügynek a többi közszolgáltatások között elfoglalt helye, illetve belső struktúrája meghatározásához segítséget nyújtó, társadalmi vagy normatív szükséglet alapján hatékonysági és esélyegyenlőségi szempontokat figyelembe vevő technika. Éppen ez a keret hiányzik jelenleg a rendszerből, ami véleményem szerint csökkenteni annak a pozitívumnak a hatását, hogy a szolgáltatási katalógus – ha fejlesztendő is, de – kidolgozottnak mondható.

A szolgáltatási csomag meghatározásához Magyarországon is elengedhetetlen lenne a prioritásképzés alkalmazása, az ezzel foglalkozó intézményrendszer és döntéshozatali mechanizmus kialakítása. A prioritások pontos meghatározása a katalógus elemeinek alakításához, az ahhoz alkalmazott alapelvek/módszerek érvényesüléséhez is keretet adna, lehetővé téve a különböző elemek konzisztenciáját.

A prioritálás során bizonyos típusú ellátások életkorhoz köthetők, bizonyos szolgáltatási típusok kizárhatók a közfinanszírozásból, befogadási küszöbérték határozható meg stb.; éppen ezért a prioritálással kapcsolatban általában etikai aggályok merülnek fel. Véleményem szerint ezek az aggályok mindenképp tompíthatók, és a fent említett egészségpolitikai célok tükrében feltétlenül tompítandók is.

A prioritálás legfőbb eszközeként az egészségügyi technológia-értékelést (health technology assessment, továbbiakban HTA) nevezi a szakirodalom. A HTA egy multidiszciplináris eljárás, amely az egészségügyi technológia fejlesztésének, elterjedésének és használatának orvosi, etikai, szociális és gazdasági – rövid és hosszú távú – hatásait vizsgálja<sup>15</sup>. Az egészségügyi technológia azonban tágan értendő: a HTA alkalmazható gyógyszereken, gyógyászati segédeszközökön túl alkalmazható szűrőprogramok, prevenciós és rehabilitációs ellátások esetén is.

A HTA – fenti széles horizontja – ellenére alkalmazására vonatkozó kutatások azt mutatják, hogy az egyes országok eltérően használják ezt a technikát. Míg egyes országokban kizárólag a klinikai hatásosság és a költséghatékonyság jelenik meg HTA címen, addig máshol – szélesebb perspektívában – megjelenik a társadalmi és etikai hatások vizsgálata is.<sup>16</sup>

A fentiek alapján a HTA alkalmazásának szélesítésével és hazai szempont-rendszer bővítésével megfelelő módszer áll rendelkezésre a prioritáláshoz. A másik döntő tényező az etikai konszenzus eléréséhez a társadalommal történő folyamatos párbeszéd, amely alatt nem csak a szakpolitika oldaláról történő kommunikációt, hanem betegek és civilek döntéshozatalba való bevonását értem.

### *3.3. A szolgáltatási csomag magassága – a közfinanszírozás mértéke*

A magyar szolgáltatási csomagba tartozó szolgáltatások a közfinanszírozás mértékének szempontjából három csoportba oszthatók:

- a. A gyógyító-megelőző ellátások körében jellemzően teljes mértékben közfinanszírozott szolgáltatásokról beszélhetünk.
- b. A teljes mértékben közfinanszírozott ellátások mellett az Ebtv. a részleges térítési díj ellenében igénybe vehető ellátások körét szabályozza.
- c. A rendszer harmadik elemét az árhoz nyújtott támogatással igénybe vehető ellátások jelentik.

A szolgáltatási csomag „magasságával” összefüggő problémák véleményem szerint az a–c. csoportot érintik leginkább. Szinte minden nyáron felmerül kérdésként, hogy a diákok táboroztatásához szükséges orvosi igazolást a háziorvos köteles-e – közfinanszírozott módon – kiállítani, milyen felelőssége van az utazásokhoz szükséges utazó patika összeállításában. Visszatérő kérdés (betegek részéről), hogy ki jogosult PET/CT-re, hogy megkerülhetők-e a várólisták – megvásárolható-e a várólista megkerülése – stb.

A fenti kérdések mind összefüggnek a közfinanszírozás mértékének, a szolgáltatási csomag magassága meghatározásának problémájával, visszatérő jellegük számomra azt sugallják, hogy elmosódnak a határok a szolgáltatási csomag keretében nyújtandó, és az azon túli ellátások között, amelyből további járulékos problémák adódnak.

A hatályos jogszabályok szerint közfinanszírozott egészségügyi szolgáltató szabad kapacitásain térítés ellenében nyújthat egészségügyi ellátást. A térítés ellenében nyújtott ellátások esetén a szolgáltatók kötelesek információs táblán egyértelműen feltüntetni a közszolgáltatás és az egyéb szolgáltatás körét és rendelkezésre állási idejét. A magánszolgáltatásként nyújtott ellátások és az ellátottak köre nem ismerhető meg teljes mértékben, a szolgáltatók jelentései az ilyen esetekre rendszeresített – 4-es – térítési kategóriában jelenleg sem a szolgáltató, sem az egészségbiztosító számára nem bírnak igazi jelentőséggel, hiszen nem kapcsolódik hozzájuk közfinanszírozás.

A térítési díj mértékét a szolgáltató jogosult az egészségügyi szolgáltatás költségeit saját díjtételei szerint meghatározni. Az egészségügyi szolgáltató, ha tevékenységét a beteg számára térítés ellenében végzi, az általa megállapított díjakat, illetve a külön jogszabályban megállapított részleges és teljes térítési díjat köteles a beteg számára jól látható helyen kifüggeszteni. A szolgáltatás teljesítése előtt a beteget szóban is tájékoztatni kell a szolgáltatási díj és az esetlegesen felmerülő egyéb költség várható mértékéről.<sup>17</sup> A szolgáltatóknál érvényes díjtételekről általános, átfogó jellegű információja egy hivatalos szervnek sincs. (Korábban a térítési díjak közzétételének feladata az Egészségbiztosítási Felügyelet hatáskörébe tartozott.)

A fentiek alapján az egészségpolitika nem rendelkezik átfogó képpel az – egyébként finanszírozási szerződéssel rendelkező szolgáltatók által nyújtott – nem közfinanszírozott ellátásokról.

A nem közfinanszírozott ellátások esetében egy szeletet a magánbiztosításokból fedezett szolgáltatások jelentik. A magánbiztosítások jelenlegi szerepének vizsgálatához az 1. táblázatban bemutatott negatív lista nyújt segítséget. Látható, hogy elvileg az ott felsorolt ellátások esetében van jelenleg „terepé” a magánbiztosításnak. (Vannak a negatív listán olyan ellátások is, amelyek a központi költségvetés terhére vehetők igénybe – pl. egyes járványügyi ellátások – ezek esetében a magánbiztosítás nem kerül szóba.) Ha megvizsgáljuk azonban a magánbiztosítók által nyújtott szolgáltatási típusú egészségbiztosítási konstrukciókat – jelen dolgozathoz két termék vizsgálata történt meg, a Medicover Spring és az Union PrivatMed termékeké – akkor látható, hogy a negatív listán szereplő ellátások többsége a magánbiztosítás körében is kizárt (pl. extrém sport-balesetek, szépségszeti beavatkozások).

A valóságban tehát nem differenciálódik az OEP és a magánbiztosító által a szolgáltatóknak fizetett szolgáltatások köre, tehát nem kiegészítő, hanem párhuzamos biztosítás figyelhető meg, amelynek célja többek között a várólisták – legális – kikerülése.

A közfinanszírozás mértékének meghatározása és/vagy a magán és közfinanszírozott ellátások elhatárolása olyan feladatok tehát, amelyek feltétlenül rendezésre várnak, elsősorban annak érdekében, hogy a betegek kiszámíthatóan jussanak ellátáshoz.

## **Összefoglalás**

A szolgáltatási csomag/szolgáltatási katalógus 2. pontban leírt definícióját tekintve elmondhatjuk, hogy Magyarországon létezik a közfinanszírozott szolgáltatásoknak egy csomag jellegű meghatározása. A szolgáltatási csomag jogosultjai tekintetében teljes mértékben univerzális és szolidáris rendszerről beszélhetünk. Azonban a szolgáltatási csomag elemei egymásra kell, hogy épüljenek, konzisztensnek kell lenniük egymással, így – és csak így – együttesen képesek egészségpolitikai akaratot „elvet” közvetíteni. Ezért szükségesnek látszik a katalógus fejlesztése az eljárásrend, szervezetrendszer, illetve a szakmai tartalom terén is. A szolgáltatási csomaggal hagyományosan kapcsolatban álló egészségpolitikai alapelvek – hatékonyság, méltányosság – fokozottabban megvalósulása érdekében emellett szükséges a prioritásképzés feltételrendszerének kidolgozása. A szolgáltatási csomag tartalmának rendezése során elkerülhetetlen a közfinanszírozás mértékének meghatározása, a köz- és magán-szolgáltatásként nyújtott ellátások pontos elhatárolása.

## **Hivatkozások**

1. Schreyögg et. al. 2005
2. R. Busse et. al. 2005
3. Schreyögg et. al. 2005
4. Elsősorban az alábbi jogszabályok vizsgálata volt szükséges:
  - a vizsgálati és terápiás eljárásrend kidolgozásának, szerkesztésének és szakmai egyeztetése lefolytatásának eljárásrendjéről szóló 23/2006. (V. 18.) EüM-rendelet,
  - az egyes főbb betegcsoportok finanszírozási eljárásrendjének szerkesztése és szakmai egyeztetése lefolytatásának egységes szabályairól szóló 13/2009. (IV. 22.) EüM-rendelet,
  - az egészségügyi ellátásban használt szakmai kódrendszerek és finanszírozási paraméterek karbantartásának jogi szabályozásáról szóló 6/1998. (III. 11.) NM-rendelet,
  - az egészségügyi technológiák egészségbiztosítási finanszírozásba történő befogadásának alapelveiről, feltételrendszeréről és részletes szabályairól, valamint a már befogadott technológiák körének felülvizsgálatáról és módosításáról szóló 180/2010. (V. 13.) Kormányrendelet,
  - a gyógyító-megelőző eljárások során alkalmazott egészségügyi technológiák egészségbiztosítási finanszírozásba történő befogadásához kapcsolódó eljárás során alkalmazandó szakmai szempontrendszeréről és szakmapolitikai prioritásokról, valamint a befogadásához kapcsolódó egyes eljárásokért fizetendő igazgatási szolgáltatási díjakról szóló 28/2010. (V. 12.) EüM-rendelet
  - a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény (Gyftv.)
  - a törzskönyvezett gyógyszerek és a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának szempontjairól és a befogadás vagy a támogatás megváltoztatásáról szóló 32/2004. (IV. 26.) ESZCS-rendelet
  - a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásáról, támogatással történő rendeléséről, forgalmazásáról, javításáról és kölcsönzéséről szóló 14/2007. (III. 14.) EüM-rendelet
  - az 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól (Ebtv.)
  - a 217/1997 (XII. 1.) Kormányrendelet a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. tv végrehajtásáról (Ebtv. vhr.)
5. A tanulmány terjedelmére tekintettel nem szerepel részletes felsorolás, az ide tartozó szabályok lefedik a teljes szolgáltatási spektrumot az anyatej-ellátástól a fogászati ellátásig.
6. 9/1993. (IV. 2.) NM-rendelet, és egyéb rendeletek, (a tanulmány terjedelmére tekintettel nem szerepel részletes felsorolás, az ide tartozó szabályok lefedik a teljes szolgáltatási spektrumot az anyatej-ellátástól a fogászati ellátásig).
7. A közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL. törvény.

## Szakcikk

8. Az Ebtv. 18. § 2006. december 31-ig az egészségügyi miniszter hatáskörébe helyezte a negatív listán szereplő konkrét beavatkozások megjelölését ld. 46/1997 (XII. 17.) NM-rendelet – amely törvényszöveg módosítása ellenére ma is hatályos.
9. A. R. Mason, P. C. Smith 11. o., Niebuhr et al. 9. o.
10. Ezen túlmenően a fekvőbeteg-katalógust megtestesítő HBSC-k, illetve a járóbeteg-szolgáltatások listáját Németországban nem jogszabály tartalmazza, hanem az a szolgáltatókkal kötött szerződés része, amelyet szintén a Bundesausschuss albizottságai dolgoznak ki. ld. Busse et al. 2005., 1. táblázat
11. A. R. Mason, P.C. Smith 10. o.
12. A legitimitás az Input-perspektívából – Niebuhr et al. 2003., 24-25. oldal
13. Pl. Angliában a technológia-befogadás értékelő szakaszába szakértő betegeket hívnak meg, akik a Befogadási Bizottság munkájában – a döntéselőkészítésben – teljes körű tanácskozási joggal vesznek részt; Németországban a technológia-értékelés kezdeményezésére betegek és betegszervezetek is jogosultak. Guide to the Methods of Technology Appraisal, NICE, April 2004., 31. o.; Niebuhr et al. 2003., 12. o.
14. Prioritásképzés és rangsorolás (...) 10. dia alapján
15. OECD 2010., 89. o.; Kristensen et al., 2008., 32. o.
16. Kristensen et al., 2008., 40. o.
17. Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Kormányrendelet 3. § (4) bek. és 4. §.

## Rövidítések

EEKH	Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal
EGVE	Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete
ESKI	Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet
ETT	Egészségügyi Tudományos Tanács
GYEMSZI	Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet
MESZK	Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara
MGYK	Magyar Gyógyszerészeti Kamara
MKSZ	Magyar Kórházszövetség
MOK	Magyar Orvosi Kamara
NEFMI	Nemzeti Erőforrás Minisztérium
OEP	Országos Egészségbiztosítási Pénztár
OSZMK	Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ
OTH	Országos Tisztifőorvosi Hivatal

## Irodalomjegyzék

1. R. Busse, J. Schreyögg, T. Stargardt: Determining the Health Benefit Basket of the Statutory Health Insurance Scheme in Germany. *Eur J Health Econom. Suppl1.* 2005;6:30–36.
2. Reinhard Busse, Tom Stargardt, Jonas Schreyögg, Claudia Simon, Maria Martin: HealthBasket Project: Benefit Report Germany. Technische Universität Berlin, 2004
3. Dózsa Csaba: Bizonyítékok szerepe az egészségügyi ellátások finanszírozásában. <http://www.mldt.hu/upload/labor/document/DOZSA.PDF>
4. Bernhard Gibis, Pedro W. Koch-Wulkan and Jan Bultman: Shifting criteria for benefit decisions in social health insurance systems. In: *Social Health Insurance Systems in western Europe. European Observatory on Health systems and Policies Series*, 2004
5. *Guide to the Methods of Technology Appraisal.* NICE, April 2004
6. Kaló Zoltán: Az egészség-gazdaságtani elemzések és az objektív támogatáspolitikai rendszer dilemmái Magyarországon. *LAM.* 2009;19(4-5):329–333.
7. A. R. Mason, P. C. Smith: *Description of the benefit catalogue.* England. University of York, April 2005
8. F. B. Kristensen, C. P. Nielsen, D. Chase, K. Lampe, S. Lee-Robin, M. Mäkelä: What is technology-assessment? In: *Health technology assessment and health policy-making in Europe.* World Health Organization 2008. On behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
9. *Medicover Spring biztosítás* <http://www.medicover.com/huhu/1229,Egeszsegbiztositas-maganszemelyeknek.htm>
10. Dr. Nagy Júlia: A finanszírozási rendszer aktualitásai. [www.milton.hu/letoltes?38\\_MILTON\\_2010\\_0211\\_Dr\\_Nagy\\_Julia](http://www.milton.hu/letoltes?38_MILTON_2010_0211_Dr_Nagy_Julia)
11. Dea Niebuhr, Stefan Groß, Heinz Rothgang, Jürgen Wasem: *Verfahren und Kriterien zur Konkretisierung des Leistungskatalogs in der Gesetzlichen Krankenversicherung.* ZeS-Arbeitspapier Nr. 5/2003.
12. Orosz É.: Egészségügy: Kihívások és lehetséges válaszok. In: *Tausz K. (szerk.): A társadalmi kohézió erősítése. Stratégiai kutatások – Magyarország.* 2015. UMK. 2006:190–220.
13. Prioritás képzés és rangsorolás az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásában. [users1.ml.mindenkilapja.hu/users/.../Priorits\\_kpzsz\\_finanszrozs.ppt](http://users1.ml.mindenkilapja.hu/users/.../Priorits_kpzsz_finanszrozs.ppt)
14. *Rational decision making in resource allocation.* In: *Value for money*, Chapter 3. OECD, 2010
15. J. Schreyögg, T. Stargardt, M. Velasco Garrido, R. Busse: Defining the „Health Benefit Basket” in nine European countries. *Eur J Health Econ.* 2005[Suppl1];6:2–10.
16. *Union PrivateMed biztosítás* [http://www.union.hu/egeszseg\\_es\\_baleset/privatemed](http://www.union.hu/egeszseg_es_baleset/privatemed)
17. M. Velasco Garrido, J.A. Blasco Amaro, A Cichiatti, D. Integlia, I. N. Norderhaug, B. Valentin, A. Zentner: *Health technology assessment in Europe – overview of the producers.* In: *Health technology assessment and health policy-making in Europe.* World Health Organization 2008. On behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
18. Valamint az említett jogszabályok.

---

A szerző jogász, egészségpolitikus.

# Az önkéntes egészségbiztosítás szerepe a magyar egészségügy finanszírozásában

Az egészségügy-gazdaságtani szakirodalomban jól ismertek az egészségbiztosítási piac azon sajátosságai, törvényszerűségei, amelyek miatt a funkcionálisan egyvásárlós, közfinanszírozott (járulékos-, illetve adóalapú) egészségügyi rendszerek jóval hatékonyabban és igazságosabban működtethetők, mint a magánbiztosítók versenyére épülő klasszikus, illetve hibrid (funkcionálisan privatizált társadalombiztosítási) rendszerek.

■ Dr. Gaál Péter

**Az** első, legfontosabb megállapítás tehát az, hogy a magán egészségbiztosítás bármely formáját csak kiegészítő jelleggel érdemes alkalmazni az egészségügy finanszírozásában. Az egészségbiztosítási piac kockázat-inhomogenitásból eredő instabilitási tendenciái (káros szelekció, lefőlzés) ugyanakkor a kiegészítő egészségbiztosítási konstrukciók esetén is ugyanúgy megjelennek (lásd például a szlovén modellel kapcsolatos vitát), így egyáltalán nem mindegy, hogy a magánbiztosítók milyen szabályozási környezetben, milyen feltételek mellett működhetnek.

Igaz az is, hogy Magyarországon lényegében minden releváns összehasonlításban alacsony a közkiadások és magas a magán egészségügyi kiadások aránya, amelynek döntő többsége zsebből fizetett kiadás. A közvetlen lakossági hozzájárulás súlyos következménye lehet az elszegényítés, amely kialakulhat közvetlenül (a háztartás jövedelmének akkora részét költi egészségügyi ellátásra, pl. gyógyszerre, hogy az a szegénységi küszöb alá tolja a háztartást), valamint közvetetten is (a beteg a díjfizetési kötelezettség miatt nem veszi igénybe az egészségi állapota által indokolt ellátásokat sem, pl. nem váltja ki a felírt gyógyszert, és ez egészségkárosodást, az egészségkárosodás pedig tartósabb munkaképtelenséget és jövedelemkiesést okoz). Emiatt, az említett hátrányok ellenére, egészségpolitikai szempontból kedvezőbb valamilyen kockázatmegosztási konstrukciót alkalmazni. Magyarországon a helyzetet tovább bonyolítja, hogy a zsebből fizetett magán egészségügyi kiadásokon belül jelentős az informális kiadások szerepe (hálapénz), amelynek formális mederbe terelésében szintén szerepet játszhat a kiegészítő egészségbiztosítás. Az informális jövedelmek jellemzője, hogy nem transzparens módon változtatják meg a jövedelemelosztást, és csak meghatározott csoportokat juttatnak kedvezőbb helyzetbe az egész rendszer hatékonyságának és igazságosságának a kárára. Azok a munkavállalói csoportok pedig, amelyek

nem, vagy csak alig részesülnek az informális jövedelmekből túlmunka vállalásával vagy az elvándorlásra keresztül súlyos fenntarthatósági problémát okoznak.

Különböző kockázatmegosztási módszerekkel tehát tompítani lehetne a zsebből fizetett egészségügyi kiadások nemkívánatos hatásait, azonban ezek a konstrukciók nem terjedtek el, illetve nem erősödtek meg az elmúlt 15 évben. A kiegészítő egészségbiztosítási konstrukciók azokban az országokban működnek többé-kevésbé sikeresen (pl. Franciaország, Szlovénia), ahol a kiegészítő körben érdemi, finanszírozási szempontból is jelentős szolgáltatások találhatóak, és a lakosság döntő többsége részt vesz a kockázatközösség(ek) kialakításában. Magyarországon ezzel szemben alapvetően tisztázatlan a közfinanszírozott és nem közfinanszírozott szolgáltatások köre. A rendelkezésre álló forrásokból ugyanis az ígért közfinanszírozott szolgáltatáscsomag nem biztosítható magas színvonalon, azonnal, mindenki számára, de az elosztási (sorolási) döntéseket nem explicit módon, központilag, hanem az egészségügyi intézmények, orvosok szintjén hozzák meg, ezért azok átláthatatlanok még azokban az esetekben is, amikor papíron szabályozott a nem közfinanszírozott ellátások köre. Ilyen például az emelt szintű hotelszolgáltatás, amely nem értelmezhető anélkül, hogy meg ne lenne határozva, mi számít standard hotelszolgáltatásnak. Ezek a homályos szabályozási keretek lehetővé teszik a rendszer kijátszását, például úgy, hogy az emelt szintű hotelszolgáltatásért fizetett díj összegébe a szolgáltatók beleszámolnak a nyújtott ellátás klinikai tartalmába tartozó költségeket is. Hasonlóan tisztázatlan egyelőre az a jogszabályi rendelkezés is, amely lehetővé teszi a betegről térítési díjak beszedését azokban az esetekben, amikor a szolgáltató a beteg kérésére tér el a terapiás, illetve finanszírozási eljárásrendtől. Korábban ez nem volt elterjedt gyakorlat, a vizitdíj bevezetése után azonban úgy tűnik, egyre több szolgáltató alkalmazza ezt a lehetőséget annak ellenére,

hogy sok esetben a standard ellátási tartalom nincs meghatározva (l. például az ÁSZ jelentését az egynapos ellátásokról). A betegek érdekében elengedhetetlen ezeknek a területnek az alapos felülvizsgálata, és a szabályok pontos meghatározása.

A kiegészítő biztosítások szerepének növeléséhez tehát elengedhetetlen a közfinanszírozott szolgáltatáscsomag tartalmának pontosítása és a hálapénz rendszerének kiegészítő szolgáltatásokká történő lefordítása. Az igazságosság célkitűzésének érvényesítése megkívánja, hogy mindenkinek biztosítson a rendszer egy olyan betegutat, olyan terápiát és olyan komfortszintet az ellátása során, amelyért nem kell külön fizetni, illetve amit (a már létező térítési díjakon felül) nem terhel a jelenleginél nagyobb közvetlen lakossági hozzájárulás. Ennek az alapelvnek az érvényesítése a jelenlegi zavaros, átláthatatlan, kiszámíthatatlan és esetleges helyzethez képest jelentős előrelépést jelentene. Egyrészt sokan azok is fizetni kényszerülnek, akik ezt saját választásuk alapján nem tennék meg, másrészt azok, akik fizetnek az ellátásért, egyáltalán nem lehetnek biztosak abban, hogy valóban megkapják azt, amiért fizettek. A jelenlegi rendszer fenntartása tehát csak annak a relatív szűk rétegnek az érdeke, akik ezek között a zavaros viszonyok között tudják a legtöbbet keresni.

Mindezzel összhangban öt területen képzelhető el a közfinanszírozott ellátási csomag pontosítása: (1) a betegúttól való eltérés (szabad intézmény-, illetve orvosválasztás), amely a hálapénz kifehéritése szempontjából különleges jelentőséggel bír, de ez nem a korábban bevezetett, számos elemében átgondolatlan és kontraproduktív keretrendszerben valósítható meg; (2) emelt szintű klinikai tartalom; (3) magasabb komfort (emelt szintű hotelszolgáltatás); (4) speciális területek (sport, baleset, foglalkozás-egészségügy, ápolás), amelyek az igazságosság romlása nélkül is magánbiztosítási alapra lennének helyezhetők; (5) egyéb kiegészítő szolgáltatások, megelőzés, határterületi beavatkozások támogatása.

A hálapénz kifehéritése egy olyan speciális konstrukcióban képzelhető el, amelyben a szolgáltató- és az orvosválasztás is térítési díjhoz kötött úgy, hogy ez a pénz többletforrásként, teljesítményarányos elemként közvetlenül az ellátást nyújtók jövedelmét növeli. Azért, hogy a rögzített betegúttól el nem

térők hátrányba ne kerüljenek, utánuk is lenne díjfizetés, amelyet közpénzekből az OEP fizethetne. Az ellátóválasztás intézményes formában köthető lenne az egészségpénztárakhoz is, akik „pénztár-orvosi” hálózatot hozhatnának létre. Ennek a megoldásnak további szolgáltatási tartalma (hozzáadott értéke) is elképzelhető, amennyiben a pénztár rendszeresen monitorozza a hálózatába tartozó ellátókat, és így egyfajta garanciát tud vállalni a hálózatba tartozó ellátók munkájának minőségéért. Ezen felül minden más választást segítő lehetőség is elképzelhető, amely információt gyűjt, és szolgálatot a betegek számára.

A kiegészítő biztosítási konstrukciók közül több szempontból is megfontolandó az önkéntes, kölcsönös pénztári modell előnyben részesítése. Ez a biztosító típus a tagok tulajdonában van, nonprofit alapon működik és erősíti a társadalom civil szerveződését, növeli a társadalmi tőkét. Az egészségügyben ennek különös jelentősége van, hiszen a kialakult válságjelenségek kórfolyamatainak egyik központi eleme a bizalmatlanság. Megfelelő méretű bizalmi tőke nélkül az egészségügy nem tud jól működni. Az önkéntes kölcsönös pénztármozgalmnak abban is fontos szerepe van, hogy tompítsa az egészségbiztosítási piac jól ismert kudarcainak negatív hatásait, elősegítse a kiegészítő biztosítási piac stabil működését. Egymással versengő, profitorientált biztosítók esetében sokkal nehezebb kezelni a kockázat-inhomogenitásból eredő instabilitási problémákat.

Fontos azonban újra hangsúlyozni, hogy a kiegészítő biztosításokhoz olyan szabályrendszert kell alkotni, amely biztosítja, hogy ezek a konstrukciók később se „fogaljanak területet” a társadalmi egészségbiztosítási rendszerből, mert az megteremti a versengő több-biztosítós modell kialakításának a lehetőségét, ez pedig a rendelkezésre álló tudományos bizonyítékok alapján mindenképpen zsákutcának tekinthető a magyar egészségügy számára, lényegében minden egészségpolitikai célkitűzés tekintetében.

---

*A szerző a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának igazgatója.*

# Mit oldhat meg az ápolásbiztosítás?

A szerző értelmezésében az ápolásbiztosítás egy tag intézményi keretrendszer, amely a lakosság öregedésével gyakoribbá váló önellátási képesség csökkenés költségkihatásának a kockázatkezelését végzi. Vizsgálatra kerül, hogy ez hogyan illeszkedik az időskorral járó egyéb kockázatok kezelésének intézményesített rendszerei közé, miben különbözik az egészségbiztosítástól, és a nemzetközi tapasztalatok alapján mit képes megoldani, mit nem. Áttekintésre kerül a magyar egészségügyi és szociális szféra határterületén felvetődő problémák köre, az LTC-biztosítás lehetősége szempontjából.

■ Bondár Éva

**Az ápolásbiztosítás** az az intézményi keretrendszer, amely az időskorra gyakran fellépő önellátási képtelenség által felvetett költségek kockázatának kiegyenlítésére szolgál.

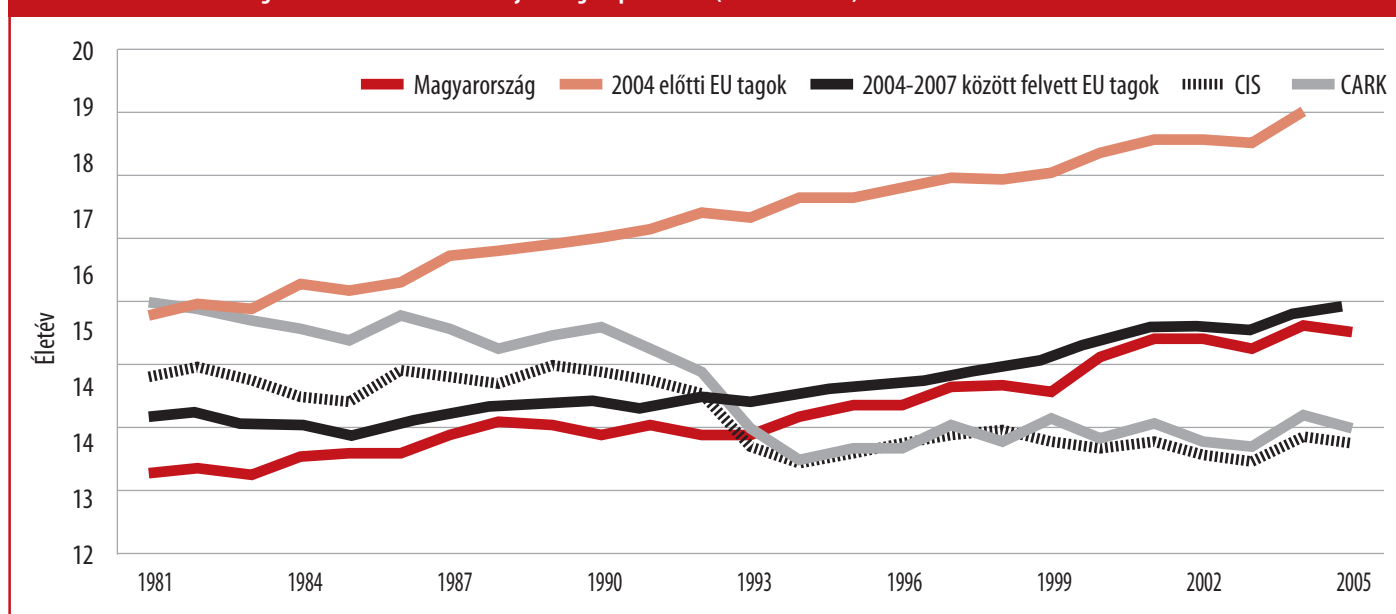
## Milyen kockázatról van itt szó?

Szinte közhely, hogy valamennyi fejlett ország szembenéz az idősödés problémájával. Ennek a tendenciái évtizedek óta bontakoznak ki, jól ismertek és társadalmi hatásaikról is szisztematikus leírások szoktak készülni. (1. ábra) A népesség idősödése egy széles kockázat-teret fed le: idős korban a mindennapi megélhetéshez nagy általánosságban már nem lehet munkajövedelmekre számítani: addigra valamilyen formában

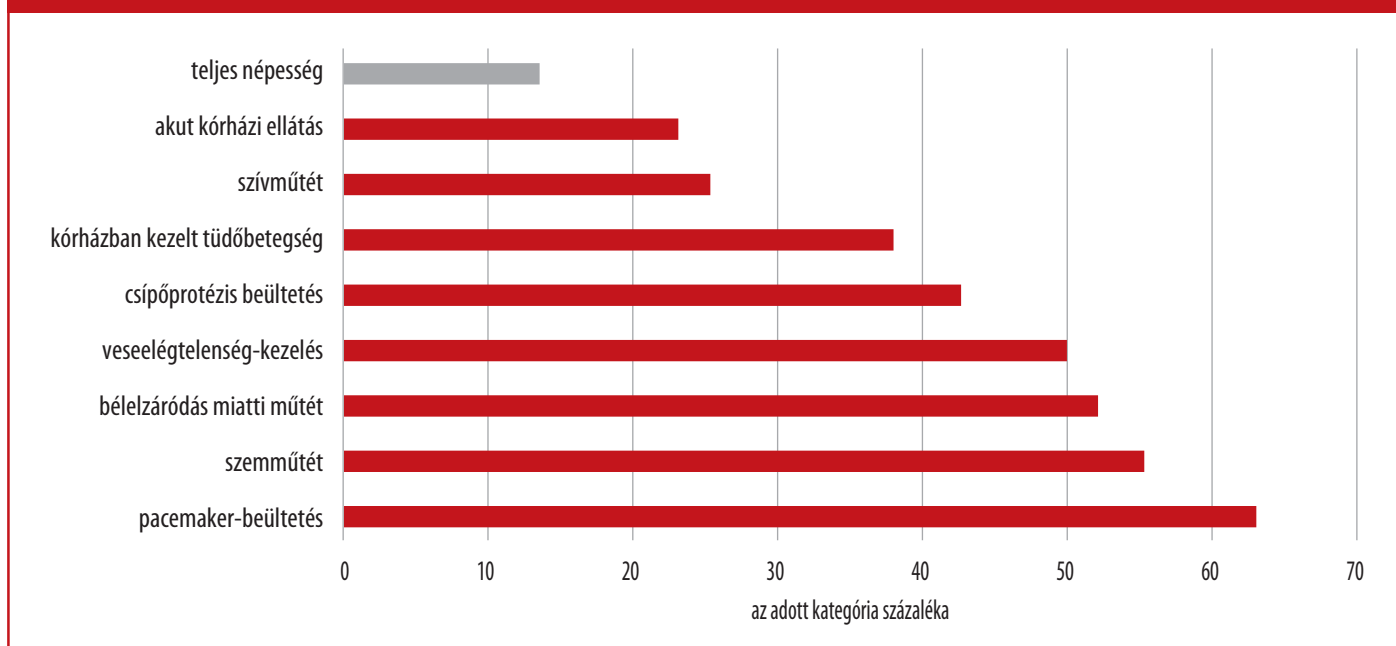
fel kell halmozni: egyénileg vagy nyugdíjbiztosításon keresztül. Ezt a kockázati mezőt kezelik a nyugdíjrendszerek.

Idős korra egyre gyakoribbá és halmozottabbá válnak egyes betegségek és kopásos állapotok, amelyek orvosi beavatkozást/gondozást igényelnek – erre alakultak ki az egészségbiztosítási rendszerek. Néhány évtizede még hihettük, hogy az idősödő lakosság ellátásának egészségügyi feladatai költség és munkaerő-struktúrát tekintve egyértelműen eltolódnak a krónikus ellátás irányába. Mára látnunk kell, hogy nem egyszerű arányváltozásról van szó. A ma alkalmazott orvosi technológiák számos olyan aktív beavatkozási lehetőséget kínálnak, amelyeknek a fő igénybevevői az idős emberek. (2. ábra) Szakirodalmi forrásokkal támasztható alá, hogy nagyon leegyszerűsítő az a közkeletű állítás, hogy a lakosság idősödése miatt

1. ábra. A 65 éves korban még várható élettartam tendenciája ország-csoportonként (forrás: WHO HFA).



2. ábra. (A szerző számításai az OEP adatai alapján)



nőnek az egészségügyi kiadások. Ha ugyanazt a technológiát alkalmaznák az egészségügyek a nagyobb létszámú idős korosztályok ugyanazon betegségeire, mint néhány évtizeddel korábban, akkor a ráfordítás növekedés alig lenne magasabb másfél százalékpontonál. A több kiadás magyarázata, hogy a sokkal többet tudó (és ennek megfelelően drágább) technológiák zöme a leginkább idős korban előforduló állapotok visszafordítására, enyhítésére használatos.

Az egészségügy (legalábbis elvileg) bővülő lehetőségei ellenére számolni kell az egyre idősödő korcsoportokon belül egy kisebb-nagyobb önellátási képesség csökkenéstől szenvedő népességcsoporttal, akik mindennapi életfenntartó tevékenységeik némelyikének elvégzésében mások segítségét kénytelenek igénybe venni. Ők azok, akiknél a gyógyítás lehetőségei kimerültek, viszont tartósan, rendszeresen, kisebb-nagyobb mértékben támogatott életvitellel még hosszú éveken keresztül élhetnek. Enyhébb esetben az utcára kijárás, bevásárlás, takarítás a gondjuk, a súlyosabb esetben az ágyból felkelés, tisztálkodás, toalett-használat, vagy maga az evés sem megy önállóan. A különböző betegségek, illetve funkcióvesztéses állapotok besorolására kialakított nemzetközi klaszifikációs rendszerek (BNO, illetve FNO) is jól mutatják, hogy a funkcióvesztés egy jóval egyszerűbben áttekinthető jelenségkör, mint a betegségekkel, diagnózisokkal jellemzett morbiditási struktúra. És nincs a betegségek kategóriák és az állapot kategóriák között egyértelmű hozzárendelés. A téma körüli hazai viták egyik örökzöld eleme, hogy itt „ápolási szükséglet-ről” beszélünk-e, vagy „gondoskodásról”, ezt itt most kerüljük meg azzal, hogy a problémát az angol szóhasználat (long term care) rövidítésével a továbbiakban LTC-ként nevezzük meg. Az ápolásbiztosítás összefüggésében tehát nem az akut betegségi epizóddal összefüggő mások segítségére szorulásról beszélünk, hanem a legalább félévig, nem kizárt, hogy a beteg élete végéig elnyúló tartós ápolási szükségletéről, ami többnyire az időskorral asszociálódik.

Ha az LTC-biztosítás által kezelendő kockázatot akarjuk elkülöníteni, akkor szükségleti oldalon is és az ellátás oldalán is el kell tudnunk határolni egymástól az egészségügyi és a

„pusztán” ápolási szükségletet, illetve feladatot. Más társadalmi, szervezeti-ellátási, biztosítási megítélés alá esik az objektívnak mondott orvosi ellátás iránti szükséglet és a hagyományosan jóléti kérdésként kezelt életvitel támogatás. Nem könnyű azonban egyértelműen, maradéktalanul elhatárolni a kettőt egymástól. Az önellátási nehézséggel jellemezhető állapotok nem pusztán és automatikusan az öregedés következményei, hanem több különböző betegség által elindított, hosszabb funkció-vesztő folyamat áll mögöttük. Ezek a diagnosztikus megmaradnak és nem kizárt, hogy időnként orvosi tennivaló is akad velük. De nemcsak azért nehéz ez a megkülönböztetés, mert az életviteli támogatásra szoruló betegnek a továbbiakban is megvannak mindazok a betegségeik, amelyek állapota kialakulásához vezettek és bármikor jelenhet meg akut epizódjuk. Az adott betegnél megállapított gyógyítási kudarc sok esetben az egészségügyi intézményrendszer felkészültségéhez kötött jelenség. Ha a lábra állni sem tudó kopott izületű beteg a kórházi ágyat nyomja, és ott nem kap érdemi ellátást, akkor mondhatjuk, hogy azért van ott, mert a család nem tud megfelelően gondoskodni róla: szociális probléma, amit az egészségügyre hárítottak, ő „medikalizált szociális probléma” egyik képviselője. Ha a kórház tud implantátumot beültetni, rehabilitálni, akkor ugyanaz az eset valódi egészségügyi szükségletet képviselt. Ez egy sikamlós mezsgye.

A szükségletnek megfelelő feladatellátás oldaláról nézve az nehezíti az önellátási probléma leválasztását az egészségügyről, hogy az önellátási problémák „kezelésére” az egészségügyi intézmény fel van készülve, a személyzet képes rá, hiszen nap mint nap oldja meg akut betegeknek, műtétek után, és nem is lázadhat az ilyen feladatok ellen, amíg a betegnek orvosi felügyeletre van szüksége. Közhely, hogy a jobb körülmények közé hamarabb visszaadható a beteg, még ha egy ideig segítségre lesz is majd szüksége, a társadalmilag elhagyatottabb beteget viszont tovább tartja bent a kórház, hiszem állapota pedig vissza fog romlani, ha nem kap segítséget. A határvonalak (sehol, nemcsak nálunk) nem élesen húzhatók meg az orvosi tankönyvek alapján, hanem társadalmi elemek puhítják fel őket. Azok az egészségügyi szolgáltatók,



akik bonyolultabb orvosi esetek ellátására vannak szakemberrel és infrastruktúrával felkészülve, igyekeznek megtalálni a lehetőséget arra, hogy a beteget a kevesebb orvosi tudást és eszközt koncentráló helyre küldjék át (step down). Ez azonban nem jelenti azt, hogy az egészségbiztosításnak is ki kell őket zavarni a rendszerből. Még a Medicare és Medicaid is fizet az akut esemény utáni időszak ápolási költségeire.

Ha az ápolásbiztosítás a tartós ápolási szükséglet költségeinek kezelésére vetődik fel, akkor azt is meg kell néznünk, mi számít „tartósnak”. Itt az orvosnak azt az ítéletet kell kimondania, hogy a beteg állapota nem fog (belátható időn belül, vagy egyáltalán) javulni. Ez a beteg és a családja szempontjából is kemény döntés, és ebben a megítélésében is számos bizonytalanság és tévedési lehetőség van. Ettől a döntéstől is próbálnak sok esetben a családtagok a kórházi ellátás elhúzását kérve elbújni. És ezért kötik számos országban az ápolási szolgáltatások támogatását bonyolultabb procedúrákhoz (ami nem feltétlenül jelent időben hosszabb és bürokratikusabb eljárást). Németországban az LTC-biztosító orvosai mennek ki a beteg lakására vizsgálni, tájékozódni, Japánban a korábbi tapasztalataik alapján óvakodnak ezt a döntést orvosokra, vagy kizárólag orvosokból álló bizottságra bízni, szakmailag vegyes helyi teamekre bízzák a döntést. Ezek a döntések egy személyre szabott átfogó ápolási tervről szólnak, eszméindzésel történik.

Az LTC-biztosítás alanya – a hétköznapi fogalmaink szerint – már életvitelszerűen „beteg”.

Az ápolási szükségletre válaszoló feladatokat elemi mélységben vizsgálta egy ÁNTSZ által Csurik Magdolna vezetésével összehívott szakértői csoport. Elemzésük az ápolási folyamat nagyságrendileg 150 elemi részfeladatra bontotta szét és vizsgálta az elvégzésükhöz szükséges szakmai kompetenciákat. Ennek a részfeladat tömegnek kb. 20% olyan feladat, amit szociális gondozói és egészségügyi ápolói tudással egyaránt végezhetnek, és ezért az egészségügyi és a szociális szférában is megjelenik, a többi egyértelműen köthető egészségügyi vagy szociális munkamegosztáshoz. A munkaszervezés egy-

szerűsítése céljából az egyes országok 3–6 tágabb kategóriával dolgoznak, és az ápolási szükségletet órákra számolják át. Itthon számos vizsgálat mutatta már ki, hogy manapság az egészségügyhöz tartozó ápolási részlegeken és a szociális otthonban lakó gondozottak ápolási szükséglet szempontjából szinte teljesen azonos összetételt képviseltek. Nem ez a döntő különbség közöttük. A kórházban tartás egy epizódot jelent, amiből megvan a visszaút a családhoz, vagy otthoni környezethez – s ebben az esetben még az ápolás felelőse a család, illetve lakóhelyi környezet. Az ápolási otthonban elhelyezés az egyén szempontjából az ettől való elszakadás véglegességét jelenti és az érintettek nagy részénél kimutatottan olyan sokkot jelent, ami tovább rontja a fizikai és mentális állapotát. A finanszírozás szempontjából a kórházi elhelyezés fajlagosan, egy napra vetítve költségesebb, hiszen a bonyolultabb és eszközigényesebb infrastruktúra általános költségei akkor is terhelik az esetet, ha azok aktuálisan nem voltak felhasználva. A bentlakásos otthon fajlagos költségében nincsenek ezek az elemek, viszont a bentlakók elfogadható tartós életvitelének a biztosításához vannak olyan elemek, amelyek a kórházból hiányoznak. (Ezeket egyébként az ápolásbiztosítások nem fizetik: a szállás, étellemezés költsége az ápolat terheli és csak az ápolás díját vállalja át a biztosító.) De a döntő különbség az, hogy az otthonban történő elhelyezés egy hosszú távú kötelezettség-vállalás. A feladat átvállalódik a családtól és ilyen értelemben drágább megoldás.

Az LTC iránti szükséglet az élettartam növekedésével és a populáció öregedésével együtt jár, de a különböző országokban nem egyforma mértékben. Vannak országok, ahol a várható élettartam úgy növekszik, hogy a betegségek, funkcióvesztések későbbi életkorban lépnek fel. Vannak országok, amelyeknél az egészséges és a betegesebb életszakasz a többletéveknek megfelelően arányosan növekszik, és vannak országok, amelyekben úgy nő a várható élettartam, hogy az emberek betegeskedve tudnak hosszabban élni. Ezeknek a forgatókönyveknek eltérő a hatása arra, hogy az idősebb problémája mennyire feszítő erővel, politikai nyomással

3. ábra. Az ápolási szükségletek szintjei és az ellátás helyének jellemzői (szerzők: Boldogné Csurik Magdolna, Arany Ida, dr. Berzéné Vági Andrea, Béres Tímea, Morvai Tünde, Szabóné Berta Irén – miniszteri értekezleten prezentált ábra, 2008).

A BETEG OTTHONÁBAN VÉGZETT SZOLGÁLTATÁS		INTÉZMÉNYBEN VÉGZETT SZOLGÁLTATÁS	
<b>I. SZINT</b>	<b>II. SZINT</b>	<b>III. SZINT</b>	<b>IV. SZINT</b>
Ápolás-gondozás	Ápolás-gondozás	Ápolás-gondozás	SZOCIÁLIS
Alapápolás	Alapápolás	Alapápolás	INTÉZMÉNY
+ 3 órát nem meghaladó kliensfelügyelet	+ körzeti ápolói szakápolási feladatok	+ körzeti ápolói szakápolási feladatok	
	+ 6 órát nem meghaladó kliensfelügyelet	+ otthoni szakápolási feladatok	
		+ otthoni hospice ellátás	
		+ 6-24 óra közötti kliensfelügyelet	
		+ egyéb speciális feladatok	
Szociális gondozás, gondoskodás	Szociális gondozás, gondoskodás	Szociális gondozás, gondoskodás	
házi segítségnyújtás	házi segítségnyújtás	házi segítségnyújtás	
Egyéb szoc. szolgáltatás	Egyéb szoc. szolgáltatás	Egyéb szoc. szolgáltatás	
• jelzőrendszeres segítségnyújtás	• jelzőrendszeres segítségnyújtás	• jelzőrendszeres segítségnyújtás	
• közösségi ellátások	• közösségi ellátások	• közösségi ellátások	
• támogató szolgálat	• támogató szolgálat	• támogató szolgálat	

vetődik fel egy-egy országban, és hogy az idősödéssel összefüggő kockázatok közül mire kerül a hangsúly.

### Miért lehet biztosítás tárgya az LTC-költség?

Az idősödéssel összefüggő fenti kockázat-teret (a történeti fejlődésük eltérő sajátosságai okán) országonként eltérően szabdalják szét a különböző biztosítási rendszerek. Az élet-, nyugdíj- és egészségügyi biztosítások hosszú múltra néznek vissza, és ezekhez képest új fejleménynek számít az LTC-biztosítás gondolatával vagy tényleges kialakításával való foglalkozás. (Az önellátóképesség csökkenése „biztosítási eseményként” először a különösen nagy pénzügyi terhet jelentő betegségi eseményekkel szemben védő 1965-ös holland törvényben (AWBZ – Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: Exceptional Medical Expenses Act) jelent meg, ahol a végstádiumú vesebetegséggel hasonló kategóriába kerültek a súlyos önellátási képességvesztések. A biztosítás szó azért került idézőjelbe, mert ez egy kötelező, mindenki által fizetendő állami biztosítási formát jelentett és nem a klasszikusnak számító biztosításmatematikai alapokon működő üzleti biztosítást. A holland biztosítási rendszer alapját az a felfogás képezi, hogy az ápolásra szorulás egy „elnyúló betegség”, aminek van alapja, hiszen ezek az állapotok krónikus betegségek hosszú fennállása következtében alakulnak ki.

Más országokban az orvosi beavatkozást igénylő/lehetővé tevő állapotok és a „csak ápolást”, a mindennapi életfunkciók támogatását jelentő ellátást igénylő állapotoktól való elkülönítés törekvése jellemzi. Az önellátási képesség csökkenése – a mögötte lévő betegségek ellenére – az általános felfogás szerint egy nehezített életvitelt jelent ugyan, de az egyéni probléma és a család feladata segíteni. Jóléti probléma, amit a rászorultság mértékétől és rendszer aktuális lehetőségeitől függően a szociális szféra felkarolhat.

Hagyományosan az elesett, gyenge, törekeny egészségű idősekről való gondoskodás mindenütt családi feladat volt, amihez anyagi rászorultság igazolásával szokott működni valamilyen segélyezési rendszer. Az idézett holland törvény azért is úttörő, mert határozottan állást foglalt abban, hogy a gyerekek ellátását döntően családi feladatnak tekinti, viszont az idősök ellátásában a társadalomnak kell a nagyobb részt magára vállalnia. Az idősök ellátásának kérdése nagy kényszerek hatására került ki a szabad értékválasztást megengedő jóléti témák köréből. Ez a kényszer demográfiai és gazdasági oldalról jelent meg egyre erőteljesebben. A demográfiai kényszer abból fakadt, hogy a populációk öregedésének csak egyik összetevője az élettartam megnyúlása, de másik ezzel persze szorosan összefüggő eleme az, hogy a termékenység viszont drasztikusan csökkent. Ahol az idős korosztályok részaránya eléri egy kritikus mértéket a népességben belül, ott az a kockázatot kezelő intézményes rendszerek hatékonysága, összerendezettsége, probléma lefedése egyre inkább a figyelem előterébe kerül. A német rendszer is és a japán is akkor indította el az 1980-as évek közepén az LTC-biztosítását, amikor a 65 év feletti részaránya elérte, meghaladta a 16%-ot. Az USA ma áll ezen a szinten és tudjuk, hogy drámai viták tárgya a rendszer újragondolása.

Az a korábbi helyzet, hogy négy-öt vagy több középkorú család között oszlik meg az idős hozzátartozó ápolása, mára úgy fordult meg, hogy átlagosan egy középkorú párnak kell a gyerekek mellett a (remélhetően nem egyszerre rászoruló)

négy idős szülő ellátásával foglalkozni. Ez a demográfiai trend összekapcsolódott egy munkaerőpiaci folyamattal, amelyben a nők nem egyszerűen nagyobb arányban vállalnak munkát, hanem egyre magasabban kvalifikált, nagy felelősségű munkakörökben jelennek meg, amelyeknél a családtag ápolása miatti kiesések, tartós kilépések nemcsak az egyén karrierjének a törését jelentik, hanem a munkahelyet, gazdaság egészét is instabillá teszik. Csak példaként, a német családok 55%-a rendelkezik gondozásra szoruló idős (80 körüli-feletti) hozzátartozóval. A gazdaság fejlődése, struktúrája olyan áron szippantotta be a nőket a formális foglalkoztatásba, hogy cserébe meg kell találni az intézményes lehetőségeket a korábbi feladatkörükből kiszorított feladatok ellátására. Nem véletlen, hogy az LTC-tárgyú kutatások alapvetően munkaerőpiaci fókuszokat alkalmaznak.

Felvetődik az idősödéssel járó kockázatokra már meglévő intézményrendszer által lefedett mezsgye. Az egészségügyi szolgáltatókról már említettük, hogy minél többet (és többnyire drágábban) tudó orvostudományt alkalmaznak, annál inkább igyekeznek elhárítani a nem arra szükségletet támaztató betegeket. Az egészségbiztosítás azt finanszírozza, amit a (meglévő, működő) egészségügyi intézmények szolgáltatnak. Ha spontán folyamatokra hagyatkozunk, akkor erről az oldalról kilöködik az LTC. Kell-e a nyugdíjrendszernek annyi időskori ellátmányt biztosítani, ami fedezi nem egyszerűen az egyén társadalmi helyzetének megfelelő normál időskori életvitelét, hanem az ennek (az átlag, de az átlag alatti jövedelmi kategóriákban) a többszörösét kitevő napi, esetleg 24 órás ápolás költségeit is? A mai nyugdíjasok az 50–60 évvel ezelőtti ismereti szinten kalkulált járulékokat fizettek. Félő, hogy az átlagok szintjén legalábbis, erről az oldalról is lepatan a megnövekedett LTC-igény lefedése. Az LTC-igény a két hagyományosan nagyra és ebből a szempontból merevvé kiépült biztosítás között áll biztosítási oldalról lefedetlenül.

De tegyük fel, hogy a nyugdíj fedezi az akár legsúlyosabb ápolási költségeket is. Az intézményes megoldás keresésébe úgy kerül be az akár klasszikus üzleti biztosítás lehetősége, hogy nem minden idősödő személy veszíti el az önellátási képességét. A nagy számok szintjén nagyfokú stabilitás („törvényszerűség”) figyelhető meg. Az egyének szintjén viszont jelen van a „bizonytalanság”, ami már felveti, hogy érdemes a témát biztosítási szempontból is végiggondolni. A bizonytalanság kétféle értelemben van jelen: az egyik eleme, hogy bizonyos kor elérésével jelentkezik-e az adott személynél funkcióvesztés vagy nem. A 65 év feletti átlagában a német rendszer szigorú kritériumai szerint durván minden tizedik, a japán rendszer lazább kritériumai szerint átlagosan durván minden hetedik fog rászorulni LTC szolgáltatásra. Ha nem lehet előre tudni, hogy melyikük, akkor ezt a kockázatot érdemes megosztaniuk. Még a már bekövetkezett stroke esetében is érdemes a stroke-osoknak kockázat közösséget létesíteniük, hiszen fennáll a bizonytalanság a maradványokat, illetve az azokkal megélhető további élettartamot illetően.

A biztosítási lefedettség hiánya annyira kiabált, hogy a gondolatlan biztosításmatematikai számításokra épülő üzleti biztosítók is komolyan foglalkoztak, mint azt számos USA-beli próbálkozásból látjuk. De annyira mégsem volt ez a kiabálás erős, hogy ezek a biztosítók jól megéljenek belőle: szűknek tartják a fizetőképes piacot, tele van számukra nehezen felmérhető kockázattal és eddig nem bizonyult számukra sikeres üzletágnak.

Nicolas Barr adja az LTC biztosítási piacának a legátfogóbb elméleti elemzését, foglaljuk össze tömören a megállapításait. Úgy találja, hogy az LTC esetében a nagy számok szintjén egy megosztható kockázatról van szó. Az alapegyenlete:  $\pi_i = (1 + \alpha) \pi_i L$ , ahol „ $\pi_i L$ ” az egyes személyek által várhatóan elszenvedett kár (a gyakoriság valószínűségének és a várható kárértéknek a szorzata), „ $\alpha$ ” a biztosító adminisztratív költsége és versenyképes haszna, „ $\pi$ ” az az ár, amelyen a biztosító kínálni tudja az adott szolgáltatást.

Ott magas a biztosítási díj, ahol vagy a kockázat bekövetkezésének valószínűsége magas, és/vagy a várható kár összege nagy. De a kockázatkerülő személynek mindkét esetben megéri megvásárolni a biztosítást.

A biztosító oldaláról viszont van néhány feltétele annak, hogy a biztosítás működjön, ha ezek valamelyike nem teljesül, akkor nem lesz hatékony, vagy egyenesen meghiúsul. Az LTC esetében teljesül az az alapkövetelmény, hogy a kockázat individuális legyen és ne közösségi sokk. Feltétel, hogy teljesen bizonytalan legyen a káresemény bekövetkezése és ne biztos – a kockázat valószínűsége viszont legyen ismert. Barr szerint a kockázat ott nem ismert, ahol: a káresemény ritka – az öregedő társadalomban már nem ritka. Vagy ott, ahol a probléma komplexitása magas, illetve ahol az esemény bekövetkezésének az időhorizontja tág – nos, ezzel a két kritériummal már gond van. Az LTC-szükséglet kialakulása nagyon is komplex és ha csak a valószínűen idősen megélt életek tartamát nézzük (az 1. ábrán láttuk), akkor az időhorizont is hosszú.

A hatékony biztosításhoz ki kellene zárni a kontraszelekció lehetőségét, vagyis el kellene érni azt, hogy a magasabb kockázatú személy az individuális kockázatának magasságával arányosan magasabb biztosítási díjat fizessen, mint az alacsony kockázatú. – Az LTC várható valószínűségét illetően a biztosító előtt azonban leplezetek az egész életút korábbi betegségi eseménytörténete, életvitel és körülmények által befolyásolt kockázati különbségek.

Feltétel lenne, hogy a biztosítás megkötésekor fennálló kockázati valószínűséget a biztosított (erkölcsi kockázat, endogén valószínűség) ne tudja manipulálni. Az egészségbiztosításoktól látott tapasztalat azonban azt mutatja, hogy a biztosítás ténye kockázatosabb életre bátorítja az egyéneket. Egy másik tanulmányból kölcsönzött példával: mint a kötél-táncos, ha tudja, hogy ott a védőháló alatta.

A kárérték (L) nagysága nem független a biztosítottság tényétől (több pezsgőt iszunk a repülőn, ha a társaság fizeti, mintha pénzért kell rendelnünk, ez a „harmadik fél fizet” – efektus). Az egészségbiztosítások tapasztalatából tudjuk, hogy ha minden orvosi ténykedést térít a biztosító, az orvos is és a beteg mindent javasol és igénybe vesz – ez valószínűen hasonlóan működik az LTC esetében is.

Barr ezeknek a feltételhiányoknak a mérséklésére lehetségesnek látja ösztönző mechanizmusok beépítését, amelyek két formája szokásos: a „deductible” a kár megállapodás szerinti első X Ft-ja, ami a biztosítottat terheli, vagy a „co-insurance”, ami a kár első X százalékában terheli a biztosítottat.

Összességében az LTC-biztosítás matematikai alapú üzleti biztosíthatóságának nehézségei/akadályai közül a megjelenés valószínűségének és tartamának (ha bekövetkezett a funkcióvesztés, milyen hosszan fog élni?) a bizonytalanságban látja a legfőbb problémát. Hiányzik a káresemény függetlensége – az ápolásra szorulás megjelenése és időtartama nem független esemény. A biztosítónak számolnia kell azzal,

hogy számos orvostechikai eredmény képes megnyújtani az életet és így növelni a rászorulókat és a rászorultság időszakát. A radikális javulás például a keringési betegségek miatti, illetve (majd remélhetően) a rákhalálozás megelőzésében növelni fogja azok számát, akiknél van ideje a demenciának kialakulni.

Bizonytalanságok nemcsak a releváns valószínűségek vonatkozásában vannak jelen, hanem az ellátás várható költségében is. A biztosító bizonytalanságban van az éves ápolási költség (L) nagyságát illetően is: most azt tapasztaljuk, hogy a költségek állandóan nőnek. De nem tudjuk pontosan miért. A szakképzett munka költségének növekedése miatt? Vagy arra számíthatunk, hogy a munkát helyettesítő technológiák, rászorultságot csökkentő gyógyszerek olcsóbbak lesznek? A mind a valószínűséget, mind a kár mértékét érintő bizonytalanság miatt teljesen vakon tapogatózunk a jövőbeli ápolási költségeinket illetően.

Ha azt az esetet nézi, amikor valaki fiatal korban köt valaki LTC-biztosítást – tudnia kell, hogy a mai valószínűségek nem feltétlenül alkalmazhatók a következő kohorszokra. A mozgásszervi problémák addigra karban tarthatók lehetnek gyógyszerrel, jelenhetnek meg olyan gyógyászati segédeszközök (pl. háztartási robotok), amelyek segítenek a csökkent funkciókat pótolni. Ezek csökkenthetik a rászorultságot, mások viszont növelhetik az ápolásra szorulva is leélhető élettartamot. Barr szerint nemcsak a várható változás mértéke, még az iránya sem határozható meg. Ilyen hosszú időhorizonton a bizonytalanság nagyobb probléma, mint maga a kockázat.

Ha azt az esetet nézi, amikor valaki idős korban köti meg az LTC-biztosítást, a bizonytalanság kisebb, viszont annak a lehetősége is kisebb, hogy az adott személy a kockázatközösséghez hozzá tudjon járulni. Sok idős csak kivesz a biztosításból, náluk a bekövetkezés valószínűsége 1 (biztos), de náluk is bizonytalan a rászorultság tartama. Az idős korban megkötött biztosítások esetében gyakorlatilag az ápolási költséget fedező életjáradékról van szó.

Barr a két (fiatalon, illetve idősen biztosítást kötő) esetet összehasonlítva azt állapítja meg, hogy a szélesebb kockázatközösség az előnyösebb, de a második is előnyösebb a nem-biztosított esethez képest. A tanulmány arról győz meg, hogy egy biztosításért kiáltó eseményről van szó, amit azonban nem az önként üzleti biztosítást kötők szűk körére építve, hanem minél szélesebb kockázatközösségre alapozott biztosításként (hogy ne a szavakon lovagoljunk, hogy szociális biztosítás-e a helyes fordítás vagy társadalom-biztosítás) célszerű kiépíteni.

### Miben hasonlít, és miben különbözik az LTC-biztosítás az egészségbiztosítástól?

Látjuk, hogy az LTC-kockázat – ha nem is mértani pontossággal különíthető el – más, mint az egészségügyi kockázat. Az üzleti biztosítás követelményeihez képest komplex, de kevésbé komplex, mint az egészségbiztosítás tárgya. A szükséglet, ha azt nem ápolási óraszámban mérjük, hanem pénzügyben, akkor kevésbé ítéhető meg „objektíven”. Nagyon fontos, és sok esetben csak az adott feltételrendszer mellett objektívnek mondható döntés, hogy fennáll-e a rehabilitálás lehetősége vagy a gyógyítás szempontjából az egészségügy lemond a betegről és csak a tartós ápolás jöhet nála szóba. De ne felejtjük el, hogy ebben az esetben is adódhatnak a betegnél további, újabb orvosi beavatkozásért kiáltó állapotok.

Másik lényeges eltérés a két jelenség társadalmi beágyazottságának mértékében van. Az egészségügynél egy viszonylag jól megfogható „orvosolható” eseményről van szó, az ápolási szükséglet esetében arról kell győzködnünk magunkat, hogy az nemcsak egyéni (háztartási) életviteli, jóléti probléma. A társadalom tagjai érzékenyebben reagálnak, jobban mozgósíthatók a köztudatban élet-halál kérdésére leegyszerűsített egészségügyi problémára, mint arra a fenyegetésre, hogy milyen gyakran leszünk megfésülve, megmosdatva, ha azt már nem tudjuk magunk végezni.

Barr elméleti piacelemzésében nagyon sok tényező hasonlított az egészségügyi piac kudarcainak felsorolásában szokásosan elhangzó elemekre. Nem minden: nagyon lényeges volt, hogy a kereslet-generálási lehetőség nem szerepelt, noha természetesen olyan mértékben az LTC esetében is számot kell vetni vele, hogy ha megjelenik egy új intézmény és szolgáltatás-rendszer, akkor az eddig családi problémaként rejtetten megjelenő szükséglet felszínre fog kerülni és intézményes megoldásért jelentkezik. Ami meg nagyon hasonlóan jelent meg, az is más tartalommal konkretizálódik. Mindkét esetben sok externális hatással kell számolni, de azok – éppen a társadalmi beágyazódás más mértéke miatt – nem azonosak. A foglalkoztatási, munkaerőpiaci kihatása – még egy munkaerő felesleggel küzdő helyzetben is – a családtag tartós, intenzív ápolása által okozott problémának van. Mihályi Péter idézett megfontolásai alapján lehetne azt mondani, hogy annak van (legyen) pénze a szolgáltatás szabadpiaci megvásárlására, akinek a jó munkaerőpiaci pozícióját fenyegeti az ápolási gond. Ez az a szűk fizetőképes réteg, amelyik akár a biztosítást is meg tudja rá venni. Csakhogy a német és japán LTC-biztosítási különbségek elemzésénél kiderül, hogy más megoldásokat lehet alkalmazni ott, ahol egy kiépült szolgáltató hálózat szolgáltatásait lehet megvásárolni és ott, ahol az eddig a felszínen nem stabilan megjelenő kereslet miatt egy ilyen hálózat nem áll rendelkezésre. A német LTC-biztosítás azért alkalmazza a pénzbeli juttatás lehetőségét is, mert az otthon, főként a család által ellátott ápoltak nem fenyegetik azok ellátáshoz jutásának esélyét, akiknél ezt nem tudja megoldani a család:

**1. táblázat. Száz 65 éves vagy idősebb személy által igénybevevett ápolás, 2008 (forrás: a szerző saját számítása OEP-től, illetve a Szociális Évkönyvből származó, a megfelelő intézmények igénybevevőinek korszpecifikus adatai alapján).**

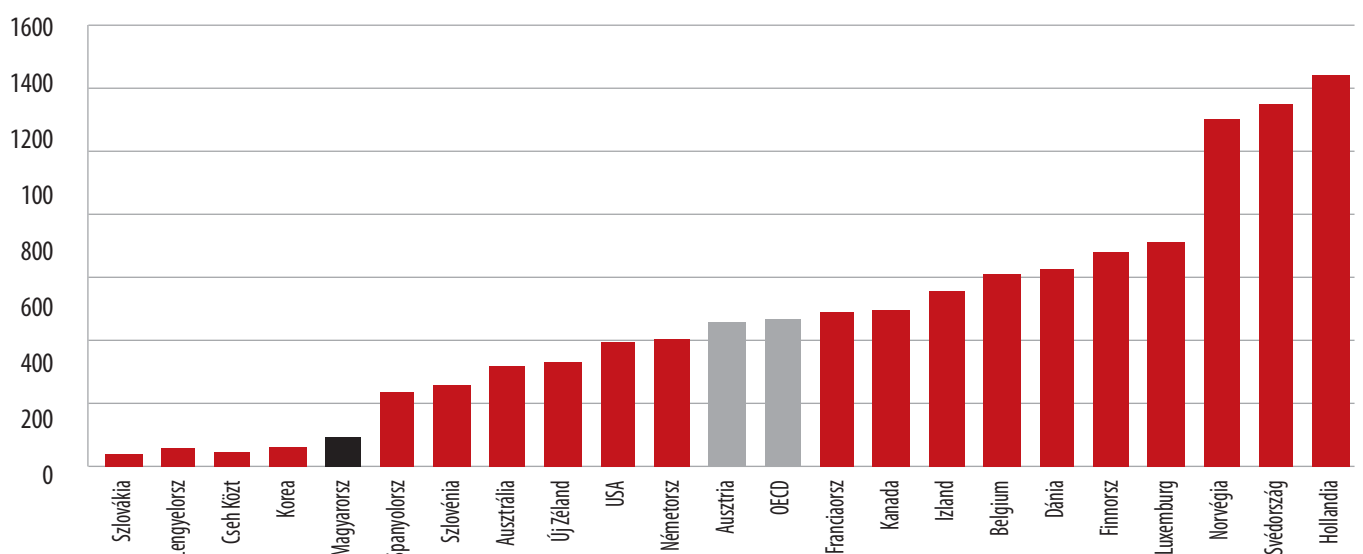
Kórházi ápolási osztály	0,66
Szociális intézeti hely	4,68
Átmeneti intézeti hely	0,75
Otthoni szakápolás	2,15
Hospice-ellátás	0,06

hiszen van elég hivatalosan működő szolgáltató és intézményi férőhely. A japán rendszer kialakításánál azért nem adták meg a pénzbeli ellátás esélyét, mert félő volt, hogy éppen a legnagyobb problémának kitett helyeken nem fog megjelenni a kritikus, kényszerítő mennyiségű igény szolgáltatások intézményes kialakítására a helyi ellátó kapacitásokat szervező hatóságok felé, ami azoknak az ellátási lehetőségét veszélyeztette volna, akiknek nem volt családi megoldásuk. A szolgáltatást (akár otthon, akár bentlakásosan) nyújtó intézmények megfelelő fejlettsége csak stabil finanszírozási környezet igénye mellett várható el. A jó munkaerőpiaci pozíció mellett is ott van csak a vásárlásra jó lehetőség.

A különbségeket számba véve végül is azt, a nyilvánvalósága miatt a szakirodalomban nem is nagyon cifrázott tényt kell megemlíteni, hogy ez egy másik piac. Más szereplőkkel, más mozgatóerőkkel és mechanizmusokkal. Az elkülönítés nélkül, az egészségbiztosításon belül hagyva más súlycsoport az erőforrásokért folyó versenyben. Barr sem tartja érdemesnek ezt részletesebben kifejteni, az egészségügyből nézve ez egy Hamupipőke (Cindarella) szolgáltatás.

Mindazonáltal a különbségek ellenére az LTC-terület anynyi szállal kötődik az egészségüggyhez, hogy a már létrejött LTC-biztosítások (német, japán, koreai és belga\*) nem teljesen új igazgatási apparátussal, hanem az egészségbiztosítás apparátusára épülve jöttek létre. A sok (kötelező) biztosítóval rendelkező német rendszerben ez olyan erős összefonódást jelent, hogy azzal, hogy az egyén egészségbiztosítást választ,

**4. ábra. Egy főre jutó LTC kiadás USD PPP, 2008 (forrás: Francesca Colombo, Ana Llana-Nozal, Jerome Mercier, Frits Tjadens: Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. OECD 2011.)**



azzal megválasztja a hozzá kötődő LTC-biztosítót is. Az egészségbiztosítás terén megjelenő választási lehetőség (biztosítói verseny) nem terjed ki az LTC-biztosítókra, aminek sok kritikus érzi negatív hatását a szolgáltatás minőségére. Japánban az egységes állami egészségügyi rendszer mellett az LTC-biztosítás sok decentralizált elemet tartalmaz és sok fejlesztési, működési, ellátási kérdést bíz a helyi döntéshozókra. Az USA Medicare és Medicaid által finanszírozott szolgáltatásai (garantált utolsó menedékként működő védőháló gyanánt) nagymértékben korlátozzák a keresletet az üzleti alapú önkéntes LTC-biztosítások iránt.

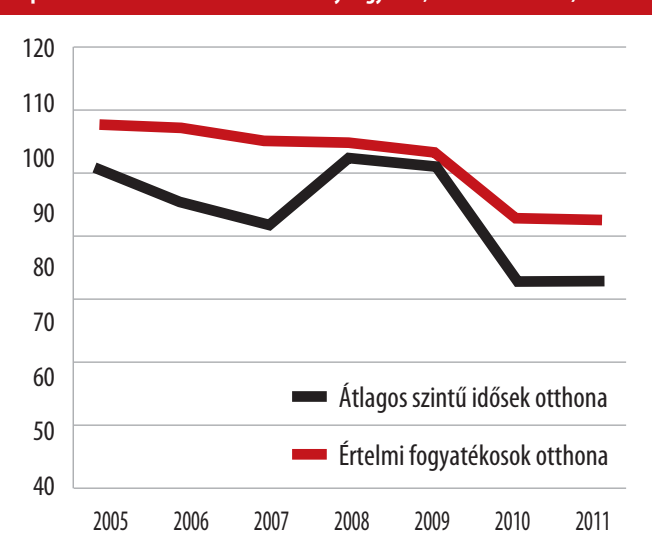
Magyar szemmel ezekben a konstrukciókban az a figyelemre méltó, hogy csak magának az ápolásnak a költségeit vállalják át, beleértve azoknak, a lakás biztonságosabbá tételére szolgáló eszközöknek a kölcsönzését, vagy támogatását, amelyek megnyújtják a törekeny egészségű idősök eredeti otthonában tartásának idejét. Egyáltalán nem tartalmaznak háztartással kapcsolatos szolgáltatást. Viszont meglehetősen nagy költségterhet hagynak az igénybevevőn és családján. Az LTC-intézményben nyújtott formáinál a szállás és étkezés költsége a gondozottat terheli, de azok számára, akik gondozási szükséglete az otthontartást már nem teszi lehetővé és az intézménybe való felvételhez a rájuk háruló szállás és étkezés költséget nem képesek kifizetni, létezik egy rászorultság igazolásához kötött segélyezési rendszer. (Az USA-beli rászorultság mérlegelésnél nem veszik figyelembe azt a lakást, amelyikben a gondozásra szoruló lakik és azt az autót, amelyre szüksége van ahhoz, hogy az egészségügyi ellátó helyre eljusson.)

**Hogyan határolja be az LTC kereteit illető politikai döntéseket a meglévő biztosítási, ellátási intézménystruktúra?**

A LTC-terület nemzetközi áttekintése azt mutatja, hogy az idősödés által előidézett problémahalmaz megoldása minden országban felveti azt a kihívást, hogy az LTC-területet a nyugdíj, jövedelmi- és vagyoni viszonyok, munkaerőpiaci helyzet és az egészségügyi feladatok tagolt megjelenése által behatárolt játéktéren belül, azokhoz jól illeszkedően fejlesszék, rendezzék el. Az LTC-feladat valamennyi OECD-országban nagymértékben „társadalmiasult”, intézményesült, függetlenül attól, hogy LTC-biztosításhoz kapcsolódik-e vagy a hagyományos egészségügyi-szociális együttműködés tárgyát képezi-e, jóval nagyobb mértékben emelkedik ki a csak családi feladatok között hagyott problémák közül, mint korábban bármikor. Ez talán a legkisebb mértékben a mi közvetlen környezetünkben mondható el. Minden ország kénytelen az intézményrendszerek illeszkedési pontjait rendszeresen csiszolni.

Azok az országok vágtak bele egy LTC-biztosítás egységes intézményi keretének a kialakításába, ahol nagyon nagyok érzékelték a lefedetlen problémát. Németországban a szociális rendszer csak a bentlakásos intézményekben gondozottak számára nyújtott támogatást, az otthonukban ápoltaknak nem. Ez erősen terhelte az egészségügyet és magasra nyomta a bentlakásos intézmények iránti elvárásokat. Japánban többször fokozódott politikai kampánykérdéssé az első szülött fiúk feleségének ápolási feladatokkal kizsákmányolt helyzete. Az ápolási feladatokra szakosodó munkaerő és intézmény struktúra hiányával párosult ez a családot terhelő kényszer. Mind a két országban hagyományosan magas volt az aktív kórházi ágyakon fekvő „csak” ápolásban részesülők

5. ábra. Egy ellátottra jutó éves normatíva a 2005 időotthoni normatíva százalékában (forrás: a szerző ábrája Skultéty József előadásában prezentált idősor alapján: Skultéty: Szükségletek vizsgálata és a finanszírozási rendszer kapcsolata. Előadás. Szociális Klaszter. Nyíregyháza, 2011. február 15.)



aránya, amit a finanszírozási rendszerük hosszan jól tolerált, de amit a teljesítmény alapú finanszírozás előbb-utóbb kitol a rendszerből. A japán LTC-biztosítás ma számos beteg után fizet a kórháznak, és a német LTC-biztosítás meghatározott orvosi beavatkozásokig vásárolja az egészségügyi intézménytől a szolgáltatást.

Fontos hangsúlyozni, hogy a főbb reformértékű változtatások a családok tehermentesítését és nem a rendszer olcsóbbá tételét célozták, mindazonáltal a rendszer hatékonyságának kérdése mindenhol fontos szempont.

A most már több mint húsz éves német és japán LTC-biztosítási tapasztalatok leírásából, illetve a tanulságok amerikai döntéshozók számára készített összefoglalásából is látjuk, hogy hosszú évtizedes érlelődés után született meg a döntés a rendszerek elindításáról. Hosszútávra egy tőkefelhalmozási elemeket tartalmazó rendszerben gondolkodtak az eltartó-eltartott arányt tovább rontó demográfiai folyamatok várható folytatódása miatt. Erről azonban belátták, hogy csak egy sok születési évjáratot érintő fokozatos átmenet után 2030 magasságában érhető el, s addig a felosztó-kirovó rendszert kell folyamatosan a feltételekhez igazítaniuk.

A keretek kialakítása a működés elindításáig Japánban két évet vett igénybe. Az indulásnál kalkulált kötelező járulékos fizetési körét és a fizetendő mértéket is korrigálták menetközben.

A család „kiszabadítása” és a feladat társadalmi szinten hatékony kezelése egyaránt érinti azt a kérdést, hogy normatíván önellátási funkcióvesztéshez kössék a támogatást és ne ahhoz, hogy kinek a családja vállalja a megbélyegző „rászorultság-igazolási” folyamatot. Ennek az egyes országokon belül egységes kritériumrendszernek a különböző országok között nagy eltérései vannak. Az amerikai döntéshozók felé összefoglalt fő politikai kérdések között első helyen van a kritériumrendszer és az érvényesítését szolgáló, de gyors és rugalmas döntéshozási eljárás kidolgozása. A kritériumok között nagyon fontos a kötelezően bevont populáció körül rajzolása. Németországban mindenkire kiterjed a járulékosfizetési kötelezettség, a nyugdíjasokra is (az első években érintett nyugdíjas kör ehhez még fele arányban kapott kiegészítést, ma már

nem). Japánban első lépésben a 65 év felettiekre szabták meg a fizetési kötelezettséget és az igénybevételi jogosultságot, a legutóbbi reform során ez már lejjebb ment a 40 évesekre. Noha úgy látszik, nem sikerül optimális népességen belüli hányadot belőni, de azt a célt fogalmazzák meg, hogy úgy feleljenek meg az ellátások a szükségleteknek, hogy azért ne menjen csődbe ettől a gazdaság. Fontos kérdés, hogy a juttatások követni tudják az életviteli költségek változását. Továbbá úgy kapjanak segítséget az érdekelt családok, hogy az ne gátolja az intézményi rendszer kiépülését. Ez főleg azt a döntést érinti, hogy legyen-e és milyen mértékben pénzbeli támogatás, (az mire és hogyan ellenőrzöttén használható), vagy csak természetbeni juttatás. Ugyanakkor meg kell találni azokat a módokat, amelyek minél nagyobb mértékben engedik a gondozottat az eredeti családban, otthonban maradni. Mind a német, mind a japán rendszer biztosít átmeneti helyettesítési lehetőségeket az ápolásban részt vevő családtagok pihenésére, illetve betegsége esetére. Az idők során többnyire szigorodtak az igénybevételi kritériumok, a helyettesítés terén viszont enyhültek a feltételek és bővültek a lehetőségek.

Az egyik legfőbb tanulság azonban az, hogy az egészségügyi és LTC-feladatok közötti súrlódásokat, átfedéseket önmagában automatikusan nem oldja meg egy LTC-biztosítás létrehozása: az ellátásszervezési kérdés marad. De annak a javulásában sokat segít az a keret-rendszer, amely kezdeményezheti.

A leginkább megszívlelendő üzenet pedig az, hogy az indulásnál kevés szolgáltatást kell ígérni, mert a számítottnál magasabb kereslet fog megjelenni és visszavenni a juttatásokból mindig nagyobb politikai bajjal jár. A várakozásokat pedig féken kell tartani, hiszen lehet, hogy a normatív alapon igénybe vehető juttatás egyesek számára kevesebb lesz, mint amit jó kapcsolatokkal, ügyeskedéssel (nálunk hálapénzzel?) meg tudnak szerezni. Viszont a kevés, de egyértelműen meghatározott juttatás is nagyobb lendületet tud adni mind a szolgáltató, mind a biztosítási intézményrendszer fejlesztésének, mert ahhoz tudja igazítani a „fizetős”, és önkéntes biztosítási csomagjait.

### A hazai paletta megoldandó feladatai

Az LTC-rendszerek nemzetközi összehasonlításához az egészségügyi és szociális rendszer tartós ápoláshoz köthető adatai szoktak kikerülni az érintett szervezetekhez (WHO, OECD). Ezekben természetesen sok pontatlanság lehet, hiszen nem élesen és összehasonlíthatóan választhatók le egyik rendszerrel sem ezek a feladatok, illetve a hozzájuk rendelhető költségek és források. A legnagyobb torzítás azonban abból fakad, hogy a feladat családokra háruló része, az informálisan igénybe vett szívességek, vagy informálisan vásárolt szolgáltatások nem kerülnek az összesítésbe. Azt lehet mondani, hogy minél inkább intézményesül ez a feladat egy országban, annál közelebb van a megadott adata a valóságoshoz, tehát az országok közötti adat eltéréseket nagyban befolyásolja az intézményesülés foka. Colombo és munkatársai tanulmányának néhány rangsora azonban még a torzítások ismeretében is megdöbbentő helyet jelöl ki a magyar LTC-rendszer számára. Ha az országban hivatalosan tevékenykedő, LTC-szolgáltatáshoz köthető (akár a szociális, akár az egészségügyi szektorban alkalmazott) ápolók számát a népesség 80 éves vagy idősebb tagjai számához viszonyítjuk, akkor szlovák és cseh

szomszédainkkal együtt a vizsgált országok átlagának fele alatt vagyunk. Magyarországon ez a hányados 10, a korábbi időszakban gyakran példaként felhozott Hollandiában (de olyan ellentmondó rendszerekben is, mint az USA, Norvégia, Svédország) 30 fölött van ez az érték. A 4. ábrán hasonló képet látunk az egy főre jutó (hivatalosan összesíthető) kiadások 2008-ra vonatkozó USD-ra vásárló erő paritáson átszámolt mutatója tekintetében. Mielőtt megnyugtatónánk magunkat, hogy természetesen a gazdag országok többet költenek, vessünk egy pillantást a GDP-hez viszonyított költési szintre is: nálunk ez 0,6%, míg az OECD-átlag 1,5% és a legtöbbet költő országoknál 3,5% fölött van. Ez az adat bizonyára korrigálható lenne néhány tétellel, mint pl. hogy az OEP gyógyászati segédeszköz támogatásából az inkontinencia eszközökre és néhány egyéb ápolási termék támogatására fordított összegeket is hozzáadjuk – de ha a kétszeresére tornáznánk az adatot, akkor is a leszakadó kategóriában lennénk, és nem annyival költünk (legálisan) kevesebbet LTC-célra, amennyivel szegényebbek vagyunk. Nem is hivatkozhatunk kisebb ellátási szükségletre, hiszen ha például a legkiszolgáltatóbb állapotban lévő idős ápolásra szorulóknak betegségei között vezető pozíciót betöltő stroke előfordulást nézzük, abban nemzetközileg kiugróan magas arányt mutatunk fel. Az alacsony (hivatalos) ráfordítási arány legvalószínűbb magyarázata az, hogy az idősök ápolásának feladata nálunk (és szomszédainknál) sokkal nagyobb mértékben van családi belügynek meghagyva, mint a jobb sorsú országokban.

A nemzetközi összehasonlításokhoz adott statisztikáink torzításának iránya olyan értelemben sem egyértelmű, hogy az egyes intézményeket jól jellemző indikátorok nem ugyanazzal a populáció szegmenssel állíthatók szembe, és ez országonként különbözhet. Az 1. táblázatban említett intézményeknél tudtam megnézni az igénybevevők életkori megoszlását. A ténylegesen igénybevevő 65 éves vagy idősebb személyek számát állítottam szembe az ugyanilyen korú népesség létszámmal. Az adatok értelemszerűen nem adhatók össze, hiszen átfedések lehetnek – ugyanaz a személy kerülhetett az év során több kategóriába is, és ezek nem egymást helyettesítő ellátási formák. Nagyon sajnálatos, hogy a szociális alapellátás igénybevevőiről nem találtam hasonló életkori megoszlású adatot.

Az eredmény azonban – nemcsak a gazdag nyugati országainkkal összevetve – fontos kapaszkodót ad ahhoz, hogy mennyire mondhatjuk fejlettnak a hazai LTC-sektort. Értelmezzük a táblázat néhány adatát: kevesebb, mint minden huszadik 65 éves felüli van tartós bentlakásos intézményben. Minden 130. 65 éves felüli talált átmeneti elhelyezési lehetőséget, ha a kórházban nem tartották tovább, vagy ha a gondozó családtagja megbetegedett.

A nemzetközi pozíciónk alapján más fényben lehet rátekinteni a két szektor között évek óta napirenden lévő és mégis megoldatlan határmenti villongásokra.

Az alaphelyzet hasonlít a legtöbb ország konstrukciójához, két szektor egymástól eltérő logikájával és finanszírozási koncepciójával szerveződnék az LTC-feladatok.

Régi panasz volt, hogy a gyógyító munka feltételeit nagyon nehezíti, ha az egyéb megoldási lehetőségek korlátozottasága miatt ezek a szükségletek medikalizálódnak, a kórházi ágyat nyomják a nem odavaló/nem gyógyítható betegek. Az elmúlt időszak egészségügyi struktúra és finanszírozási átalakításai arra (is) irányultak, hogy az intézmények az aktív

ellátásból ezt a feladatot a krónikus ellátásba (azon belül lehetőleg az ápolási osztályokra) csoportosítsák át, illetve mérséklődjön az érdekeltségük az otthonukban is ellátható betegek felvételére. Az egészségügyi „karcsúsítás” nem párosult a szociális bentlakásos kapacitásfejlesztésével, többek között azért, mert mind a két szektorban az a törekvés fogalmazódott meg, hogy a bentlakásos formáktól a humánusabb és közkölségkímélőbb otthoni formák irányába kell elmozdítani az ellátás súlypontját.

Ha nemzetközileg alkalmazott kategóriák szerint szeretnénk megítélni, akkor a idősek tartós bentlakásos szociális otthona eredetileg az „assisted living home” kategóriát fedte le, ahol a háztartással nincs a gondozottnak dolga, kisebb nyugjeire, gondjaira akad személyzet, nincs egyedül, barátkozhat, motivált lehet a maradék aktivitása mozgósításában. Már az 1990-es években is volt persze olyan otthon, ahol többnyire ágyhoz kötött és inkontinens személyek laktak, de az idő múlása ezt az arányt mindenhol emelte. De definíció szerint ezek az intézmények nem az „elfekvők” voltak. Ebben minőségi változást az a 2009 januárjában életbe lépő rendelet hozott, ami napi négyórányi ápolási szükséglet tartós jelenlétéhez kötötte az intézeti felvételt. Az „apró” jogszabályi módosítással úgy változott át szinte rejtetten – hogy szépen fejezzük ki magunkat – „ápolási otthonivá” az intézményrendszer minősége, hogy ennek a feltételbeli hozzáigazítása nem történt meg. Az egészségügyből kitolt ápolási feladatok legalábbis átmeneti elhelyezési kapacitásnövelést indokoltak volna – egészen minimális számban nőttek az ilyen férőhelyek. A döntés, vagy a sorban állók közötti szelekció hatására nagyjából hasonló betegösszetétel jelenik meg az egészségügyi krónikus (ápolási) részlegeken és a szociális intézményekben.

Az átalakítással egy időben átmenetileg nőtt az egy gondozottra jutó normatíva, de ez sem bizonyult tartósnak. (5. ábra) A nemzetközi gyakorlathoz szépen igazodóan megjelent a szociális intézeti elhelyezés szükségességét igazoló intézmény, az ORSZI. 2009 során az ORSZI 36 ezer főnél igazolta a négy órát meghaladó szükségletet, ezzel szemben a kapacitásbővülés szinte elhanyagolható volt, az elhalálozás miatti férőhely-felszabadulás sem lehet ilyen nagyságrendű. Nincs intézményes módja és helye annak, hogy megtudjuk, hova lettek ezek a személyek.

Mind a két ágazatban szűkösek a deklarált feladatokkal összevetve a források. A szociális ellátórendszer költségvetési normatívái nem ennyire „beteg” ápoltakra lettek kialakítva. Az ápolási szükséglethez kötéssel járó ellentételezés nélküli költségnövekedés kifejezetten konfliktusossá tette a két tárca viszonyát az egészségügy felé hárítható feladatokban.

Ennek a megnyilvánulásai láthatók olyan kérdésekben például, hogy a szociális ágazat nagyobb intézményeiben néhány órára kötelezően (nem betegellátásra, hanem a feltételek folyamatos ellenőrzésére) alkalmazott orvos rendelkezhesen ugyanolyan gyógyszer-, kötszer- és gyógyászati segédeszköz rendelési, beutalási jogosultságokkal, mint a háziorvos. Mert az intézetben elhelyezett beteg éppúgy jogosult az egészségügyi ellátásokra, mint a családi otthonban lakó. Amire a háziorvosi rendszer védelmezői azt mondják, hogy éppen ezért joga van olyan szakszerű egészségügyi alapellátást kapni, mint amit a háziorvosoktól megkövetelnek, tehát az általuk alkalmazott orvos is szíveskedjen teljesíteni ugyanazt a szakmai követelményrendszert és kössön szerződést az OEP-pel. A rendszer rugalmatlanságát jól jellemzi, hogy ez több éve

államtitkári szinten tárgyalt kérdés és az érintett orvosok listáját kérve, alig gyűlik össze 30 név. Még mindig egyszerűbb jogszabály módosítást kérni, mint kitalálni, hogy ki vegye rá az intézményt egy közelben praktizáló háziorvossal kötött szerződésre, aki egyben háziorvosnak is választható lenne az ott lakók nagy része által.

A másik örökzöld téma az otthoni szakápolásra valamikor lekülönített kicsinyke keret. Az OEP-költségvetésen belül az otthoni szakápolási kassa egy nagyon kevés – kórházi ellátás lerövidítésére, kiváltására szolgáló – vizit finanszírozását teszi lehetővé, mert az állandó anyagi gondokkal küzdő kórházi kasszából nem sikerült többet lecsípni. Nem minden kórházi esemény kiváltására alkalmas eset kerül kiváltásra ebből a kasszából, noha munkaerő oldalról ez egy rugalmas, dinamikus bővülésre képes, sok kisvállalkozásból álló intézmény. A nyújtott szolgáltatások területi eloszlása teljesen egyenlőtlen, hiszen a szolgáltatás terjedésének korlátot szab a kassa plafonja és a korábban, még időben induló szolgáltatók ott látják el a betegeket, ahol a telephelyük van és nem a betegek rászorultsági sorrendje dönti el, hogy ki jut hozzá. Az a – nem jogszabályi szinten megjelenő „jobb kéz”-szabály működik évek óta az OEP finanszírozásában, hogy a szociális intézetekben, ha van megfelelő kompetenciájú dolgozójuk, akkor ezek a szakápolási feladatok elláthatók, de az OEP nem ad rá pénzt, hiszen a keretet teljes egészében elvinnék azok a gondozottak, akiknek az intézményben van, aki rájuk nézzen. Ha belegondolunk, hogy az egy gondozott után kapható szociális normatíva egy napra számolva 1700 Ft, és ha 100 000 Ft a gondozott nyugdíja, akkor éri el a tőle kérhető összeg a napi 1300 Ft-ot (ami elvileg lehet a lakhatás, élelem fedezete), akkor könnyen belátható, hogy az egy szakápolási vizit 3200 Ft-os alapdíja busás javadalmazást jelent. Nem csoda, ha gyakori feljelentések születnek, amiért az OEP nem ad pénzt, ha az intézmény otthoni szakápolót vesz igénybe. De talán ennyiből is belátható, hogy ezek a viták nem visznek el a probléma valódi gyökeréhez.

A korábbiakban fel lehetett panaszolni, hogy egy szinte azonos szükséglet kielégítése teljesen eltérő logika szerint, eltérő munkakultúrával működő szervezetben történik, s radikálisan eltérő beszámolási kötelezettség és finanszírozási konzekvenciák fűződnek hozzá, attól függően a beteg kórházba, vagy szociális intézménybe került-e. Ezek a különbségek azonban mérséklődnek. Az egyik lényeges változás, hogy a szociális intézmények többsége néhány elszánt szakértő több éves munkájának eredményeként mára megszületett, a gyakorlatban megmértett egy gondozott állapotát tükröző kategorizálási rendszer (homogén gondozási csoportok) és számos intézmény képes a gondozottakkal kapcsolatos teendőket kategorizálása alapján készített teljesítményjelentésre. Ez egy olyan finanszírozási váltás előfeltétele, amiben a súlyosabb problémát jelentő gondozott ellátása magasabb összeggel honorálódik.

A másik, egészségüggyel szembeni nagy lemaradást az jelentette, hogy a feladatok nem voltak személyhez kötöttek követhetők. Ez a problémák artikulálását is nehezítette – az összes egészségüggyel kapcsolatos általános panasz ellenőrizhetetlen volt, hiszen nem volt TAJ számmal követhető, hogy ki volt a szociális intézményi lakó, és így nem volt statisztikával követhető az egészségügyön belüli mozgásuk. A szociális intézeti felvételre várakozóknál sem lehetett összesített számot mondani, hiszen a több helyre leadott jelentkezések

azonosító alkalmazása nélkül nem voltak kiszűrhetőek. Már ma is van jó néhány intézmény, amelyik fel van készülve a TAJ-szerinti jelentésre, de az ígélet szintjén a jövő évre várható ennek az általánossá válása.

Az „ápolás-biztosítás” (mint az LTC finanszírozásának ke-retrendszere) kialakításának szándéka az elmúlt időszakban többször megfogalmazódott az elkülönült intézményrend-szerben más logika szerint ellátott azonos feladatok össze-hangolt kezelésére és sokan reménykedtek is benne, mint a forráshiány orvoslásának lehetőségében.

A többször megfogalmazott szándék megghiúsulásának okai között szerepelt, hogy a feltételek nem voltak érettek még a problémák pontos artikulálására sem, s így a megoldás megfogalmazására sem. Erről állítottam az imént, hogy javult a helyzet. Volt a megoldatlanságnak azonban egy mélyen rej-lő szociológiai természetű oka is, amit véletlenül árul el az LTC hazai helyzetét leíró alapos tanulmány. A szerzők azt írják: „A feladat a jelenleg eltérő szabályok szerint és eltérő forrá-sokból működtetett két elkülönült rendszer összeillesztése. Ennek a megvalósítása során egyik rendszer sem vesz el se feladatot, se forrást (ez szerzett alkotmányos jogokat sértene) a másiktól, hanem az összehangolással a két rendszerben je-lenleg meglévő pénzek hatékonyabb felhasználását kell meg-valósítani”. A vajt fülű olvasó ebből el tudja képzelni, hogy a megvalósítás lehetőségét érintő döntések mélyén a szerzett jogok, a megvívott társadalmi pozíció védelme is munkált.

A mára egyre kritikussabbá váló forráshiány megfogalmaz-ható ügyis, hogy nem viselhető el mellette a koordinálatlan-ságból fakadó „pazarlás”. A lehetőséget és a helyzet kényszer-ítő erejét is felfedezhetjük benne egy olyan keretrendszer kialakítására, amely összehasonlíthatóan normatívvá teszi az azonos feladatok ellátását és finanszírozását.

### Szerzői megjegyzések, hivatkozások

1. Bodrogi József: *Az idősödés néhány demográfiai, közgazdasági és társadalombiztosítási összefüggése*. LAM. 2009;19(8-9):527–536.
2. Lafortune G., G. Balestat et al.: „Trends in Severe Disability among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications”. OECD Health Working Paper. No. 26. OECD Publishing. Paris, 2007
3. *Az egészségügy szóhasználatában a kórházi ápolás, ápolási nap kifejezés a teljes ellátási spektrumot jelzi, a szociális területen – a háztartási segítséget is beleértve – a gondoskodás kifejezés honosodott meg.*
4. Dr. Egervári Ágnes, Skultéty József, Bódy Éva, Csillik Gabriella, Iván neve említhető, vagy konkrét intézményként a Jahn Ferenc Kórház és a Pesti úti Idősek Otthona stb.
5. Lafortune G., G. Balestat et al.: „Trends in Severe Disability among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications”. OECD Health Working Paper. No. 26. OECD Publishing. Paris, 2007
6. Mot, Aouragh, de Groot, Mannaerts: *The Dutch system of Long-term Care*, ENEPRI Research Report No.90. CPB Netherlands Bureau for Economic Analysis, 2010
7. Mihályi Péter a 2003-ban írt cikkeiben (Ápolásbiztosítás, a végig nem gondolt gondolat,

*Egészségügyi Gazdasági Szemle 41. évf. 6. szám 1–20.) a gazdag országok fényűzéseként kezelte az LTC-biztosítást, pejoratív éllel „örökség”-biztosításnak nevezte, s azt feltételezte, hogy kedvezőtlenebb gazdasági helyzetben, vagy más értékrendű kormányzat alatt be sem vezették volna. Könnyen lehet, hogy ez a véleménye azóta megváltozott az érintett országokban bekövetkezett LTC-biztosítási reformok és azok ürügyén a rendszer egészét pozitívan értékelő határozott állásfoglalások hatására. Az bizonyosodott be, hogy ezt a biztosítási rendszert sem lehet egyszerre és tökéletesen megcsinálni, sok menetközbeni korrekcióra van szükség, de fontos intézmény és még aktuális hibáival együtt is jobb, mintha nem lenne. (Lásd erről például: Campbell J., N. Ikegami and M. J. Gibson: „Lessons from Public Long-term Care Insurance in Germany and Japan”. Health Affairs. Vol. 29. No. 1., 2010)*

8. *Játsszunk el Mihályi Péter idézett gondolatával, az „örökség”-biztosítással: A normál időskori életvitelnél sokkal többbe kerül a támogatott életvitel (ahogy az amerikai irodalom „assisted living”-nek mondja az ápolásra szorulást). De nem annyiba, hogy az igazán nagy vagyonokat vigye el. Ha lenne vagyon- és jövedelemtérképünk az érintett társadalmakról, akkor azt látnánk, hogy a kisebb vagyonokat, jövedelmeket öröklők öröksége van egy ilyen állapot bekövetkezése esetén veszélyben. Egy nagyszülők körében majdnem vakon lecsapó kockázat drasztikusan differenciálja az unokák generációjának induló esélyeit azokban a társadalmi rétegekben, ahol a leszakadás veszélye is megjelenik. Ez egy nagyon jelentős externális hatás, ami a problémát magasabb szintre emeli az individuálisan megoldandó feladatnál.*
9. Brown J. R. and A. Finkelstein: „Why Is the Market for Long-term Care Insurance So Small?” NBER Working Paper. February, 2007; Brown J. R. and A. Finkelstein: „The Private Market for Long-term Care Insurance in the United States: A Review of the Evidence”. Journal of Risk and Insurance. Vol. 76. No. 1. pp. 5–29., 2009
10. Barr N.: „Long-term Care: A Suitable Case for Social Insurance”. Social Policy and Administration. Vol. 44. No. 4. August. pp. 359–374., 2010
11. Campbell J., N. Ikegami and M. J. Gibson: „Lessons from Public Long-term Care Insurance in Germany and Japan”. Health Affairs. Vol. 29. No. 1., 2010; Campbell J. C. and N. Ikegami: „Long-term Care Insurance Comes to Japan”. Health Affairs. Vol. 19. No. 3. pp. 26–39., 2000
12. *Az egészségügyi kiadásokat felfelé hajtó tényezők között az orvosi technológiák fejlesztői, forgalmazói által közvetített nyomást szokták leginkább azonosítani, ami az ápolási cikkek piacán részben enyhébben jelenik meg, részben az egészségügyet érinti, amennyiben orvosi rendelőnyhez kötött (például magyar viszonyok között az inkontinencia eszközök terjesztése). Nem zárható azonban ki, hogy a jövőben az ápolási területen is felélénkül ez a mechanizmus és egy LTC-biztosítás bevezetése szempontjából fontos kérdés, hogy ennek mennyire nyit teret.*
13. David C. Grabowski: *Medicare and Medicaid: Conflicting Incentives for Long-Term Care, The*



- Millbank Quarterly. Vol 85. No 4. 579–610. Harvard, 2007; Gopi Shah G.: „The Impact of State Tax Subsidies for Private Long-term Care Insurance on Coverage and Medicaid Expenditure”. NBER Working Paper. No. W16406. September, 2010
14. Francesca Colombo, Ana Llena-Nozal, Jerome Mercier, Frits Tjadens: *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD, 2011
15. Vegyük észre: tág intézményi keretrendszerrel van szó és nem biztosításmatematikai alapokra épülő üzleti biztosításról!
16. *The German Social Long-Term Care Insurance: Structure and Reform Options*. IZA Discussion Paper No. 2625. February 2007; Campbell J. C. and N. Ikegami: „Japan's Radical Reform of Long-term Care”, *Social Policy and Administration*. Vol. 37. No. 1. pp. 21–34., 2003; Campbell J., N. Ikegami and M. J. Gibson: „Lessons from Public Long-term Care Insurance in Germany and Japan”, *Health Affairs*. Vol. 29. No. 1., 2010
17. Francesca Colombo, Ana Llena-Nozal, Jerome Mercier, Frits Tjadens: *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD, 2011
18. Ezt igazolta 2009-ben egy sajnos nem publikált párhuzamos kórházi és szociális intézeti felmérés a Jahn Ferenc Kórház és a Pesti úti Idősek Otthona összehasonlításával.
19. Egervári Ágnes, Bódy Éva, Skultéty József, Csillik Gabriella és elnézést kérek mindazoktól, akiket nem említék név szerint.
20. Érsek Katalin, Mészáros Kinga, Dózsa Csaba, Gulácsi László, August Österle, Csillik Gabriella, Kárpáti Zsuzsanna: *A várható „demográfiai Cunami” kezelésének lehetőségei*. IME. VI. évf. október EGÉSZSÉG-GAZDASÁGTAN FINANSZÍROZÁS. 2007. Különszám 32–40. old Az idézet a 35. oldalon szerepel.
8. Brown J. R. and A. Finkelstein: „The Private Market for Long-term Care Insurance in the United States: A Review of the Evidence”. *Journal of Risk and Insurance*, Vol. 76. No. 1. pp. 5–29., 2009
9. Campbell J., N. Ikegami and M. J. Gibson: „Lessons from Public Long-term Care Insurance in Germany and Japan”. *Health Affairs*. Vol. 29. No. 1., 2010
10. Campbell J. C. and N. Ikegami: „Long-term Care Insurance Comes to Japan”. *Health Affairs*. Vol. 19. No. 3. pp. 26–39., 2000
11. Campbell J. C. and N. Ikegami: „Japan's Radical Reform of Long-term Care”. *Social Policy and Administration*. Vol. 37. No. 1. pp. 21–34., 2003. Accessible at <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9515.00321/pdf>
12. Csillik Gabriella: *Az idősellátás dilemmái. Az Idősödő lakosság, ápolás és finanszírozás: magyarországi kihívások, lehetőségek és az európai tapasztalatok konferencia*. Budapesti Corvinus Egyetem, 2007
13. Csillik Gabriella: *Az ápolásbiztosítási rendszer kiépítése*. Szociális Menedzser. 2007;1:20–22.
14. David C. Grabowski: *Medicare and Medicaid: Conflicting Incentives for Long-Term Care*. *The Millbank Quarterly*. Vol 85. 2007. No 4. 579–610. (Harvard)
15. David C. Webb: *Asymmetric Information. Long-Term Care Insurance and Annuities: The Case for Bundled Contracts*. *The Journal of Risk and Insurance*. Vol. 76. No. 1. pp 53–85., 2009
16. Egervári Ágnes: *A szakápolási tevékenységek – egészségügyi ellátás problémái bentlakásos szociális intézményekben*, kézirat. NEFMI. 2011. jún. 10. (a szerző szíves hozzájárulásával)
17. Egervári Ágnes: *Homogén Gondozási Csoportok, a „HGCS” (Az ápolási-gondozási rászorultság mérhetősége)*.
18. Érsek Katalin, Mészáros Kinga, Dózsa Csaba, Gulácsi László, Österle, August, Csillik Gabriella, Kárpáti Zsuzsa: *A várható „demográfiai cunami” kezelésének lehetőségei*. IME (Informatika és Menedzsment az Egészségügyben) 6. évf. Különszám, október, 32–40., 2007

## Irodalomjegyzék

1. ÁSZ 2008. *Jelentés az önkormányzati kórházak és bentlakásos szociális intézmények ápolásra, gondozásra fordított pénzeszközeinek felhasználásáról*.
2. Baji Petra: *Ápolás – Biztosítás – A Long-Term Care magánfinanszírozási lehetőségei hazánkban*. Biztosítás, 2008
3. Barr N.: „Long-term Care: A Suitable Case for Social Insurance”. *Social Policy and Administration*. Vol. 44. No. 4. August pp. 359–374., 2010
4. Bodrogi József: *Az időskor néhány demográfiai, közgazdasági és társadalombiztosítási összefüggése*. LAM. 2009;19(8-9):527–534.
5. Boncz I., Betlehem J., Sebestyén A.: *A német ápolásbiztosítási rendszer alapvonalainak ismertetése*. Nővér
6. Boncz Imre, Gabányi József, Sebestyén Andor, Betlehem József, Gulácsi László, Dózsa Csaba: *Hosszú idejű ellátás és ápolásbiztosítás Hollandiában*. Egészségügyi Menedzsment. 2003. május-június.
7. Brown J. R. and A. Finkelstein: „Why Is the Market for Long-term Care Insurance So Small?”. *NBER Working Paper*. February 2007.
8. Evans Cuellar, A. and J. M. Wiener: „Can Social Insurance for Long-term Care Work? The Experience of Germany”. *Health Affairs*. Vol. 19. No. 3. May/June, 2007
9. Francesca Colombo, Ana Llena-Nozal, Jerome Mercier, Frits Tjadens: *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD, 2011
10. Gopi Shah G.: „The Impact of State Tax Subsidies for Private Long-term Care Insurance on Coverage and Medicaid Expenditure”. *NBER Working Paper*. No. W16406. September, 2010
11. Grabowski D. C. et al.: „Supporting Home- and Community-Based Care: Views of Long-term Care Specialists”. *Medical Care Research and Review*, 2010 Accessible at <http://mcr.sagepub.com/cgi/rapidpdf/1077558710366863v1.pdf>.
12. Juhász Ferenc: *A személyes gondoskodás társadalombiztosítási rendszerének kialakításáról*. (Vitaanyag: 2003. május)

24. Kárpáti Zsuzsanna: Az ápolásbiztosítási rendszer előkészítése. Az idősödő lakosság, ápolás és finanszírozás: magyarországi kihívások, lehetőségek és az európai tapasztalatok konferencia. Budapesti Corvinus Egyetem, 2007
25. Kárpáti Zsuzsa: Magyarországi ápolásbiztosítás kialakítása. Otthonápolás: a Magyarországi Otthonápolási és Hospice Egyesület szakmai magazinja. 2007;1:13-14.
26. Kaye H. S. et al.: „Do Non-Institutional Long-term Care Services Reduce Medicaid spending?”. *Health Affairs*. Vol. 28. No. 1. pp. 262–272., 2009
27. Lafortune G., G. Balestat et al.: „Trends in Severe Disability among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications”. *OECD Health Working Paper*. No. 26. OECD Publishing. Paris, 2007 Accessed 28 February 2010 at [www.oecd.org/dataoecd/13/8/38343783.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/13/8/38343783.pdf).
28. Melanie Arntz, Ralf Sacchetto, Alexander Sperman, Susanne Steffes, Sarah Widmaier, Michael K. McShane, Larry A. Cox: *Insurance Decision and Strategic Focus: The Case of Long-Term Insurance* *The Journal of Risk and Insurance*. Vol. 76. No. 1. pp 87–108., 2009
29. Mihályi Péter: Ki kit ápoljon? *Élet és Irodalom*. 2002. szeptember 5.
30. Mihályi Péter: Ápolásbiztosítás, a végig nem gondolt gondolat. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 2003;6:15–20.
31. Mihályi Péter: A kötelező ápolásbiztosításról. *Népszabadság*. 2003. július 29., 2003. szeptember 9.
32. Mot-Aouragh, de Groot-Mannaerts: *The Dutch system of Long-term Care*, ENEPRI Research Report No. 90. CPB Netherlands Bureau for Economic Analysis, 2010
32. Muszbek K., Dózsa Cs., Szöllősi M., Hegedűs K., Baukó M., Falus F., Keresztes C.: *Ajánlások a hospice-palliatív ellátás komplex, integrált rendszerének kidolgozására*. *LAM*. 2003;14(11):812–814.
33. OECD: „Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditures: What are the Main Drivers?”. *OECD Economics Department Working Paper*. No. 477. OECD Publishing. Paris, 2006
34. Oxley H.: „Policies for Healthy Ageing: An Overview”. *OECD Health Working Paper*. No. 42. OECD Publishing. Paris, 2009
35. Österle August: *Equity Choices and Long-Term Care Policies in Europe*. Ashgate Publishing Company, 2001
36. Paksy András: *Központi Statisztikai Hivatal: Időskorúak Magyarországon*. Budapest: KSH, 2004
37. Skultéry József: *Szükségletek vizsgálata és a finanszírozási rendszer kapcsolata*, előadás. *Szociális Klaszter*. Nyíregyháza, 2011. február 15.
38. *The German Social Long-Term Care Insurance: Structure and Reform Options*. IZA Discussion Paper No. 2625. February 2007
39. Thomas Dasvidoff: *Housing, Health, and Annuities*. *The Journal of Risk and Insurance*. Vol. 76. No. 1. pp 31–52., 2009
40. Thorpe K. E. and D. H. Howard: „The Rise in Spending Among Medicare Beneficiaries: The Role of Chronic Disease Prevalence and Changes in Treatment Intensity”. *Health Affairs*. Vol. 25. No. 5. pp. 378–388., 2006 Accessible at <http://content.healthaffairs.org/content/25/5/w378.full.pdf+html>.
41. Tóth Ibolya, Kisbenedek Gulyás Kinga, Szűcs Tamásné, Sebestyén Andor: *Az ápolásbiztosítás rendszere Németországban*. *EGSZ*. 40. évf. 2. szám, 2002

---

A szerző egészségügyi közgazdász.

# 80 870 000 liter

tiszta gondoskodás – minden egyes évben.



Évente 80 870 000 liter magas tisztasági fokú vizet állítunk elő intravénás oldataink alapanyagaként – amellyel mintegy félmillió fürdőkádat tölthetnénk fel. Persze mi nem ezt tesszük, hanem Európa legmodernebb gyártóüzemeiben különböző összetételű infúziós oldataink előállításához használjuk fel, megfelelve a legmagasabb minőségi elvárásoknak és az optimalizált folyamatszervezési módszereknek. Ilyen például a Blow-Fill-Seal (fúvás-töltés-zárás) technológia, amely során az intravénás tartályt egyetlen lépésben készítik el. Olyan tisztán, amennyire csak lehetséges. Jelenleg az Európában alkalmazott infúziók közül minden harmadik Melsungenből származik, és a mi hírnevünket erősíti. Ez a B. Braun.

**B | BRAUN**  
SHARING EXPERTISE

B. Braun Medical Kft. | 1023 Budapest, Felhévízi u. 5.  
Tel.: +36 (1) 346-9700 | Fax: +36 (1) 438-4900 | [www.bbraun.hu](http://www.bbraun.hu)



## Kulcs a hatékonysághoz!

A ProcedurePak intézetre szabott műtéti egységcsomag, ami minden olyan egyszer használatos terméket tartalmazhat, melyre egy beavatkozás során szükség lehet:

- operációs lepedők és kabátok,
- egyéb egyszer használatos termékek.

Az Ön számára ezzel

- akár 50%-kal csökkenthető a műtétek során keletkezett hulladék tárolására használt zsákok száma.<sup>1</sup>
- akár 36,6%-kal csökkenthető a műtétek előkészületi ideje.<sup>2</sup>
- csökken az adminisztratív munka a beszerzés során.
- egyszerűbbé, áttekinthetőbbé válik a tárolás és termékkezelés.

1: Intézetre szabott egységcsomagok használatának előnyei. Emma Duffy & Anne Smith, 2005. október

2: A műtő kapacitásának fejlesztése az intézetre szabott műtéti egységcsomagok használata révén. Tanulmány, Mölnlycke Health Care Németország, 2002

 **ProcedurePak®**  
CREATING TIME, DELIVERING EFFICIENCY