NYUGAT-MAGYARORSZÁGI EGYETEM
KÖZGAZDASÁGTUDOMÁNYI KAR
GAZDASÁGI FOLYAMATOK ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
DOKTORI ISKOLA
KÖZÖSSÉGI GAZDÁLKODÁSTAN ALPROGRAM

GAZDÁLKODÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A KÓRHÁZAK FINANSZÍROZÁSÁRA

Készítette:
KARNER TAMÁSNÉ

Témavezető:
Prof. Dr. GIDAI ERZSÉBET DSc.
MTA Doktora

SOPRON
2005

BEVEZETÉS

A többszörösen hátrányos helyzetű egészségügy átalakítása kiemelkedően fontos feladat, a változtatást a közgazdasági alapokban bekövetkezett tényezők indokolják. Piacgazdasági körülmények között a társadalmi egyensúly megőrzésének feltétele, hogy a minimális életfeltételeket biztosító szociális ellátóhálózat működjön, az egészségügyi szolgáltatások elérhetőek legyenek.

Az egészség az egyén életminőségének és önmegvalósításának alapvető feltétele, amely döntő hatással van a családra, a munkára és ezáltal az egész nemzetre. A művelt, egészséges ember utáni igény a piacgazdaság fontos eleme lett. Az egészség fejlesztését, megőrzését és helyreállítását az egészségügy eszközrendszere csak a szociális ellátórendszerrel, valamint a természeti és épített környezet védelmével, illetve a társadalmi és gazdasági környezettel együttesen, továbbá az egészséget támogató társadalmi gyakorlattal és politikával kiegészülve képes szolgálni. Az egészségi állapot megőrzésének és javításának összetett feltételrendszerét az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről határozza meg.

Az egészségügy az egész világon jelentős ellátási és finanszírozási gondokkal küszködik. A szegény régiókban az anyagi források hiánya a fő probléma, de még a legfejlettebb és az egészségügyre legtöbbet fordító országokban is alapvető változtatásokat sürget maga az orvostársadalom, de a finanszírozók is változást akarnak.

Magyarország 2004. május 01-én csatlakozott az Európai Unióhoz. A csatlakozást követően az egészségügyi ellátásban új feladatok fogalmazódnak meg. A jogharmonizáció, a népesség egészségügyi állapotromlásának megállítása, a szűkös erőforrásokból fakadó kihívások végeláthatatlan vitákat, megoldások keresését hozzák magukkal.

Doktori értekezésemben az általános elméleti összefüggésekből kiindulva jutok el empirikus vizsgálatokon keresztül az egészségügyi finanszírozási rendszeren belül a fekvőbeteg – szakellátás finanszírozásának fejlesztéséhez, alternatívák kidolgozásáig.

Értekezésem 5 fejezetből áll. Az első fejezetben az egészségügyi gazdálkodás sajátosságait részletezem, annak szem előtt tartásával, hogy szorosan összekapcsolódik az erőforrások allokációjával, a jövedelem újraelosztás rendszerével, közgazdasági alapjait az egészségügyi piaci elégtelenségek befolyásolják. Az egészségügyi szolgáltatások piaca a piaci szerkezetek közül a kompetitív piachoz van a legközelebb, de annak jellemzőitől lényegesen eltér, ami miatt fontos szerep hárul az államra

- jogi keretek biztosításában,

- költségvetési politika kidolgozásában,
- gazdasági hatékonyságot biztosító erőforrás-elosztásban,
- redisztribúciós elvek meghatározásában.

Foglalkozom az egészségügyi szolgáltatás iránti szükségletet befolyásoló tényezők elemzésével, amely során arra a megállapításra jutottam, hogy a népesség elöregedése hazánkban is megfigyelhető, valamint az elmúlt évtizedekben a daganatos és az emésztőrendszer betegségei következtében növekedett az elveszett életévek száma, az életmód, az életminőség romlott.

A következő fejezetben az egészségügyi ellátórendszerből a fekvőbeteg - szakellátás történelmi gyökereit a finanszírozás és a fejlesztések megközelítéséből a feudalizmus korszakától napjainkig szakirodalmi feldolgozás alapján mutatom be.

Doktori értekezésemben a nemzetközi egészségügyi finanszírozási modellek áttekintése után empirikus vizsgálatokkal rámutatok arra, hogy az Egészségbiztosítási Alap reálbevétele a járulékmértékek és a biztosított létszám csökkenése és az egészségügyi infláció kedvezőtlen alakulása miatt csökkent. A fekvőbeteg - szakellátás finanszírozási sajátosságait, külön az aktív fekvőbeteg – szakellátás és külön a krónikus fekvőbeteg – szakellátás finanszírozás korábbi és jelenlegi formáit, elméleti és gyakorlati megközelítéssel vezetem végig. A kórházak helyzetét az alulfinanszírozottság jellemzi, ami javítható lenne a mesterséges teljesítménynövekedés megakadályozásával, a közpénzek átláthatóvá tételével, az amortizáció HBCS súlyszámba építésével. A fekvőbeteg – szakellátás finanszírozási rendszerének továbbfejlesztési lehetőségeivel a negyedik fejezetben foglalkozom. Ezen belül az irányított betegellátást, mint új finanszírozási lehetőséget megvalósíthatónak tartom. A Csornai Margit Kórház és Rendelőintézet, valamint a Misszió Egészségügyi Kht Veresegyháza esettanulmányok alapján arra a következtetésre jutottam, hogy ebben a rendszerben a költséghatékonyság érvényesült, a prevenció alkalmazása megtakarítást eredményezett. Ha a jelenlegi finanszírozási rendszer megmarad, akkor hatékony lenne a mátrixkórházi struktúra elterjedése. Véleményem szerint a finanszírozási problémák megoldásában célravezető lenne országos szinten regionális szükséglet-elemzést végezni és az ellátást, a kapacitást ehhez igazítani.

Tanulmányoztam a Sopron Megyei Jogú Város Erzsébet Kórház finanszírozását és összehasonlítást végeztem az országos finanszírozási adatokkal, továbbá foglalkoztam a finanszírozási rendszer problémáival, alkalmazkodási technikákkal főként az aktív fekvőbeteg – szakellátás területén. Kérdőíves felmérést készítettem a civil szervezetek és az intézmény

kapcsolatáról, különös tekintettel az anyagi- és pénzeszközök kórház számára nyújtott támogatásáról.

Disszertációm gerincét alkotja az egészségügyi ellátás finanszírozáson belül a fekvőbeteg – szakellátás finanszírozása, ami a leginkább megoldásra váró kérdés.

Módszerem a hazai és a nemzetközi szakirodalom áttanulmányozásán túl, statisztikai adatfeldolgozás illetve saját empirikus vizsgálat. Jól tudtam hasznosítani az orvos-közgazdász, a gyógyszerész-közgazdász, egészségügyi menedzsment posztgraduális képzésen szerzett tapasztalatokat, ahol hasznos konzultációkat folytattam az oktatókkal, gyakorló orvosokkal. Beépítettem értekezésembe a kórházlátogatásokon a főigazgató főorvosok, gazdasági igazgatók, kontrolling osztályvezetők értékes előadásain hallottakat, valamint az egészségügyi konferenciákon elhangzott prezentációkból, előadásokból és hozzászólásokból származó ismereteket.

Értekezésem összefoglalásában javaslatot teszek a finanszírozási rendszer továbbfejlesztésére, amelyet részben saját vizsgálatom eredményez, illetve szakirodalmi feldolgozás.

Doktori disszertációm elkészítésében nyújtott szakmai segítségéért, támogatásáért és hasznos tanácsaiért elsősorban konzulensemnek, Dr. Gidai Erzsébet professzor asszonynak, továbbá Dr. Bognár Ilona Egészségügyi Szociális és Családügyi minisztérium vezető főtanácsos asszonynak, Dr. Fecske Mihály professzor úrnak, Garancsy László egészségügyi statisztikusnak, Dr. Baranyai Tibor a Soproni Erzsébet Kórház főigazgató főorvosnak, Szabóné Farkas Rita a Soproni Erzsébet Kórház mb. kontrolling, informatikai és teljesítmény-elszámolási osztályvezető asszonynak szeretném hálás köszönetemet kifejezni.

1. GAZDÁLKODÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN – KÖZGAZDASÁGI ALAPOK

1.1. Gazdálkodás – egészségügy kapcsolata

Az egészségügyi rendszer, az egészség fogalma után vizsgálom a gazdálkodás és az egészségügy közgazdasági kapcsolatát.

1.1.1. Az egészségügyi rendszer fogalma

WHO[1] álláspontja szerint az a tevékenység tartozik az egészségügyi rendszerbe, amelynek elsődleges célja az egészség előmozdítása, illetve az egészség helyreállítása vagy stabilizálása. Tehát az egészségügyi intézmények, a természetgyógyászok, az otthoni ápolás, a közegészségügy, az egészségügyi felvilágosítás, valamint mindazon tevékenység, amely közvetlenül szolgálja az egészségi állapot megőrzését. Az 1997. évi CLIV. törvény szerint a magyarországi egészségügyi szolgáltatási rendszer[2] részei:

- népegészségügy (egészségfejlesztés, család- és nővédelmi gondozás, sportegészségügyi gondozás, ifjúság-egészségügyi gondozás, környezet- és település-egészségügy, élelmezés- és táplálkozás-egészségügy, járványügy, sugáregészségügy, munkaegészségügy)
- megelőző ellátások,
- szűrővizsgálatok, egészségügyi ellátás (alapellátás, járóbeteg-szakellátás, fekvőbeteg - szakellátás),
- ügyeleti ellátás,
- mentés,
- betegszállítás,
- ápolás,

1 WHO: az Egyesült Nemzetek Szervezetének (ENSZ) szakosított szervezete, World Health Organization, Egészségügyi Világszervezet, amely 1946 óta működik. Székhelye Genf.

2 Egészségügyi szolgáltatás (1997. évi CLIV. törvény): az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amely az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a beteg vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, egészségügyi rehabilitációjára, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a beteg vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul…

- haldokló betegek gondozása (hospice),
- orvostechnikai eszközellátás,
- gyógyszer kiskereskedelem, pszichoterápia és klinikai szakpszichológia,
- rehabilitáció, természetes gyógymódok,
- természetgyógyászat,
- várellátás,
- orvostudományi kutatások,
- katasztrófa-egészségügyi ellátás,
- egészségügyi szakértői tevékenység.

Az egészségügyi rendszer a társadalom átalakulásának folyamatában kulcsszerepet játszik. Megfelelő működéséhez az egészségpolitika, a finanszírozási rendszer (forrásteremtés, forrás allokáció), a szolgáltatási szektor, az erőforrások termelése harmonikus együttműködése szükséges. Az *egészségpolitikák* általános célja olyan egészségügyi rendszer kialakítása, amely:

- egészségi állapot-orientált, azaz törekszik az egészségre ható társadalmi-gazdasági tényezők, kockázati tényezők befolyásolására annak érdekében, hogy az egyéneknek egyenlő esélyük legyen a hosszú és egészséges életre,
- esélyegyenlőségre törekszik az alapvető szolgáltatásokhoz való hozzáférésben, a rendelkezésre álló szűkös erőforrásokkal a lehető legnagyobb egészségi állapotjavulást kívánja elérni,
- finanszírozható, a közpénzek felhasználása átlátható,
- az egyének számára választási lehetőséget biztosít.

A *finanszírozási rendszerhez* tartozó forrásteremtés rámutat, hogy mekkora források állnak rendelkezésre és kik a finanszírozók (költségvetés, kötelező biztosítás, magánbiztosítás, betegek általi közvetlen fizetés). Milyen módon jönnek létre az egészségügyi rendszer működéséhez szükséges források (adók, járulékok).

A finanszírozási rendszeren belül a forrásallokáció azzal foglalkozik, hogy milyen mechanizmusokon, módszereken keresztül történik a rendelkezésre álló források felhasználása. Alapvető kérdés: a források elosztásának, felhasználásának hatékonysága.

Mint *szolgáltatási szektor,* az intézményrendszer működtetése a később részletezett szervezeti formáknak megfelelően.

Nemcsak a gazdaság hat az egészségügy fejlődésére, hanem az egészségügy alakulása ugyan úgy hat a nemzetgazdaság egészének változására:

- a munkaerő (*erőforrások termelése)* újratermelésének biztosításával,
- a lakosság egészségi állapotának védelmével, karbantartásával.

1.1.2. Az egészség fogalma

A WHO definíciója alapján az egészség nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiánya, hanem a teljes testi, érzelmi-értelmi és szociális jól-lét állapota. Tehát azt hangsúlyozza, hogy az egészség több, mint a betegség hiánya.
Schopenhauer: „az egészség nem minden, de egészség nélkül a minden semmi" – ezért arra törekszünk, hogy az egészséget, a legfőbb vagyont (Dézsy, 2001) ápoljuk és megtartsuk.
Kornai (1998) úgy fogalmazza meg, hogy az egészségnek – az életben maradásnak és fájdalom csökkentésének - különleges, semmihez sem hasonlítható értéke van. Tehát megállapítható, az egészség érték, személyes és egyben össznemzeti kincs.
Közgazdasági értelemben az egészség egy különleges „jószágnak" tekinthető, melyre jellemző:

- „mással nem helyettesíthető "árucikk",
- hiánya lerombolja az egyén jövedelemszerző képességét,
- keresletét nem a fizetőképesség határozza meg,
- helyreállítása iránti igény időpontja, minősége, időtartama nem tervezhető előre"[3].

1.1.3. Egészségügy - gazdálkodás

Az egészségügyi gazdálkodás tárgya a korlátozott mennyiségben rendelkezésre álló erőforrások ésszerű felhasználásának elemzése.
A gazdálkodást értelmezni lehet, mint egy cél elérése érdekében a legkedvezőbb alternatívák keresése. A gazdálkodás tehát feltételezi cél megfogalmazását. Az egészségügy célja, célrendszere összetett.
Kincses (1999) szerint az egészségügyi ellátás[4] céljai három nagy csoportba sorolhatók:

- Az élet meghosszabbítása (betegségek kiküszöbölése = prevenció; a betegek meggyógyítása = kuráció; az állapot stabilizálása).

3 Gidai Erzsébet (1998)

4 Egészségügyi ellátás (az 1997. évi CLIV. törvény): a beteg adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége

- Az életminőség[5] javítása (egészségesen eltöltött életévek számának növelése = prevenció; fájdalomcsillapítás = kuráció; elveszett funkciók pótlása, fejlesztése, helyettesítése = rehabilitáció, testi-lelki alkalmazkodás segítése).
- Populációs érdekek érvényesítése (közegészségügy és járványügy).

Ezen célok eléréséhez megfelelő erőforrás allokációra van szükség. Fontos erőforrás-hiányosság az alulfinanszírozottság, ami nem átmeneti állapot. A növekvő források nem tudnak lépést tartani a növekvő forrásigénnyel, vagyis a gazdasági növekedés nem képes fedezni az egészségügy műszaki és tudományos fejlődésének költségigényét. Tehát előtérbe kerül a technikailag lehetséges és gazdaságilag megengedhető konfliktusa.

A gazdálkodás átnyúlik a nemzetgazdaság más területére is. Ugyanis „a WHO kimutatása szerint az egészségi állapotot befolyásoló és meghatározó tényezők közül

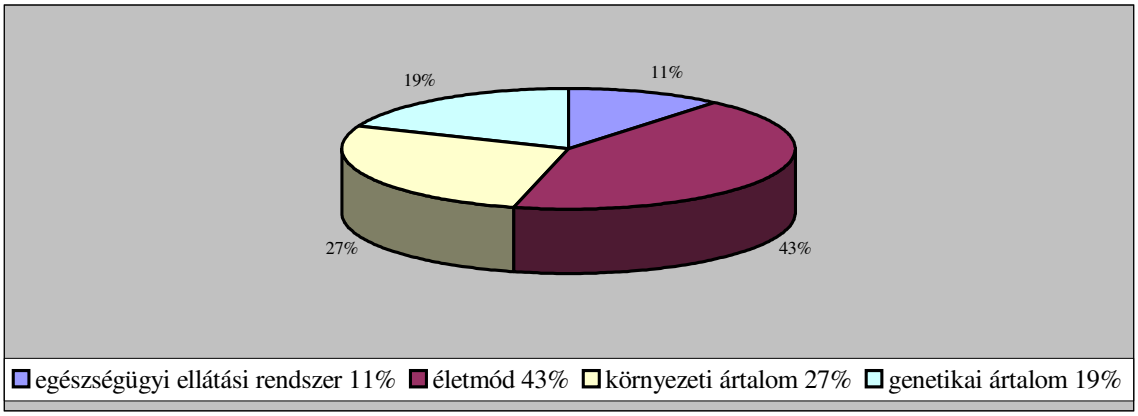
az egészségügyi ellátásnak mindössze 11% a súlya.

A legnagyobb befolyást ebben az életmód hatása jelenti, mely 43%-ot,

a környezeti ártalom 27%-ot

és a genetikai ártalom 19%-ot

képviselnek.”[6]



1. ábra: A lakosság egészségi állapotát befolyásoló tényezők

Forrás: Gidai Erzsébet (1998)

Az egészségügy a lakosság egészségi állapotát csak 11 %-ban képes befolyásolni, mégis a közvélemény deklaráltan az egészségügyi ágazatra helyezi a felelősséget.

5 Életminőség: a beteg jólétének azon fizikai, szociális és emocionális aspektusai, amelyek az egyén számára fontosak, vagy relevánsak Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséhez Egészségügyi Közlöny 202. május 23. LII. Évfolyam ll. Szám

6 Gidai Erzsébet (1998)

A közgazdaságtudomány mivel képes hozzájárulni ahhoz, hogy az egészségügy területén jobb döntések szülessenek. Mihályi (2003) öt jelenséget sorol fel fontossági sorrendben:

- a ráfordítások (inputok) és az eredmény (output) világos megkülönböztetése: a gyógyítás mindenképp ráfordítás, az egészség helyreállítása az eredmény,
- szűkösség: itt nem csak a pénz szűkösségére kell gondolni, hanem amiből a legkevesebb áll rendelkezésre, az az idő, mivel az emberi szervezet helyreállítása, a sorbanállás idő-függő,
- helyettesítés: gyógymódok közötti választási lehetőség,
- érdekeltség: például, ha a kórházi finanszírozás idő-függő, akkor a beteget tovább tartják kórházban,
- határelemzés: például az n darab cselekvés után az (n + 1). indokolt-e.

Az egészségügy a gazdaság speciális területe, több ponton piaci elégtelenséghez[7] vezető sajátosságokat hordoz magában. Így például a következő piaci elégtelenségek vannak jelen:

- Információs aszimmetria[8] (tudásbeli különbség).

  Az aszimmetrikus információ jelensége minden olyan piacon jelentkezik, ahol az eladó többet tud a tranzakció tárgyáról, mint a vevő. Ez különösen igaz az egészségügyi piacra, ahol a kínálati oldal (az orvos, az egészségügyi szolgáltató intézmény) sokkal többet tud a tranzakció tárgyáról (a betegség gyógyításáról, annak hasznáról és költségéről), mint a keresleti oldal (a beteg és a helyette fizető biztosítóintézet).
- Politikai hatások komoly befolyása.
- Rosszul működő egészségügyi rendszerrel szinte biztos a választási kudarc, ellenkező esetben a jó egészségügyi ellátórendszer nagymértékben segítheti a választás sikerét.
- Egészségügyi lobby jelentősen befolyásolja a döntéshozatalt.

  Az egészségügyi lobby, beleértve az orvosokat, a gyógyszer-, segédeszköz-, és orvoskészülék-gyártókat - melyek összességükben a világ egyik legnagyobb iparágát alkotják - képesek jelentősen befolyásolni a döntés-előkészítést és döntéshozatalt. Az orvosok képesek az egészségügyi reformok megakadályozására, ha azok szemben állnak érdekeikkel, a gyógyszergyárak képesek a verseny korlátozására új

7 A piaci elégtelenség (vagy tökéletlenség) azt jelenti, hogy a szabályozatlan, tisztán piaci mechanizmusok által eredményezett tényező allokáció eltér a társadalmilag optimálisnak tekintett erőforrás felhasználástól. (Kopányi 2002)

8 Az aszimmetrikus információkkal kapcsolatos közgazdasági kutatások eredményeiért 2001-ben három amerikai közgazdász G. A. Akerlof, J. E. Stiglitz és M. Spencer – kapott megosztott Nobel díjat.

készítményeknél, vagy a társadalmi nyomás segítségével képesek nagy profitot, jutalékot kikényszeríteni a biztosítóktól.

- Extern hatások[9] mindkét típusa megfigyelhető.

  Az egészségügyi ellátásban kétféle pozitív externális hatás figyelhető meg:

  önző externalitás : előnyös lehet számunkra, ha tudjuk, hogy mások igénybe vehetnek valamilyen állami egészségügyi beavatkozást, mint például a védőoltást, aminek közvetlen hatása van a saját egészségi állapotunkkal kapcsolatos kockázatokra.

  gondoskodó externalitás : a humánusan gondolkodó egyének számára hasznos lehet annak tudata, hogy egy adott közösségben (országban) senki nem maradhat ellátás nélkül.

  A problémát a negatív externáliák jelentik, amelyek hatását nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hiszen alapvetően meghatározhatják az egyének egészségi állapotát: a fertőző betegségek, a környezetszennyezés, a kemikáliák használatának felelőssége az allergiás betegségek ugrásszerű elterjedésében, a passzív dohányzás egészségkárosító hatása, a stressz mentálhigiénés hatása stb.

- Automatikusan nem a hatékonyságot preferáló szinten jön létre a kereslet-kínálat alapján az egyensúlyi ár.
- Nehezen értékelhetők a rendszerek termelési tényezői (input oldal) és még problémásabb a kibocsátás (output oldal), mivel a tevékenység alanya - a páciens - mindig individuális betegségben szenved, egyénileg reagál a kezelésre, gyógyszerekre, az orvos is széles sávban mozoghat a diagnózis felállításában és a terápiáknál. A betegek a gyógyulás stádiumában is a legkülönbözőbb állapotokat mutathatják.
- Az egészséghez való alapvető emberi jog, ami a szolidaritási elv[10] érvényesítését jelenti, így a piaci finanszírozás csak szűk réteg számára érhető el.
- Az emberek nagy része vallja azt az erkölcsi elvet, hogy minden embertársának joga van bizonyos alapvető egészségügyi ellátásra, és a társadalomnak biztosítania kell, hogy ezzel a jogával élhessen. Azonban annak meghatározása, hogy mit tekintünk alapvető szükségletnek nehéz etikai, közgazdasági és politikai problémákat vet fel. Adam Smith szerint nemcsak azok a javak az alapvetők, melyek az élet fenntartásához szükségesek, hanem mindazok, amelyekről az ország szokásai azt gondolják, hogy

9 Externáliáról vagy külső gazdasági hatásról akkor beszélünk, ha egy gazdasági szereplő tevékenysége piaci ellentételezés nélkül befolyásolja egy másik szereplő helyzetét (Kopányi 2002).

10 A szolidaritás alatt általánosan azt értjük, hogy az egyének a rendszer finanszírozásához a teherviselő képességük (jövedelmük) arányában járulnak hozzá, míg a szolgáltatásokhoz a szükségleteiknek megfelelően jutnak hozzá.

nélkülük még a legalacsonyabb sorban lévő emberek élete is méltatlan lenne. Tehát a fogalmat nem fizikai vagy biológiai tényezőkből, hanem a társadalom érvényes normáiból vezeti le: az sorolható az alapszükségletekhez, amit az érvényes normák a decens emberi lét nélkülözhetetlen feltételének minősítenek.

- Éppen az egészség különleges értéke miatt hajlandó a legtöbb ember specifikus egalitárius elveket elfogadni az egészségügyi szolgáltatások allokációjára vonatkozóan. Ezek az elvek beépültek a modern társadalmak szociális normarendszerébe. Az egészséges emberek szolidárisak beteg embertársaikkal, s ennek gyakorlati érvényesülését is biztosítani kívánják. Senki sem fogadná el nyugodt lelkiismerettel azt a helyzetet, amelyben, ha azonos betegség sújt egy gazdagot és egy szegényt, a gazdag maradjon életben és a szegény haljon meg.
- Morális kockázat[11]. A szolgáltató, a fogyasztó a harmadik fél, a finanszírozó miatt nem költségtudatos.
- Az előbbi sajátosság átvezet a káros szelekció problémájához. Minden gazdasági koordinációs mechanizmus szelekciót eredményez a potenciális fogyasztók között.
- Ha valaki e szelekciós folyamat következtében nem vásárolhat meg bizonyos nem alapvető javakat, akkor a többi ember ezt nem tartja felháborítónak. De ha valaki kimarad az egészségügyi ellátásból, azt a legtöbb ember morálisan is elítélendőnek érzi.
- Itt kell megemlíteni az egészségügyi biztosítás problémáját is. A kommerciális biztosítási mechanizmus nem alkalmazható az egészségügyi biztosítás területén. Hiszen a kommerciális biztosító magasabb biztosítási díjat szabna meg azok számára, akiknél a betegség bekövetkezése valószínűbb. Aki ezt a magasabb díjat nem tudná megfizetni kiszorulna a biztosításból. A magára hagyott biztosítási piac esetén sokan biztosítás nélkül maradnának. Vagy azért, mert nem tudják megfizetni, vagy nem is akarják, mert azt remélik, hogy nem éri őket betegség. Ez különösen akkor jellemző amíg az ember fiatal és egészséges. Ezért az önkéntesen biztosítottak körében azok kerülnek túlsúlyba, akiknél nagyobb a betegség kockázata: a gyengék, az öregek, a betegségre hajlamos emberek. Ez drágítja a biztosítási díjat, s emiatt a szegényebb rétegek kimaradnak. Kialakul a nem biztosítottak csoportja, ami súlyos gondot okoz az

11 A morális kockázat az egészségügyi ellátás fogyasztóinak és szolgáltatóinak az attitűdjeiben bekövetkező változás, amely abból ered, hogy a harmadik fél finanszírozó - biztosító - megjelenésével az egészségügyi ellátás költsége ellen biztosítottá válnak.

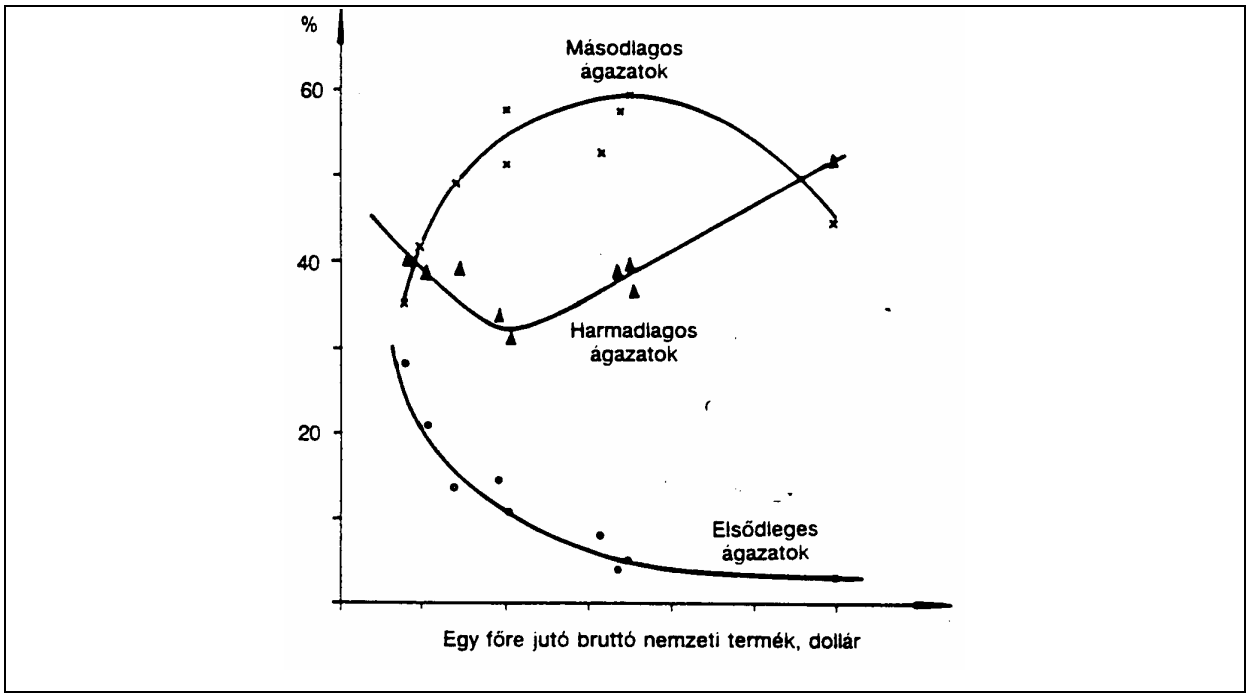
egészségügy számára. Ezt a civilizált, humánus társadalmak káros szelekciónak tekintik, és szükségesnek tartják a beavatkozást.

- A fogyasztói erkölcsi kockázat abból ered, hogy az igénybevételkor jelentkező zérus vagy csökkentett ár több, illetve bonyolultabb szolgáltatás igénybevételére ösztönöz, mint ami egyébként hatékonynak tekinthető. Másfelől a biztosítottság ténye a beteg-státus nem-kívánatos voltát csökkenti, így annak elkerülésére az érintettek kevésbé törekednek.
- A szolgáltatók morális kockázata abból ered, hogy hiányzik a költségek tudatossága, vagy abból, hogy az orvosok javadalmazására szolgáltatásonkénti díjtételeket (fee-for-service módszert) alkalmaznak. Az ilyen finanszírozási rendszer az orvosokat arra ösztönzi, hogy több ellátást nyújtsanak, mint amennyit a tökéletesen informált fogyasztó igénybe venne. Ez a jelenség a szolgáltató indukálta kereslet vagy kínálati oldalról indukált kereslet.
- A morális kockázat következtében fennáll a potenciális túlkereslet problémája, amelynek következtében a hozamok elmaradnak az optimálistól, vagyis a haszonáldozat költségek magasabbak a hozamoknál.

A piaci elégtelenségek után szeretném az egészségügy értékére felhívni a figyelmet, ami fontos közgazdasági problémát fogalmaz meg.

Fecske (2004) kutatása során feltárt mondanivalója közül az egyik legfontosabbnak azt tartom, amelyben a korábbi téves értékítélettel összefüggő hatások következményeit vezette le. Ennek lényege röviden abban foglalható össze, hogy a korábbi rendszer gazdaságfilozófiája nem tekintette értékalkotónak azokat a tevékenységeket, amelyekben az egészségügyi ágazat terméke nem naturáliában (matériában) öltött formát.

Az általa hibásnak nevezett elmélet tömör összefoglalását egy nagyon leegyszerűsített modell ábrázolásával vezette le. Az ábra kilenc nyugat-európai ország 25 éves strukturális fejlődésének tendenciáit mutatja, a 60-as évek közepének megfelelő időszakából, (amit esetenként a magyarországi szint még ma sem halad meg). Az ábra mondanivalójából arra hívja fel a figyelmet, hogy fél évszázados fejlődésünk gazdaságfilozófiája annak az ágazatnak (tercier) az értékalkotását nem ismerte el, amely a fejlett piacgazdaság fejlődésének ekkor már egyik legfontosabb húzó erejének számított.



o Elsőleges ágazatok: mezőgazdaság
x Másodlagos ágazatok: ipar, építőipar, közlekedés
▲ Harmadlagos ágazatok: oktatás kutatás egészségügy, környezet gazdálkodás, kereskedelem, szolgáltatás stb.

2. ábra: Gazdasági ágak részesedése és gazdasági fejlettség összefüggése

Forrás: Fecske (2004)

A modellben a függőleges tengely, a nemzetgazdaságon belül az egyes gazdasági ágak súlyát érzékelteti, a vízszintes tengelyen pedig a gazdasági fejlettség mértéke jelenik meg.

A koncepció leegyszerűsített modellje Magyarországnak azt a lehetőséget kínálja, amelyet a közgazdaságtan „az egyenlőtlen fejlődés törvénye” címen ismer, és amely Németország és Japán gyors fellendülését eredményezte, és az egészségügy fejlesztéséhez szükséges anyagi hátteret megteremtette.

1.2. Piac szerepe az egészségügyben

Az egészségügyi gazdálkodás színtere az egészségügyi piac.
Nagy (1998) szerint Magyarországon három elkülöníthető, de egymással együttműködő egészségügyi ellátással kapcsolatos piac jelenik meg:

- biztosítás piaca,
- egészségügyi szolgáltatások piaca,
- erőforrások piaca.

Részletesebben disszetációmban az egészségügyi szolgáltatások piacával foglalkozom.

Az egészségügyi szolgáltatások piacán négy meghatározó jelentőségű szereplő különböztethető meg:

- fogyasztók,
- szolgáltatók,
- finanszírozók,
- egyéb, pl. szabályozó-kontrolláló szereplők.

Legfontosabb jellemzőik az alábbiak:
Fogyasztók = páciensek, akik nincsenek olyan helyzetben, hogy a betegségeik kezeléséhez szükséges megoldást eldönthessék. Elvárás betegként az egészségügyi szolgáltatóktól az élet puszta meghosszabbításán túl az életminőség javítása is. Joggal várja el a fogyasztó azt is, hogy bárhol az országban ugyanolyan minőségű ellátást kapjon. Ezeken túlmenően az eredményes és magas minőségű ellátásért a lehető legkevesebbet szeretne fizetni egyrészt betegként (önrész), másrészt mint járulék és adófizető. Ezen túl a felsőbb jövedelmi kategóriákba tartozókat irritálja, hogy nem a magas járulékuk arányának megfelelő magasabb szintű szolgáltatást kapják, és esetleges magánbiztosításuk ellenére sem léphetnek ki a szolidaritás alapú kötelező egészségbiztosításból. Polónyi (2004) szerint a beteg nem a szolgáltatás igénybevevője, megrendelője, vevője, hanem a szolgáltatás alanya, aki köteles eltűrni azt.
Szolgáltatók = kórházak, klinikák, rendelők, gyógyszertárak, szanatóriumok, stb. és ezek beszállítói: gyógyszert, gyógyászati segédeszközöket gyártók, építő-élelmiszeripar, stb.

Az egészségügyi szolgáltatók[12] a finanszírozótól kiszámíthatóságot, reális, költségérzékeny árakat várnak. Egyértelműen érdekelt a minőségben, mivel a magasabb minőségű ellátás magasabb finanszírozást jelent, és csökkenti a reklamációkat, ezenkívül szubjektíve nagyobb szakmai sikerélményt eredményez.

Finanszírozók = magán- és társadalombiztosítók, költségvetés, civil szervezetek, egyházak, stb. A véges közpénzekből gazdálkodó finanszírozó elvárása „az orvosilag lehetséges, gazdaságilag megengedhető" szakadék áthidalása, azaz optimális minőségű ellátás megvásárlása ésszerű áron, a költségvetési előirányzatok tarthatósága, minimális eltérés a rutin gyakorlatban, valamint az erkölcsi kockázat minimalizálása.

Egyéb, pl. szabályozó-kontrolláló szereplők közül először is az államapparátus, aki meghatározza az egészségpolitikai célokat, az egészségpolitikai szakemberek végiggondolják azok mellékhatásait, modellezik az elképzeléseket kisebb közösségben. Ezután kiválasztják a kitűzött célok érdekében azokat a finanszírozási technikákat, amelyek a legjobban megfelelnek, és ezeket törvényben rögzítik. Feladata biztosítani a minőségileg magas ellátást mindenki számára. Igyekszik anyagi felelősségvállalását csökkenteni, ugyanakkor az egészségügyi ellátást a politikai, társadalmi elégedettség szolgálatába állítva a választók jóindulatát megnyerni. Az esélyegyenlőség biztosítása, vagy legalábbis közelítése egyértelműen állami feladat és a demokrácia egyik fokmérője.

További szereplők az önkormányzatok, civil szervezetek (társadalmi szervezet, alapítvány, közalapítvány, köztestület, közhasznú társaság), egyházi szervezetek stb.

A négy oldal természetesen nem feltétlenül különül el egymástól, hiszen az állam lehet egyben finanszírozó, szolgáltató és szabályozó, vagy egy páciens lehet fogyasztó és finanszírozó egy személyben. A megkülönböztetést azonban az is indokolja, hogy a hatékony és gazdaságos működés érdekében érdemes olyan felépítményt létrehozni az egészségügyben, amely kellő mértékben szétválasztja ezeket a szerepeket egymástól.

A négy szereplő kapcsolata vizsgálható kétféle összefüggésben. Egyrészt mint fogyasztó és szolgáltató kapcsolata, ahol a megelőzés, a gyógyítás és a rehabilitáció történik, másrészt a szolgáltató és finanszírozó kapcsolata, ahol a finanszírozás, ellenőrzés jelenik meg.

12 Egészségügyi szolgáltató (az 1997. évi CLIV. törvény): a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet

Az egészségügyi piacon az egészségügyi kereslet és az egészségügyi kínálat találkozását értjük.

Az *egészségügyi kereslet* különbözik a normál termékekétől és szolgáltatásokétól. Az egészségügyi szolgáltatás iránti keresletet egy speciális állapot (betegség) hozza létre, tulajdonképpen a szolgáltató fogalmazza meg az igényt. Azonban lehet keresletet teremteni egészségeseknek is e területen, az intenzív betegségmegelőző programok keretében.

Van néhány fontos ellentmondás az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatban, amelyeket nehéz feloldani.

Az tény, hogy az idősebbek gyakrabban betegszenek meg, minthogy az is tény, hogy az egészségügyi költségeket nem ők, hanem a fiatal munkaképes korosztály állja a nálunk is érvényben lévő felosztó-kirovó rendszerben.

Az alacsonyabb szintű szociális helyzetűek, akik nyilván kevesebb TB járulékot fizetnek, szintén gyakrabban veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat.

Az is nyilvánvaló, hogy a gyermektelen házaspárok és az egy gyermekesek, illetve a sokgyermekesek egy főre jutó befizetései és a javak elosztása fordított arányban állnak a két csoportban. Ugyanez belátható a férfiak és a nők kapcsán is, hiszen általában a férfiak többet keresnek (és így többet is fizetnek be), míg a nőknél emellett a háztartásbeliek hol kisebb, hol nagyobb száma is csökkenti az átlagot.

Fontos jellemzője a keresleti oldalnak az is, hogy a prevenciót megvásárlók sokszor hatnak azokra is, akik nem veszik igénybe az adott szolgáltatást. Ennek egy példáját adják a védőoltások. Ha mindenkit beoltanak egy adott környezetben, akkor nincs kitől elkapni a betegséget (korábban pozitív externáliaként említettem).

Kínálati oldalról tekintve ha lehet, még jobban eltér ez a piac a megszokottól. Az egészségügyi piac alapvetően kínálati jellegű. A beteg elmegy az orvoshoz és a kínálati oldalon lévő orvos meghatározza számára, hogy milyen vizsgálat, kezelés szükséges, vagyis mi az ő szükséglete (kereslete). Tehát az egészségügyi dolgozó egyúttal a keresleti és a kínálati oldalon is jelen van. Hatalmas fokú ez a monopóliuma az orvosoknak, miközben a betege kiszolgáltatott, mivel nem ért a betegségéhez (korábban, aszimmetrikus információ). Ha azt mondják neki, hogy az ő kereslete a gyógyszeres kezelés, akkor azt ugyanúgy tudomásul kell vennie, mint azt, ha számára az azonnali műtét az egyedüli esély. És itt jön közbe az orvosetika is. Minél drágább kezelést szenved el a beteg, annál jobban „keres” az orvos, és az egyedüli gátja a rendszernek az orvos lelkiismerete. Tehát a „gazdaságosság” és az etika éles ellentétben állnak a kínálati oldalon.

Kínálati oldalon tehát az orvos a főszereplő, akiből hazánkban hiány van.

A piacra való belépés nincs korlátozva a normál árucikkek és szolgáltatások többségénél, de az egészségügyben az orvosi egyetemre való bejutás és annak elvégzése korlátot jelent a kínálati oldalra belépni akaró szolgáltatóknak. Sok országban például maximalizálják az egy évben végző orvosok számát. Bár újabban az alternatív medicina elterjedése nagyobb lehetőséget nyújt e területen is (Gidai, 1998).

Végül összehasonlítom a kompetitív piacot[13], és az egészségügyi piacot a legfőbb jellemzők alapján.

Kompetitív piac:

- a vásárló maga határozza meg az igényei kielégítéséhez a szükségletét,
- a kereslet határozza meg a kínálatot,
- a piaci verseny korlátlan,
- a termék, a szolgáltatás homogén,
- a piacra való belépés szabad.

Összefoglalva az egészségügyi piacra jellemző, hogy

- a szükségletet nem a beteg, hanem a gyógyító orvos határozza meg,
- a kínálat határozza meg a keresletet,
- a piaci verseny korlátozott,
- monopolisztikus piac minőségükben differenciált termékekkel,
- a piacra való belépés korlátozott, de nem kizárt (Gidai 1998)**,** továbbá
- „a működés finanszírozása tekintetében az OEP monopolhelyzetben van.
- az orvos alapvető befolyással rendelkezik saját szolgáltatásainak keresettségére,
- problémás az árkalkuláció, az eredménymérés, a minőség-ellenőrzés,
- jelentős a politikai hatás,
- az egészségügyi lobby befolyásolja az állami döntéseket”[14].

13 Kompetitív a piac = tökéletesen versenyző piac

14 Czégény Tünde Dr. (2001)

1.3. Az állam szerepe az egészségügyben

Samuelson alapján a modern közgazdaságtan szerint a kormányzat funkciói:

- jogi keretek biztosítása, gazdasági játékszabályok, azaz törvények, rendeletek előírása,
- makroökonómiai stabilizációs politika meghatározása, a modern kormányzatok igyekeznek a konjunktúraciklus ingadozásait megakadályozni, monetáris és költségvetési politikával,
- az erőforrások elosztásának a gazdasági hatékonyság fokozását célzó befolyásolása, az erőforrások allokációja, piaci vagy parancsuralmi elosztás. Ahol piaci kudarcok vannak, ott nem célszerű a piaci elosztás.
- A jövedelem-újraeloszlást befolyásoló programok kidolgozása, redisztribúció[15]. Szabály mondja ki, hogy pl. ha nincs valakinek elég pénze, orvosi ellátás megfizetésére nem halhat meg amiatt, mert nem tudja az orvosi ellátást igénybe venni. Ezért a polgárok jövedelmeit újraelosztják.

Az egészségügyi ellátás törvényi előírások alapján, Magyarországon alapvetően állami feladat, a szolidaritási elv érvényesülésén keresztül.
A felsorolt feladatokat az állam az államháztartás[16] rendszerében valósítja meg. Az államháztartásban a gazdálkodás éves költségvetés[17] alapján történik.

Samuelson tehát az állami beavatkozás indokaként az ún. piaci kudarcokra hivatkozik, ilyenkor a gazdaság, azon belül a piac nincs Pareto-hatékony[18] állapotban. Hat fontos körülmény van, amikor a piac nem Pareto-hatékony:

- A verseny kudarca.
  A láthatatlan kéz csak akkor tudja kifejteni hatását, ha érvényesül a verseny. Az egészségügyben kínálati monopolhelyzet van, ami a nem-tökéletes információkra vezethető vissza.

---

15 amelynek során a háztartásoktól adó vagy járulék formájában differenciált mértékben jövedelmet von el, és egyidejűleg jövedelmet juttat, többségében társadalombiztosítás formájában. Az újraelosztás formája lehet pénzbeni, vagy természetbeni.

16 Az államháztartás a központi kormányzat, az elkülönített állami pénzalapok, a helyi önkormányzatok és a társadalombiztosítás állami feladatot ellátó és finanszírozó gazdálkodásának rendszere.

17 A költségvetés olyan pénzügyi terv, amely az érvényességi időtartam alatt a feladat ellátáshoz teljesíthető jóváhagyott kiadásokat és a teljesítendő bevételeket előirányzatként tartalmazza.

18 Az erőforrások olyan allokációja, amikor nem lehet senki helyzetét javítani anélkül, hogy mást hátrányosabb helyzetbe ne hoznánk.

- Közjavak léte.

  A közjószágra jellemző, hogy nem lehet a fogyasztásból kizárni egyéneket és az egészségügyre ez igaz. A tiszta közjavaknak Stiglitz (2000) szerint két döntő tulajdonsága van: nem-adagolható termékek (nem lehet kizárni valakit egy egészségügyi program előnyéből); és az adagolás célszerűtlen.

  Az egészségügy szolgáltatásait a piac nem biztosítja a fogyasztók számára. A magánpiacok nem kínálnak elegendő közjószágot[19].

- Külső gazdasági hatások (externáliák) befolyása.

  Az egészségügyben, mint ahogy korábban említettem, jelen van. A pozitív externhatás (másokra gyakorolt hatás jótékony természetű) például a védőoltások léte, negatív externália (másokra költséget terhelnek) a fertőző betegségek, a környezetszennyezés egészségkárosító hatása stb.

- Nem teljes piacként való megjelenés.

  Teljes az a piac, ahol a javak és szolgáltatások költsége elmarad attól, amennyit a vásárlók hajlandók fizetni. Az egészségügyi kiadások jelentős hányadát harmadik fél fizeti. A betegeknek a szolgáltatás igénybevételekor a legtöbb esetben nem kell az árakkal foglalkozniuk, részben az előre fizetett magánbiztosítások miatt, részben a kormányzati biztosításoknak köszönhetően. Sem a fogyasztónak, sem a szolgáltatónak nincs költségérzékenysége. A szolgáltatások zöménél a költség magasabb, mint a finanszírozott összeg.

- Információs kudarcok.

  A fogyasztók nem tudják megítélni, hogy mikor, milyen ellátásra van szükségük. Az orvos információs monopóliummal, tudásmennyiséggel rendelkezik, amit nem tud átadni páciensének. Az orvosi műhibaperek is megjelennek.

- Profitösztönzés hiánya.

  A kórházak döntő többsége nem profitorientált intézmény (Stiglitz, 2000).

19 A tiszta közjavak azon jószágok, amelyek fogyasztásából nem zárható ki senki, és amelyeknek egy tetszőleges személy által történő fogyasztása nem csökkenti a többiek rendelkezésre álló készletet, azaz nincs rivalizálás a fogyasztók között a jószág fogyasztásában(Kopányi 2002).

A jóléti közgazdaságtanban[20] központi helyet foglal el a Pareto-hatékonyság vizsgálata.

A kormányzati szerepvállalást indokolják a fent említett követelmények. A jövedelmi egyenlőtlenségek következményeit kezelni kell. Azt a meggyőződést, hogy bizonyos javakat és szolgáltatásokat (orvosi ellátás) nem szabad függővé tenni az egyén jövedelmi helyzetétől, specifikus egalitarizmusnak[21] nevezzük. Vannak közgazdászok, akik úgy látják, hogy az orvosi szolgáltatásokat ugyanúgy kell kezelni, mint más jószágot, akinek több pénze van, az többet költhet az egészségére. Vannak, akiknek álláspontja pedig a demokrácia jegyében egy minimális ellátást javasol minden állampolgár számára (Stiglitz, 2000).

Későbbi fejezetekben konkrét adatokkal is vizsgálom az állam szerepét az egészségügyben, főleg finanszírozási aspektusból.

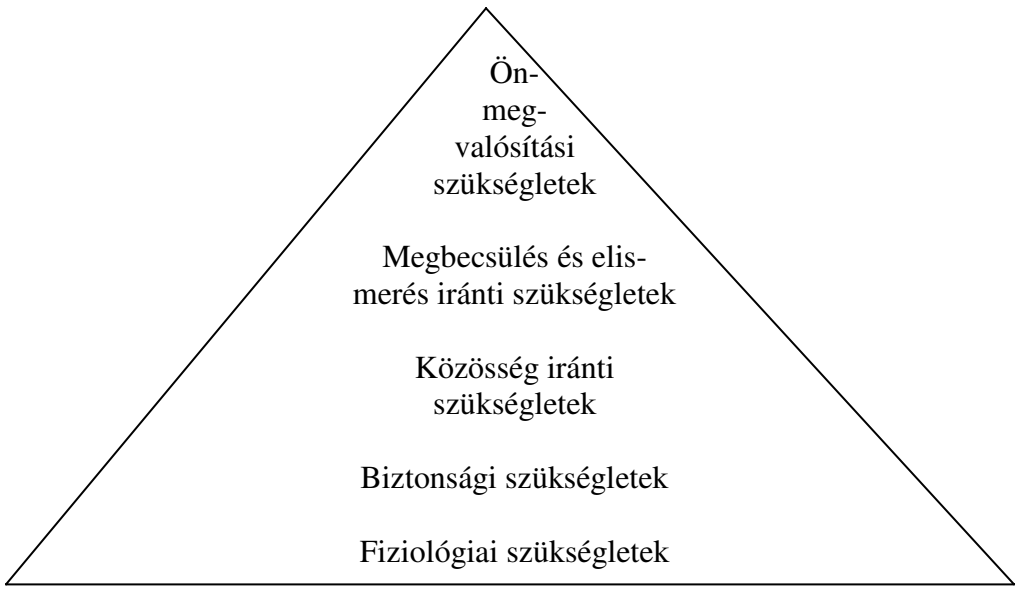
1.4. Szükséglet egészségügyi közgazdasági kérdései

A szükséglet[22] az egyént cselekvésre készteti. Elkülöníthetünk a szervezet élettani feltételeinek megfelelőket és a szociális feltételekkel összefüggőket. Az előbbiek azon szükségletek, amelyek nélkülözhetetlenek az élethez: levegő, táplálék, meleg, alvás stb. Az utóbbiak a másodlagos szükségletek, ezek száma jelentős, három különlegesen fontos: a biztonság, a szeretet és az önmegvalósítás. A szükségletek kielégítése az ember jólétét és kiteljesedését hozza magával.
Maslow szerint a szükségleteknek létezik egy hierarchiája, mely az alapvető fiziológiai szükségletektől azon komplexebb pszichológiai motivációkig terjed, melyek csak akkor válhatnak fontossá, ha az alapvető szükségletek már kielégítést nyertek.

20 Állami politikai közgazdaságtan, amely a gazdaság megszervezésének legjobb módjaival, a legjobb jövedelem-eloszlással vagy a legjobb adórendszerrel kapcsolatos alapvető kérdésekkel foglalkozik (Samuelson 2000)

21 J. Tobin, „On Limiting the Domain of Inequality”, Jorunal of Law and Economics, 1970

22 Hiányérzet, amely cselekvést vált ki önmaga megszűntetésére (Kopányi 2002)



3. ábra: A Maslow-féle szükséglethierarchia

Forrás: saját ábra

Ha a szükséglet kielégítést nyer, másik szükséglet lép a helyébe.

„Az egészségügyi szükséglet a populáció egészségi állapotból következő egészségügyi rendszeren keresztül adandó releváns és szükséges válaszok összessége."[23]

Az egészségügyi szükséglet alapvető, de nem halaszthatatlan, mással nem, vagy csak kismértékben helyettesíthető szükséglet.

Az egészségügyi szükséglet meghatározói:

- ˜a lakosság egészségi állapota,
- ˜a társadalmi minták,
- ˜az egészségügyi ellátórendszer szakmai-technikai változása,
- ˜a fizetőképesség, esélyegyenlőség változása.

Az egészségügyi szükséglet két specifikus tulajdonsággal rendelkezik:

- a szükséglet mértéke,
- a szükséglet megítélhetősége.

A *szükséglet mértékével* összefüggésben a szükségletek alapvetően két csoportra oszthatók:

23 Kincses Gyula Dr. (1999)

- keménykorlátos szükségletek : amelyek nagysága objektív, definiálható,
- puhakorlátos szükségletek : amelyek mennyisége egzakt módon nem határozható meg.

Keménykorlátos szükséglet esetén könnyen meghatározható az a szint, amely fölé a fogyasztás érdemben már nem emelhető.

Az egészségügyi szükséglet puhakorlátos, nem objektivizálható. Ezt igazolja az a mondás is, hogy: "egészséges ember nincs, csak rosszul kivizsgált beteg" (Kincses, 1999).

A szükséglet megítélésébe az orvos részéről óhatatlanul szubjektív elemek is keveredhetnek. Ha az orvos anyagilag is érdekelt az ellátás mennyiségében, akkor tetszése szerint növelheti a keresletet. Ellenkező esetben - anyagi érdekeltség hiányában - az ellátás visszafogásával reagálhat.

1.4.1. Az egészségügyi szükségletet befolyásoló tényezők a fogyasztók oldaláról[24]

Az egészségügyi ellátásra hatással van a

- demográfia,
- lakosság egészségi állapota,
- mortalitás,
- morbiditás figyelembe vételével,
- az életmód,
- a környezet,
- egészségnyereség alakulása,

amelyek befolyásolják az egészségügyi ellátás iránti szükségletet. Jelentősen alakítják az egészségügyi ellátás szerkezetét, eszközstruktúráját, tudományos kutatások irányát, stb.

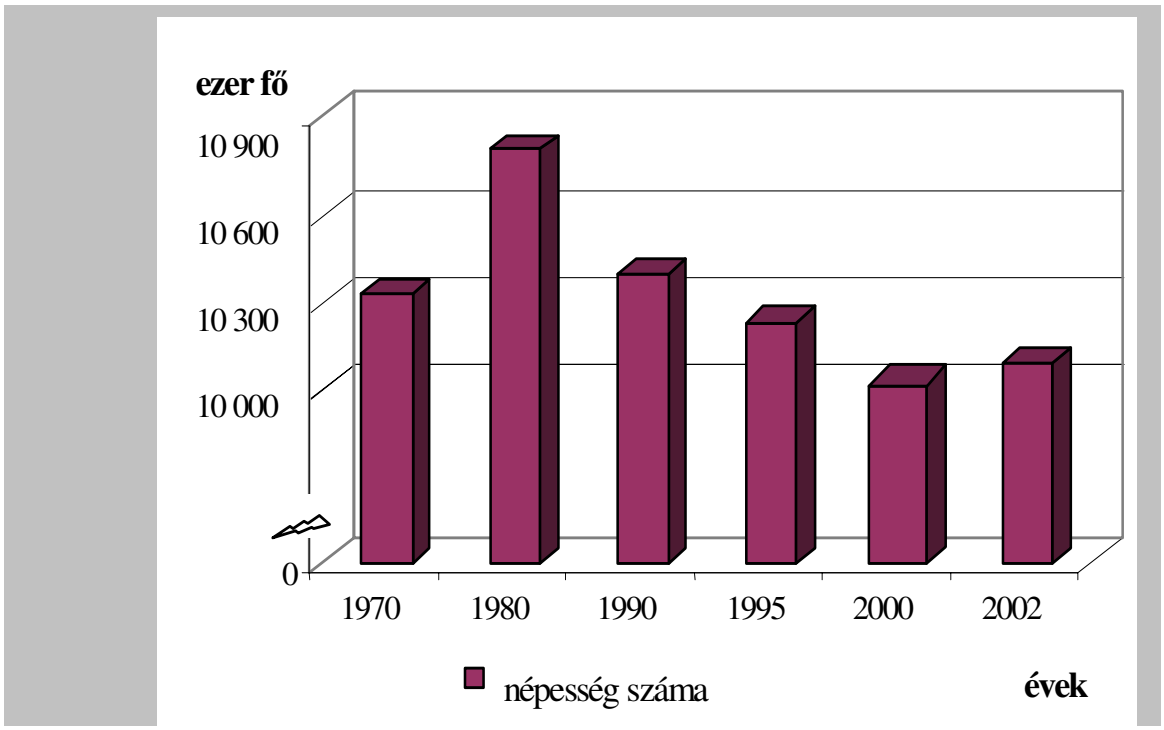
1.4.1.1. Demográfia

Magyarország lakosainak száma 2003. január 1-én 10 millió 142 ezer fő volt. A 4. sz. ábra mutatja a magyar népesség számának alakulását 1970 – 2002 között.

---

24 Forrás: Magyarország egészségügye és szociális rendszere (2004)

Az OLEF 2003 felmérése (Kérdőív felvételi szakaszában az ország 447 településén 7000, a választói névjegyzékből véletlenül kiválasztott, 18 évesnél idősebb magyar állampolgárt kerestek fel a kérdezők.), Demográfiai Évkönyvek, KSH évkönyvek, OSAP jelentés, GYISM jelentés.



4. ábra: A magyar népesség számának alakulása 1970-2002 között

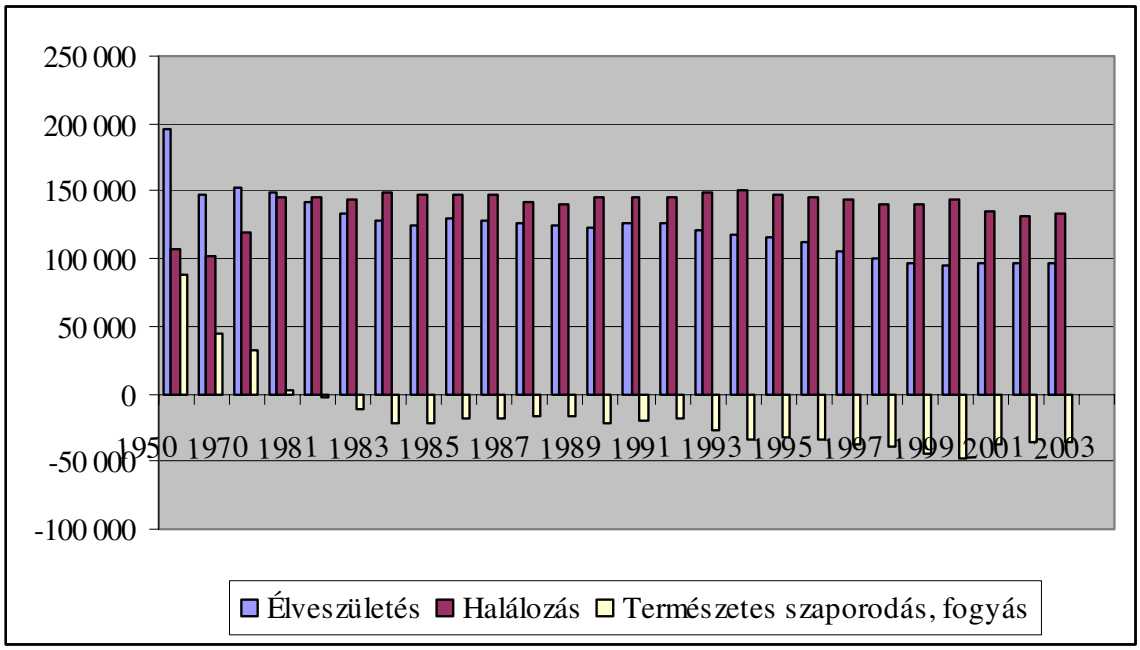
Forrás: Magyar Demográfiai Évkönyv (2002)

Hazánkban a népesség aggasztó csökkenése folyamatos tendenciát mutat.

A magyar népesség száma a nyolcvanas évek eleje óta folyamatosan csökken az egyre alacsonyabb születési arány és a magas halálozási arány következtében. Az élveszületés, halálozás, természetes szaporodás, fogyás alakulását szemléltetem oszlopdiagrammal az 5. sz. ábrában, a számszaki adatokat az I. sz. melléklet tartalmazza.

Az 5. ábra szerint míg 1950-ben körülbelül kétszer annyi volt az élveszületések száma, addig 1990-től a halálozás száma meghaladja az élveszületések számát. Az ország népessége 2003. január 1-jén több mint 560 ezer fővel volt kevesebb, mint 1980-ban.

Nemenként a népesség alakulásával összefüggésben megállapítható, hogy Magyarország férfi népessége 1980, női népessége pedig 1983 óta évről évre csökken.



5. ábra: Élveszületés, halálozás, természetes szaporodás/fogyás 1950-2002

Forrás: Magyar Demográfiai évkönyv (2002)

A népesség kor és nem szerinti összetételét, öregedését a korfa szemlélteti a legjobban (II. sz. melléklet). Magyarország korfája fogyó jellegű, alapja egyre szűkül a születésszám jelentős csökkenése következtében. Az idősebb korosztályhoz tartozók számának és arányának növekedése a népesség elöregedésének folyamatát tükrözi.

A népesség öregedése – az Európában általánosnak mondható jelenség – hazánkban is megfigyelhető. Fokozatosan csökken a 0-14 éves gyermekek aránya, miközben a 65 évesek és idősebbek részaránya növekszik.

Az öregedés a 21. század legnagyobb demográfiai, társadalmi, gazdasági, sőt politikai kihívásai közé tartozik. A 20. század a gyermekek évszázada volt, a 21. évszázad bizonyos értelemben az öregek évszázada lehet.

A népesség korcsoport szerinti összetételének alakulása, 1920-2001-ig (%)

1. sz. táblázat

Év	**0-14 éves**	**15-59 éves**	**60 év felett**
1920	30,6	60,4	9,0
1949	24,9	63,5	11,6
1960	25,4	60,8	13,8
1970	21,1	61,8	17,1
1980	21,8	61,1	17,1
1990	20,5	60,5	18,9
1994	18,6	62,1	19,3
1998	17,5	63,0	19,5
2001	16,6	63,0	20,4

Forrás: KSH évkönyvek

1920-ban a 15 éven aluli gyermekek részaránya 30,6 százalék volt, a 60 évesek és idősebbek viszonylagos súlya pedig mindössze 9,0 százaléknak adódott. 2001-re a gyermekek hányada majdnem a felére csökkent, míg az öregeké majdnem háromszorosára nőtt. Az előreszámítások szerint 2050-ben a 15 éven aluliak aránya 13,4 százalék lesz, míg a 65 évesek és idősebbeké 37 százalék.

Az ENSZ és a Központi Statisztikai Hivatal, Népességtudományi Kutató Intézetének (KSH, NKI) 2000. évi előrejelzése két alapvető folyamatot jelez Magyarországra vonatkozóan: a népességszám folyamatos és jelentős mértékű csökkenését, valamint az elöregedés újabb korszakának kialakulását. A közepes (vagy újabb elnevezéssel alap-) változatokban az ENSZ 7,5 millió főt, a KSH NKI 8,1 millió fős népességet jelez 2050-re.

Tehát a népességszám csökkenése azt jelzi előre, hogy csökken a kereslet az egészségügyi ellátások iránt. Ugyanakkor a népességszerkezet megváltozása hatással van az egészségügyi ellátások szerkezetére (kórházak esetében célszerű pl. az ápolási ellátást fokozni).

1.4.1.2. A lakosság egészségi állapota

A lakosság egészségi állapotát 11 %-ban befolyásolják az egészségügyi intézmények, de fontosságuk óriási. A magyar lakosság egészségi állapotának mutatói – több évtizede – rendkívül kedvezőtlenül alakulnak. Például a daganatos betegségek okozta halálozás a legmagasabb a világon, a születéskor várható átlagos élettartam alacsony és különösen kedvezőtlen a középkorú férfiak kimagasló halálozása. Szükséges a halálozási és a morbiditási adatok részletes, többirányú mérése azzal a céllal, hogy jól meghatározhatóak legyenek azok a megbetegedések, amelyek döntően hozzájárulnak a várható élettartam értékekhez, másrészt világos legyen, hogy milyen akciók, milyen költségráfordítással működnek a különböző szolgáltatási szinteken.
Általános alapelv, hogy az erőforrás-elosztási szabályoknak a relatíve szűkösen rendelkezésre álló erőforrások minél optimálisabb módon történő felhasználását kell támogatnia.
Optimális erőforrás-elosztást elméletileg az a megoldás jelenti, amely erőforrás felhasználása mellett az egészségi állapotban elérhető pozitív változás, az „egészségnyereség” maximális.

A lakosság általános egészségi állapota vizsgálható:

- mortalitás,
- morbiditás alapján.

1.4.1.2.1 Mortalitás[25]

A II. világháborút követően a magyar népesség halandóságának története három jól elkülöníthető időszakra osztható: az 1960-as évek közepéig a halandóság csökkent, 1968 és 1993 között nőtt, 1994 óta pedig újra csökken. Az életkilátások lényegében követték a halandóság változásait: a várható élettartam 1949 és 1967 között emelkedett, 1968 és 1993 között valamelyest süllyedt, és az utóbbi években ismét emelkedik (2002-ben 72,4 év volt).

---

25 mortalitás Egy adott populáció halálozási viszonyai, illetve ezek elemzése a halálozási statisztikák alapján. A halálozási statisztikák részben a halálozási arányszámok (általános halálozás, csecsemőhalálozás, Perinatális halálozás és anyai halálozás) elemzésén, részben pedig a származtatott mutatók (élettartam2 mutatók; várható élettartam, valószínű élettartam, normálkor átlagos életkor, illetve többlethalálozás, elveszített Potenciális évek) számításán alapulnak.

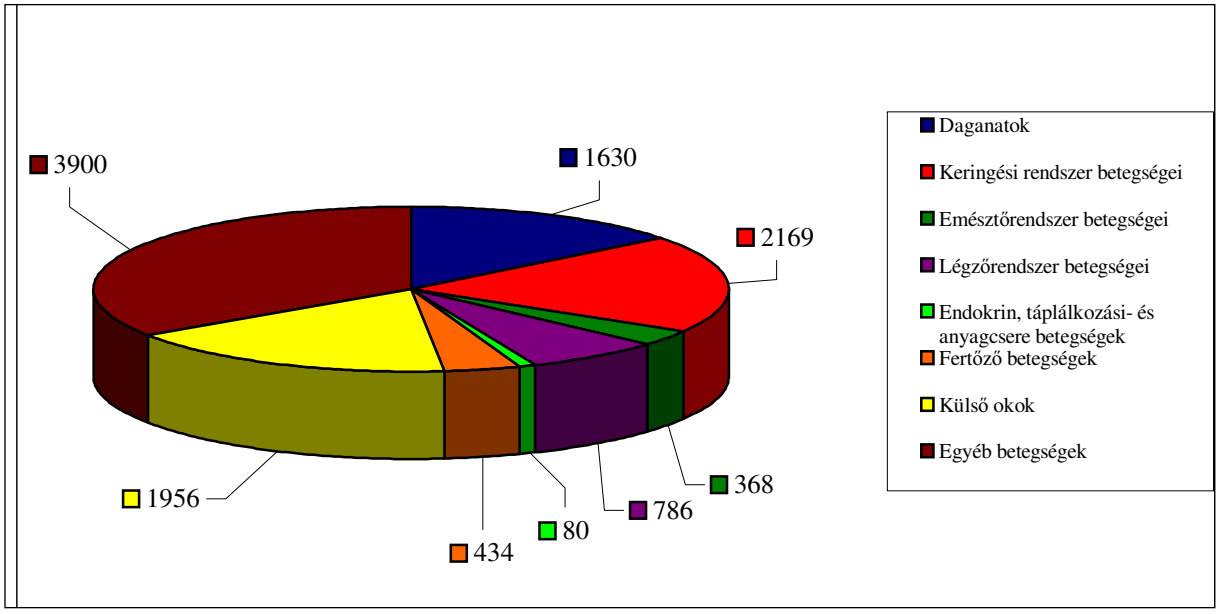
Általában a korai halálozás magas mértékére vezethető vissza, hogy a 100 ezer főre jutó elvesztett potenciális életévek száma

- mind a férfiak (2002-ben férfiak esetében 11 825 év),
- mind a nők esetében igen magas (nők esetében 5280 év volt).

Magyarországon a legtöbb életév elvesztésével járó halálokok:

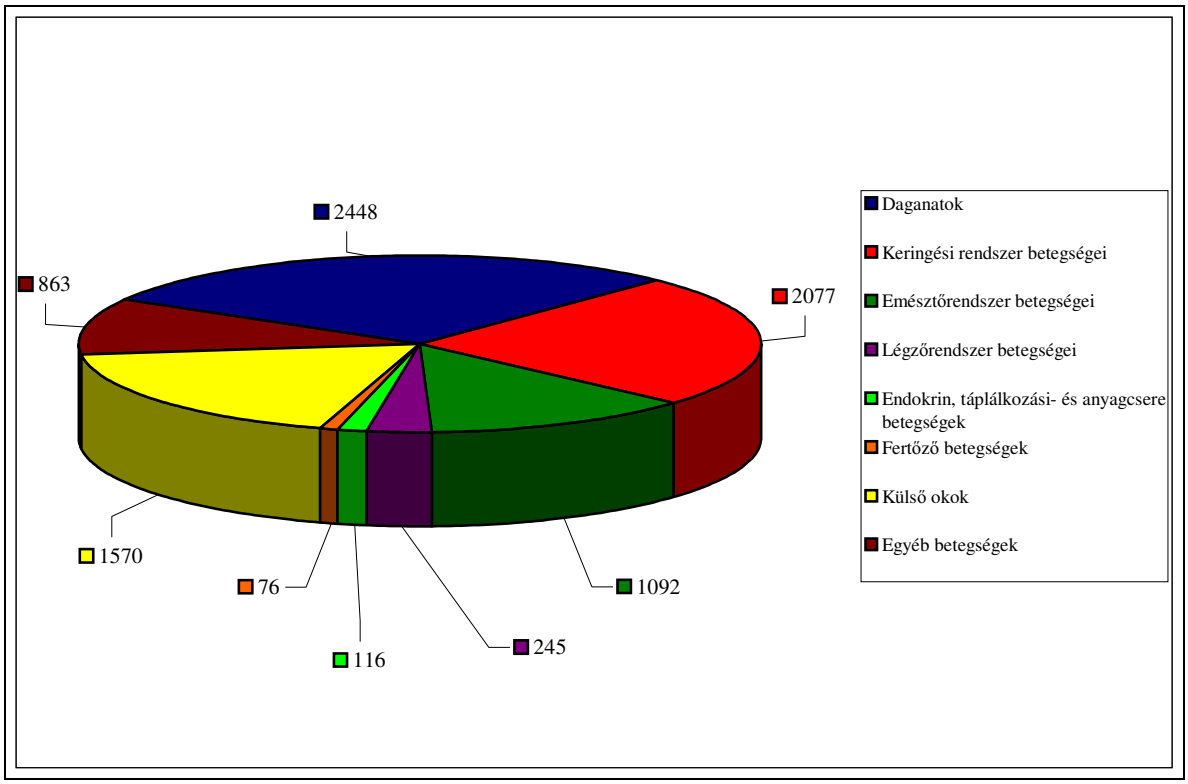
- a daganatok,
- a keringési rendszer betegségei,
- a külső okok (balesetek, mérgezések, erőszak) és
- az emésztőrendszer betegségei.

Az elmúlt évtizedekben a daganatok és az emésztőrendszer betegségei következtében növekedett az elvesztett életévek száma. 1970-es és 2002-es években a százezer főre jutó elveszett életévek számát a potenciális életévből, halálokok szerint szemléltetem a 6. és 7. sz. ábrában.



6. ábra: Százezer főre jutó elveszett életévek a potenciális 70 évből, halálokok szerint, 1970

Forrás: KSH Demográfiai évkönyvek (1997-2002)



7. ábra: Százezer főre jutó elveszett életévek a potenciális 70 évből, halálokok szerint, 2002

Forrás: KSH Demográfiai évkönyvek (1997-2002)

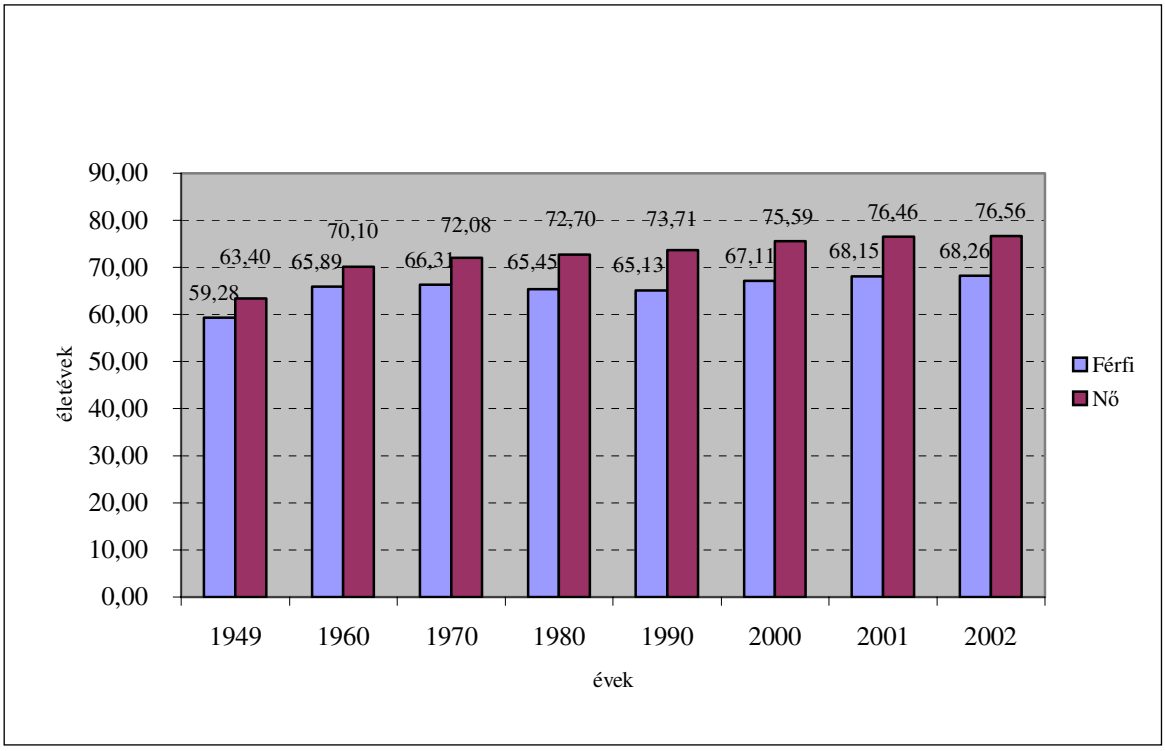
A potenciális 70 évből 100 ezer főre számított elvesztett életévek összege a gyakoribb betegségek miatt 1970-ről 2002-re a következőképpen változott:

- daganatok esetében 1630-ról 2448-ra és az emésztőrendszer betegségei esetében 368-ról 1092-re növekedett,
- a keringési rendszer vonatkozásában 2169-ről 2077-re, a külső okok esetében 1956-ról 1570-re és a légzőrendszer betegségei esetében 786-ról 245-re csökkent.

Magyarországon a halálozások több mint a fele a keringési betegségeknek tulajdonítható, melyből a koszorúér-betegség a legfőbb halálok. Amíg a nyugati országokban a táplálkozási szokásokban bekövetkezett változások, a testmozgás és a korszerű gyógyszeres kezelés hatására a keringési betegségek (koszorúér-betegség, agyérrendszeri történés, perifériás érbetegség, illetve aorta betegség együttvéve) mortalitása 1970 óta 20-30%-kal csökkent, addig Magyarországon a keringési betegségek halálozása az 1990-es évekig nőtt, majd lassú csökkenés indult meg.

A születéskor várható átlagos élettartam az 1990. évi 69,3 évről 2002-ben 72,4 évre növekedett.

A születéskor várható átlagos élettartam nemenkénti alakulását oszlopdiagram mutatja a 8. sz. ábrán.



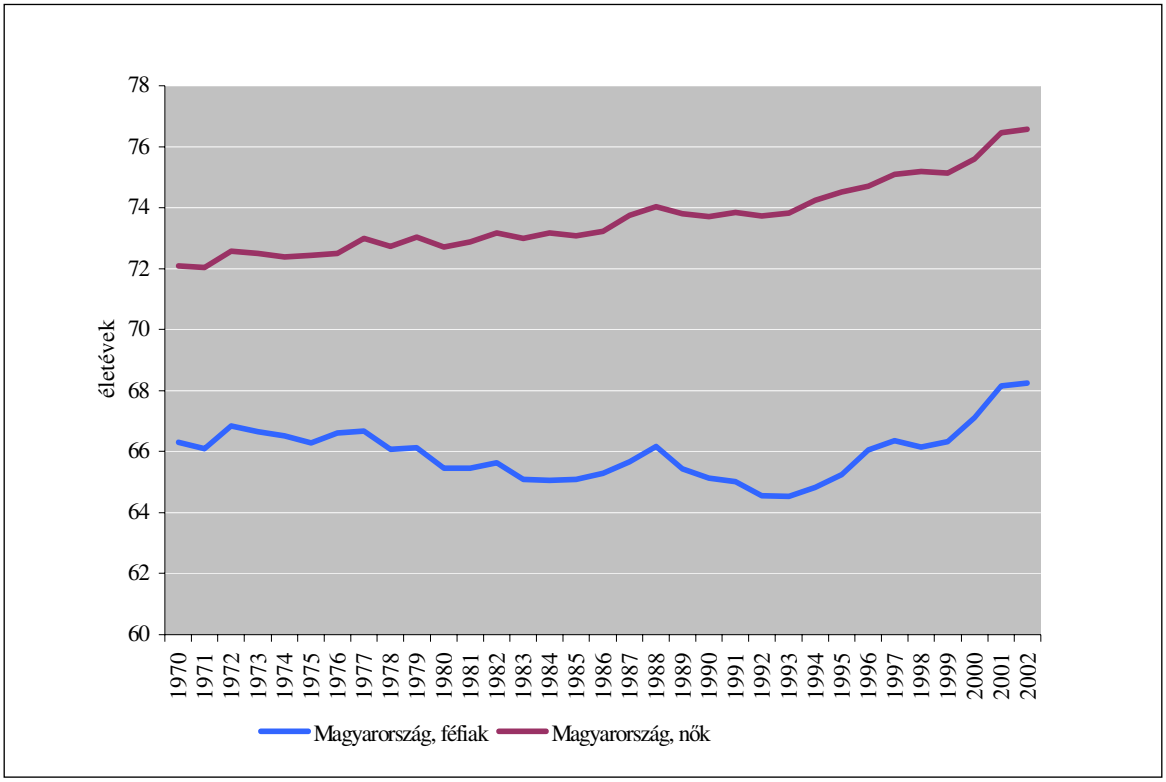
8. ábra: Születéskor várható átlagos élettartam, nemenként 1949-2002

Forrás: KSH Demográfiai évkönyv (2002)

A férfiak születéskor várható átlagos élettartama mindig alatta van a nőkének. A 2002. évi 72,4 év a legmagasabb érték a várható élettartamok csaknem százéves idősorában, nemzetközi összehasonlításban azonban alacsony. A III. számú. melléklet szerint a világátlagnál kedvezőbb hazánkban a születéskor várható átlagos élettartam, de mindenképp növelésre szorul, amiben az egészségügynek kiemelkedő szerepe van.

Nemek szerinti bontásban a születéskor várható átlagos élettartam alakulása 1970 óta változó képet mutat. A férfiak mutatója 1970-1993 között csökkent, 1994 óta emelkedés tapasztalható (2002-ben 68,3 év). A nők mutatójában 1970-1993 között lassú növekedés, ezután erőteljesebb emelkedés figyelhető meg (2002-ben 76,6 év volt). A nemek közötti különbség

1980-ban 7,2, 1998-ban 9,0 és 2002-ben 8,3 év volt. A 9. sz. ábra vonaldiagrammal érzékelteti az eltérést a születéskor várható átlagos élettartam nemek szerinti vonatkozásában.



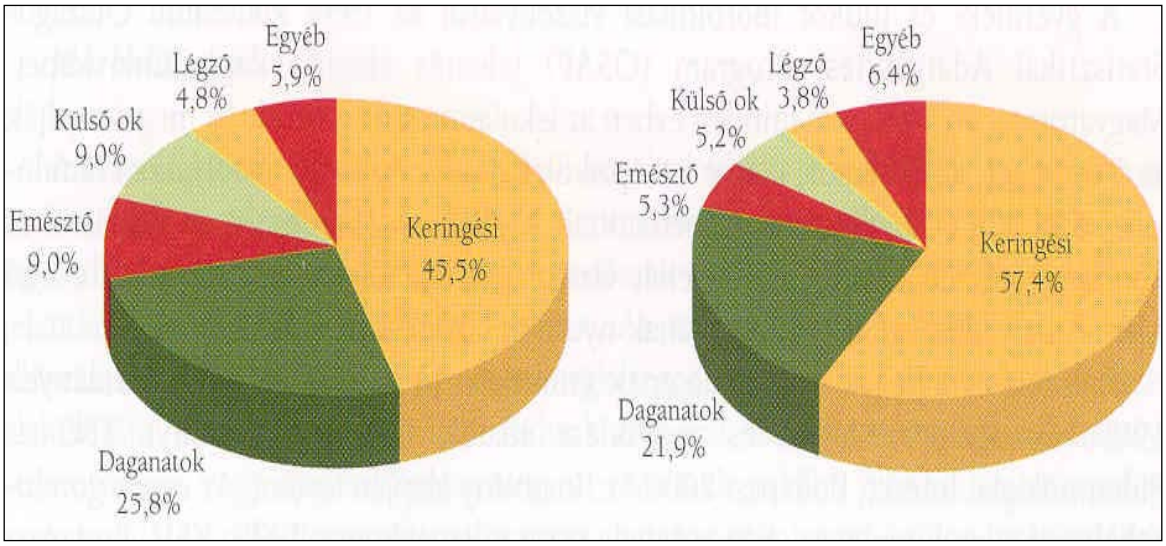
9. ábra: Születéskor várható átlagos élettartam nemek szerint Magyarországon 1970-2002 között

Forrás: KSH Demográfiai évkönyv (2002)

A fejlett egészségi kultúrájú ipari országokban a 20. század utolsó éveiben összefüggést vizsgálva az egy főre jutó vásárlóerő-paritáson számított bruttó hazai termék és a születéskor várható élettartam között, a vizsgálati eredmények azt igazolták, hogy hazánk népességének születéskor várható élettartama 3,3 évvel marad el az egy főre jutó GDP alapján prognosztizálhatótól.

A 10. sz. ábra rámutat a halálokok eltérésére a nemek esetében.

férfiak nők



10. ábra: Vezető halálokok részesedése az összhalálozásból, hazánkban 2001. évben

Forrás: Magyar Statisztikai Évkönyv 2001, Központi Statisztikai Hivatal, 2002

A haláloki struktúrában a keringési rendszer betegségei, a daganatok, az emésztőrendszer és a légzőrendszer betegségei, valamint a balesetek, mérgezések és az erőszak szerepelnek, mint leggyakoribb halálokok.

A rosszindulatú daganatos betegségek okozta halálozás évtizedek óta rendkívül magas, ebben hazánk vezető helyet foglal el az európai régióban. Míg a fejlett országokban az utóbbi évtizedben csökken e halálok megjelenésének intenzitása, addig Magyarországon folyamatos emelkedést mutat. A haláloki sorrendben a második helyet foglalja el, 2002-ben.

A külső okok miatti halálozás legnagyobb részét a járműbalesetek és egyéb balesetek teszik ki, ezeket követik a halállal végződő öngyilkosságok.

Az emésztőrendszer betegségei okozta halálozás az elmúlt két évtizedben igen jelentős mértékben növekedett. E főcsoport betegségei 1970-ben az összhalálozás 3,8%-át és 2002-ben átlagosan 6,9%-át okozták. A növekedést alapvetően az alkoholos májbetegségek számának emelkedése okozta. Ez a betegség főleg a férfiakat érinti. Hazánkban azonban a nők körében is jelentősen megnőtt a májzsugorodás okozta halálozás. Feltételezhető, hogy ennek hátterében a rendszeres és nagymértékű alkoholfogyasztás áll.

A légzőrendszeri betegségek okozta halálozási arányok kedvezően alakultak az elmúlt két évtizedben, és nemzetközi összehasonlításban is kedvezőbb a helyzetünk. 1980 és 2002 között számottevően javult ezeknek a betegségeknek a halálozása.

1.4.1.2.2. Morbiditás[26]

A morbiditási struktúrában a keringési rendszer betegségei jelentős helyet foglalnak el hazánkban. 2001-ben 439 ezer beteg került kórházi kezelésre e főcsoport betegségei miatt (a kórházi ápolási esetek több mint 15 %-a).

A magasvérnyomás-betegség az egyik leggyakoribb népbetegség. A háziorvosok morbiditási jelentései szerint a magas vérnyomás gyakorisága a 19 éven felüli férfiak körében 19,3%, a nőknél pedig 24,6% (2001).
A háziorvosok és a házi gyermekorvosok nyilvántartásában 2001-ben több mint 470 ezer cukorbeteg szerepelt, azaz a lakosság 4,6%-át érinti ez a betegség,
A leggyakoribb idült légzőszervi betegség a tüdőasztma, amely minden korosztályt érint, és kétharmad részben allergiás eredetű. A tüdőgondozókban 1990-ben 55,8 ezer, 2002-ben pedig 155,5 ezer tüdőasztmás beteget tartottak nyilván.

A daganatos megbetegedések népegészségügyi szempontból alapvető betegségfőcsoport, évente mintegy 65 ezer új rosszindulatú daganatos beteget fedeznek fel a bejelentésre kötelezett egészségügyi intézményekben. A 19-54 éves korban a nők körében jelentősen gyakoribbak a daganatos betegségek (emlőrák, vastagbél, végbél daganatai, tüdő daganatok), 55 éves kor felett pedig a férfiak rákos megbetegedése a gyakoribb (főleg a tüdőrák miatt).

Az emésztőrendszeri betegségek közül az egyik leggyakoribb a gyomor- és nyombélfekély.
A mozgásszervi megbetegedések a keresőképtelenség leggyakoribb okai gerincbetegségek, az ízületi porckopás, a derékfájás.
Mozgásszervi betegségek okozzák a 60 éven felüliek krónikus betegségeinek felét.

---

26 morbiditás: A vizsgált populáció megbetegedési viszonyai, melyben a betegség fogalomköre nem szűkül le a populációban az orvos által diagnosztizált szomatikus és mentális megbetegedésekre, hanem beletartozhat az egyén szubjektív betegségérzete is (tünet, állapot), amely a megszokott életvitelt gátolja.

Ezen gyakori megbetegedések ellátására fel kell készülni az egészségügynek, a kórházstruktúra átalakításánál.

1.4.1.3. Életmód

Az életmódot befolyásoló néhány tényező:

- táplálkozási szokások,
- fizikai aktivitás,
- dohányzás,
- alkoholfogyasztással,
- kábítószer-fogyasztás,

melyekkel összefüggésben pár fontos gondolatot fogalmaztam meg.

Táplálkozási szokások

A magyar lakosság táplálkozási viszonyaira összességében a túlzott energia-, zsír-, állati zsír-, koleszterin-, hozzáadott cukor és só-, valamint elégtelen élelmi rostbevitel, elégtelen zöldség-főzelék- és gyümölcs-, továbbá a kívánatosnál kevesebb teljes kiőrlésű gabona-fogyasztás jellemző.

Az egészséges táplálkozásra való áttérés révén a szív-érrendszeri halálozás és a daganatos betegségek 30-40%-a lenne megelőzhető, és kisebb arányban fordulnának elő olyan betegségek, mint a csontritkulás, a fogszuvasodás és a fogágy-betegségek.

Túlsúly és elhízás első számú népegészségügyi probléma, több mint 1,5 millió embert érint.

Az elhízottak az idősebb kort ritkábban érik el, mint normál súlyú társaik.

Fizikai aktivitás

A rendszeres testmozgás az egészséges életmód elengedhetetlen feltétele, a lakosság rossz egészségi állapotának egyik oka a testi edzettség hiánya.

A magyar lakosság szabadidős fizikai aktivitása átlagosan nem haladja meg a napi tíz percet.

Az iskolai végzettség és a tudatosan folytatott sporttevékenység között lineáris összefüggés mutatható ki.

Felmérések adatai szerint Magyarországon a 15-64 éves korcsoportba tartozó férfiaknak csupán 21%-a, a hasonló korú nőknek pedig a 14%-a végez rendszeres testedzést. A fizikai aktivitásra vonatkozó arányszám értéke a korral rohamosan csökken. Míg a 20-29 évesek

25%-a jelezte, hogy rendszeresen edz, a 30-39 éveseknél már 15%-ra, az ennél idősebbeknél pedig 10%-ra esett vissza ez a mutató.

Dohányzás

A dohányzás az elkerülhető és korai halálozás hátterében meghúzódó legjelentősebb kockázati tényező, melyet közegészségügyi szempontból indokolt súlyos népbetegségnek tekinteni. A dohányzás meghatározó szerepet játszik a szájüregi, nyelőcső-, gége-, tüdő-, hasnyálmirigy- és hólyagrák, a krónikus obstruktív tüdőbetegségek és más légzőszervi betegségek, a szív-érrendszeri betegségek kialakulásában s felelős számos krónikus tüdőbetegség keletkezéséért.

A Központi Statisztikai Hivatal szerint Magyarországon évente 28 ezer ember halála tulajdonítható a dohányzásnak (2002).

A 90-es évek végén a 15-64 év közötti korcsoportba tartozók dohányzással összefüggésbe hozható halálozása közel 2,5-szerese volt az Európai Unió, és kétszerese az összes európai ország átlagának. Európában Magyarországon a legmagasabb a tüdőrák (a dohányzással leginkább összefüggésbe hozható betegség) okozta halálozás, s ez továbbra is emelkedik.

Részben az iskolázottsággal, részben az anyagi helyzet javulásával csökken a dohányzás valószínűsége.

A népegészségügyi program egyik első számú beavatkozási területnek minősíti a dohányzás visszaszorítását, ezen belül kiemelt fontosságot tulajdonít annak, hogy megelőzzék a fiatalok rászokását.

Alkoholfogyasztás

A mértéktelen alkoholfogyasztás, melyet régebben alkoholizmusnak, ma inkább a legelterjedtebb szenvedélybetegségek egyikének, alkoholbetegségnek mondanak, számos betegség kockázati tényezője, de következményeinek nem csupán egészségügyi, hanem társadalmi vonatkozásai is súlyosak, így jelentősen befolyásolja a társadalmi-családi kapcsolatokat, a munkaképességet, szerepe jelentős a balesetekben, valamint a bűnözésben és az áldozattá válásban egyaránt. Az alkoholizmus elleni kormányzati lépések akkor lehetnek igazán hatékonyak, ha elsősorban a probléma társadalmi oldalára koncentrálnak.

A mértéktelen alkoholfogyasztás szerepe a krónikus májbetegségek és májzsugor kialakulásában szinte kizárólagos, és jelentős egyes légzőszervi és agyérrendszeri megbetegedések, valamint a szájüreg és garat daganatai, a sérülések és mérgezések esetében.

Janus-arcú jelenség a nyilvántartott alkoholisták számának csökkenése az 1990. évi 58,4 ezerről a 2002. évi 36,9 ezerre. Az intézményrendszer szűkös kapacitásainak tulajdonítható.

A túlzott alkoholfogyasztással kapcsolatba hozható halálozás.

Kábítószer-fogyasztás

1995-től nagyjából megfelelő adatok állnak rendelkezésre.

Kábítószerfogyasztók száma

2. sz. táblázat

Megnevezés	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Kezelt kábítószerfogyasztók száma	3 553	4 718	8 494	9 458	12 765	12 789	12 049	12 777
ebből: új kábítószerfogyasztók száma	1 394	1 594	4 368	5 275	5 770	4 701	4 342	…

Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről, GYISM

A kezelt betegek között a férfiak száma nagyjából kétszerese a nők számának.

Az átlagnépesség droghasználatára vonatkozó első átfogó kutatás 2001 tavaszán készült. A férfiak érintettsége a nőkhöz képest két és félszeres (9,0% és 3,7%).

1.4.1.4. Környezet

Az embert körülvevő környezet jelentősen befolyásolja a lakosság egészségi állapotát és életkilátásait.

A lakosság egészségi állapotát kedvezően befolyásoló eredmények várhatók azoktól a 2000-től beindított programoktól, melyek környezetkímélő eszközökkel segítik elő a versenyképességet.

A hazai gazdaságban a tisztább termelés, a környezettudatos technológia- és termékfejlesztés eredményeként mérséklődő környezetterhelés várhatóan az egészségkárosító hatások csökkenését is eredményezi.

Dolgozatomban vizsgált tényezők:

- élelmiszerbiztonság,
- levegőminőség,
- vízminőség, szennyvízkezelés,
- települési környezet, hulladékgazdálkodás,
- munkahelyi környezet.

Élelmiszerbiztonság

Az élelmiszer adalékanyagokkal és az élelmiszerekben előforduló kémiai szennyezőanyagokkal kapcsolatos hazai előírások összhangban vannak a fejlett országokéval. Az élelmiszerhigiéniai szabályozásban az ellenőrzés a HACCP rendszer keretében zajlik. A 2002. január 1-jétől kötelező HACCP rendszer célja, hogy az élelmiszerek biztonságát megteremtsék, a lehetséges veszélyeket és kockázatokat kiszűrjék azáltal, hogy az élelmiszer előállításban, kereskedelemben, vendéglátóiparban az egységek vezetői, dolgozói is részt vesznek annak kialakításában, hogy az általuk gyártott, forgalmazott élelmiszerek ne veszélyeztessék a fogyasztók egészségét.

Levegőminőség

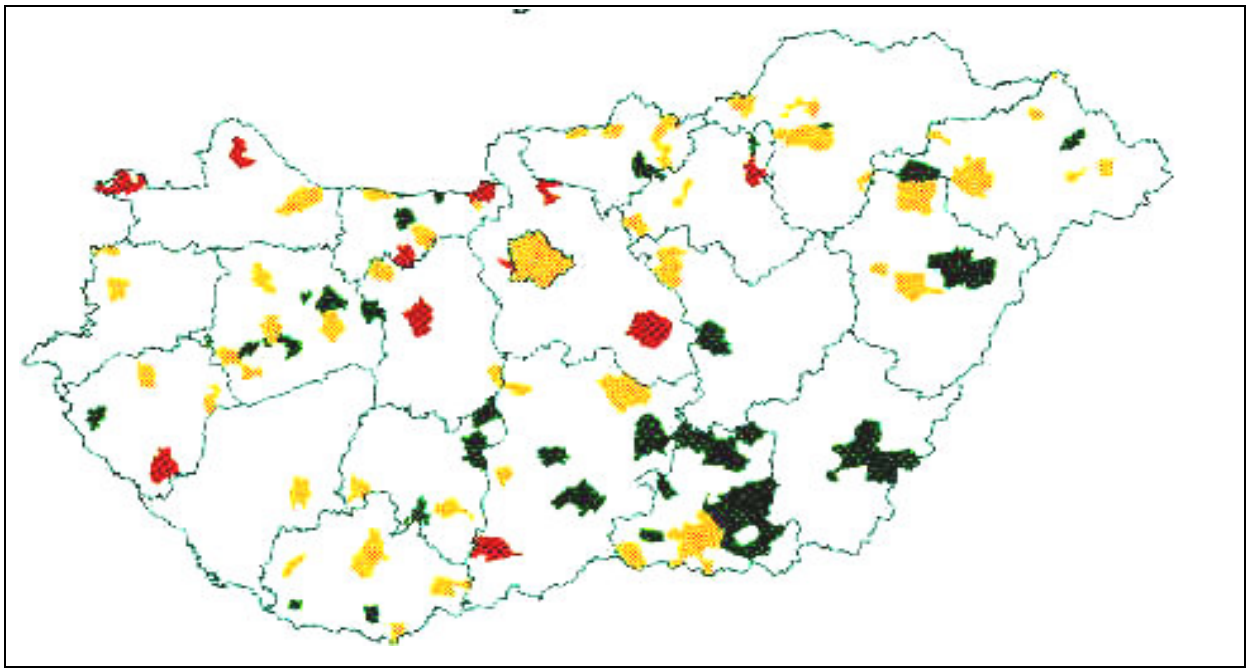
A szennyezett levegő fő oka a közúti közlekedés, a távfűtés és az allergizáló tényezők. A levegőszennyezés legfontosabb elemei a szén-dioxid, a szén-monoxid, a kén-dioxid és a nitrogén-oxidok.

Az ipari termelés visszaesése következtében az ipar által okozott levegőszennyezés is csökkent.

Az elsősorban a belső égésű motorok kipufogógázaiból származó nitrogén-oxid kibocsátás mennyisége évről évre növekvő. A katalizátoros autók térhódításával csökkent a levegő szén-monoxid tartalma.

Emelkedik az allergia, az asztma, az idült légzőszervi megbetegedések száma, nő a tüdőrák gyakorisága. A nyilvántartott szénanáthás betegek száma az elmúlt tíz évben megtízszereződött, míg az asztmásoké háromszorosára nőtt.

Különösen nagy környezetegészségügyi probléma a rendkívül erősen allergizáló pollent termelő parlagfű. Elterjedését nagymértékben elősegítette az a tény, hogy a termőföldek magán kézbe adását követően óriási mértékben megnőtt a - sokszor elérhetetlen tulajdonosok kezében lévő - műveletlenül hagyott területek nagysága. Magyarországon a parlagfű mintegy 4 millió hektár területen fordul elő, míg a gyommal erősen fertőzött területek nagysága meghaladja 700 ezer hektárt. Legfertőzöttebb területek a dél-nyugati megyék, a Balaton és Budapest környéke, valamint az Alföld és a Kisalföld egyes körzetei. Szakemberek szerint minden második allergiást sújtja a parlagfű. A gondozatlan környezetből származó aeroallergének csökkentését a települési önkormányzatok és a civil szervezetek számára nyújtott, vegyszermentes gyommentesítés előtérbe helyező támogatások, pályázati lehetőségek segítik.



Megfelelő Mérsékelten szennyezett Szennyezett

11. ábra: Magyar városok levegőminősége, 1995-2000 között

Forrás: Nemzeti Környezet-Egészségügyi Akcióprogram, 2000

Vízminőség, szennyvízkezelés

A lakosság egészségét vízhigiéne szempontjából elsősorban az ivóvíz és a természetes fürdők minőségi állapota befolyásolja.

A nitrit, nitrát, bór, fluorid határértéket meghaladó jelenléte fontos közegészségügyi problémaként mintegy 180 települést (kb. 200 ezer lakost) érint.

Magyarországon az ivóvíz által jelentett arzénveszély 1,2 millió embert érint, közülük 20 ezren különösen veszélyeztetettek. Az arzén – mely már nyomnyi mennyiségekben is sejtmérgező, rákkeltő, mutagén hatású – az arzéntartalmú vizet fogyasztó emberek szervezetében évek alatt halmozódik fel, és jelentős károsodást okoz. Hazánkban az ivóvíz arzéntartalma különösen Délkelet-Magyarországon és a Mecsek környékén magas.

A lakosság körülbelül 80%-a alacsony jódtartalmú vizet fogyaszt, ez a golyva gyakori előfordulásához vezet.

A talajvizek nitráttartalma régóta jelentkező probléma a Kisalföldön és az Alföldön.

Míg a vezetékes ivóvízellátás csaknem teljes körű, a szennyvízcsatorna- hálózatba bekötött lakások aránya 2002-ben 56,0%, a településeké 36,9% volt.

Települési környezet, hulladékgazdálkodás

Nőtt a zaj- és rezgésforrások száma, és növekedett a lakosság zajérzékenysége a fokozódó zavaró hatásnak tulajdoníthatóan.

A környezeti zajforrások közül a közúti közlekedés a leginkább zavaró tényező (a megengedett 60-65 dBA feletti). A 85 dBA feletti zajok halláskárosodást okozhatnak.

Környezetegészségügyi szempontból meghatározó a hulladékgazdálkodás, a hulladékkezelés módja, a hulladéklerakók rendszeres ellenőrzése.

Magyarországon évente 300-450 kg/fő háztartási és ahhoz hasonló ipari-kereskedelmi hulladék keletkezik, amely jelenleg nagyrészt lerakásra kerül. A fejlett országokban e hulladékok jelentős részét hasznosítják.

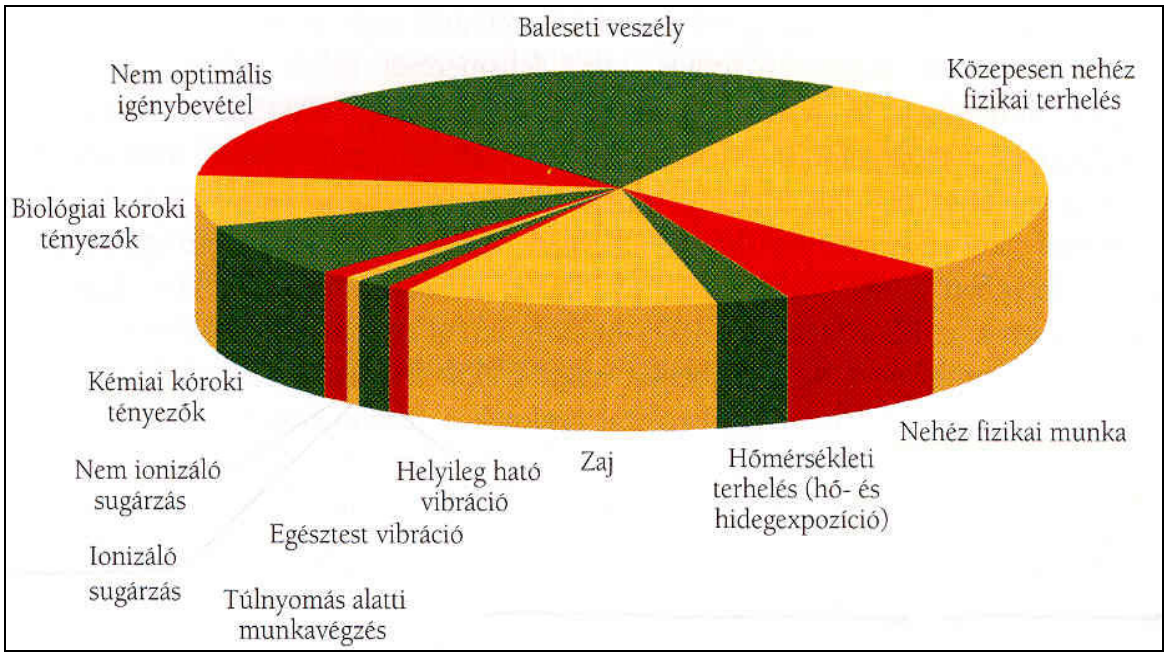
A törvényben szabályozott hulladékgazdálkodás Magyarországon legfontosabb célkitűzésként az emberi egészség védelmét fogalmazza meg.

Munkahelyi környezet

Életünk nagy része munkában, munkahelyünkön zajlik. A munkahelyi esztétikai, munkavédelmi szempontok az idegrendszer egészségét és a fizikai teljesítőképességet is jelentősen meghatározzák. A munkahely lelki egészség védelmében is elsőrendű az emberi, a munkatársi kapcsolat. Munkatársak és kollégák, főnökök és beosztottak sokat tehetnek egymás lelki egészségéért. A jó emberi kapcsolat, kölcsönös megbecsülés nemcsak magát a munkát, hanem az organizációt és fejlesztést is segítheti.

A munkának is lehetnek pszichés károsító hatásai, mivel a rossz munkakörülmények, a rossz szervezés, hajszolt tempó feszültségkeltő, nyugtalanító, konfliktust okozó károsító hatásával ugyancsak számolnunk kell.

A hazai leggyakoribb munkahelyi kockázati tényező a fizikai megterhelés, a baleseti veszély a zaj és a nem optimális ergonómiai igénybevétel.



12. ábra: Munkahelyi terhelésnek és kóroki terhelésnek kitettek megoszlása Magyarországon 2001-ben

Forrás: OSAP jelentés, 2002

Az egészségügyi ellátás iránti szükségletet az említett tényezőkön kívül számos hatás befolyásolja. A dolgozat terjedelme nem teszi lehetővé a részletesebb elemzést.

A továbbiakban az egészségi állapot mérésének két legismertebb módszerét ismertetem.

1.4.1.5. Az egészségi állapot mérése

A várható élettartam mutatók nem képesek önmagukban rámutatni a halálozást okozó megbetegedési és egyéb tényezőkre, arra sem, hogy a betegségben tartósan szenvedők helyzetét figyelembe vegye, az egészségi állapotra rámutasson.

Az egészségi állapot mérésének két legismertebb módszere:

- QALY[27]
- DALY[28].

Az egészségnyereség vizsgálat fontos, mert az egészségügyi intézmények munkája ez alapján is értékelhetővé válik. Egészségnyereség: az egészségügyi rendszer által elérhető és mérhető eredmények összessége, pl:

- a megbetegedések számának csökkenése,
- az egészségi állapot javulása,
- az egészségesen, illetve funkcióvesztés nélkül eltöltött életévek számának növekedése,
- a születéskor várható átlagos élettartam növekedése.

Az egészségügyi ellátás eredményeként keletkezett haszon = outcom, mérésének egyik leggyakrabban használt módszere az ún. QALY (guality adjusted life years) módszer, ami életminőség javulásával korrigált életnyereség. QALY kutatásnál kérdőíveket (általános életminőség, betegség-specifikus) használnak. Második fázisban össze lehet vetni a pénzben kifejezett ráfordításokkal. A hatékonyságot az fejezi ki, hogy hány forintba kerül 1 életminőséggel korrigált életév megnyerése.

A QALY módszer alapján Clinton elnök aláírásával 1994-ben közpénzből finanszírozott gyógyító eljárások ¼-e törlésre került, tehát a minimum csomagot ez alapján állították össze.

Kérdés: hogyan egyesítsük az élettartam meghosszabbodását az életminőség javulásával egyetlen mérőszámban. Sajátos megoldás: jó egészségi állapotban leélt életév 1 pont. Funkcióvesztéssel leélt életév pl. 0,8 pont. Az élettartam meghosszabbodásának értékét tehát úgy kell kiszámítani, hogy a megmentett személy életminőségét megszorozzuk a számára biztosított többlet életévek (pl. 5 év) számával: 0,8 x 5 = 4 QALY nyereség.[29]

---

27 QALY: az egészségi állapot javulásának a költséghasznosság elemzésben általánosan használt hasznossági mértékegysége, amely kombinálja (összeszorozza) az élettartam és az életminőség javulásában testet öltő nyereséget.(Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséhez [2002] Egészségügyi Közlöny LII. évfolyam ll. szám)

28 DALY: a várható élettartam csökkentve az elszenvedett funkcióvesztéssel, képesség megváltozása. .(Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséhez [2002] Egészségügyi Közlöny LII. évfolyam ll. szám)

29 Marc J. Roberts (1999)

DALY (disability adjusted life years) egyszerűen, a betegség által okozott veszteség.
Nagy (2001) munkájából: az egy lakosra jutó átlagos veszteség 0,1673 DALY. Ez az érték 2,46-szor magasabb a fejlett piacgazdaságú országok értékénél, és 0,29%-kal magasabb a volt szocialista országok átlagánál. Tehát relatíve nagy a megbetegedésekből származó veszteségünk.

1.4.2. Az egészségügyi szükséglet oldaláról megfogalmazható feladatok

Politikai és társadalmi közmegegyezésen alapuló, hosszú távú, konzisztens és sokoldalú népesedéspolitika kidolgozása, amely megvalósítható, reális célokat tűz ki, és választási ciklusokon átnyúló időtávval számol.

Kitűzendő célok:

- a népességszám csökkenésének mérséklése,
- a népesség állapotának javítása,
- a teljes termékenységi arány emelése / a várható alapirányzat szerény emelkedést jelez, de nem közelíti meg a népesség utánpótlásához szükséges értéket /,
- A születéskor várható élettartam növelése; ennek a célnak a megvalósítása a leginkább valószínű.

A megvalósítás eszközei:

- A népesedéspolitikának pénzügyi, társadalmi, szociálpolitikai, társadalomlélektani összetevői vannak, mindezeket együtt célszerű számításba venni.
- Szükséges a népesedési viszonyok rendszeres tudományos igényű elemzése, az intézkedések hatékonyságának rendszeres vizsgálata.
- Szükséges a demográfiai jelenségekkel kapcsolatos tevékenység *kormányszinten* történő, intézményes kereteinek létrehozása, illetve a meglevő kezdemények áttekintése.
- Kívánatos a több központos demográfiai kutatás és demográfus képzés feltételeinek megteremtése.
- Kívánatos lenne, hogy ezzel a szakterülettel foglalkozó kutatóknak nagyobb súlya és több lehetősége legyen a tudományosan megalapozott, ideológiától mentes szakmai

tevékenység koordinálására, illetve az ilyen tevékenységnek az egyes kutatóhelyek intézményes keretei között történő végzésére.

A feladatok megvalósításában nagy szerepet játszik az egészségügyben végbement változások, mindenek előtt a finanszírozás helyzete, az egészségügyre fordított források alakulása.

2. TÖRTÉNELMI GYÖKEREINK AZ EGÉSZSÉGÜGY GAZDÁLKODÁSÁBAN, KIEMELTEN A FEKVŐBETEG - SZAKELLÁTÁS TERÜLETÉN

2.1. A feudalizmus korszakában

A honfoglalás idejében a népesség száma, az őslakosság beszámításával nemigen haladta meg az egymilliót. A népesség lassú szaporodása a járványok pusztításával (lepra, pestis, malária, szifilisz) kapcsolatos. Kezdetben táltosok végeztek gyógyító tevékenységet, majd a papi, kolostori orvoslás következett (Hahn, 1960).

Hazánk területén az első beteggondozó házakat kolostorokban létesítették (Pécsváradon, Pannonhalmán). Az első – nem a kolostor falai között működő - kórházakat a XI. században a betelepülő betegápoló lovagrendek alapították (johanniták, lazarenusok) (Kapronczay, 2000). A selmecbányai kórházat 1224-ben alapították, 1292-ben Nagyszeben, majd a XIV. században Pozsony, Sopron, Buda, Szombathely létesített városi kórházat. A kórházak fenntartását hagyatékokból, adományokból, a céhek járulékaiból fedezték (Hahn, 1960). Az önsegélyezés és a közös kockázatviselés csírái már a XIII-XIV. században fellelhetők voltak. Ennél fejlettebb forma a közös munkahelyen, vagy azonos szakmában dolgozók társulása. Az első ún. bányásztársláda 1469-ben alakult, egy olyan intézmény volt, amely a tagoktól levont befizetésekből és a bányatulajdonos hozzájárulásából nyújtott támogatást a tagok és a családtagjaik számára (Mihályi, 2003). Magyarországon az egészségügyi ellátás a XV. század végén jelentősen megközelítette a fejlettebb országok színvonalát. A továbbiakban azonban az ország gazdasági és társadalmi hanyatlásnak indult. A török megszállás alatt csak Erdélyben és a Felvidéken maradtak fenn kórházak. A Habsburg uralom alatt az ország hadszíntér volt (Hahn, 1960). A XVII. század nagy hadműveleteikor az egyház ideiglenes tábori kórházakat szervezett, például 1685-ben Kollonich Lipót esztergomi érsek városában katonai kórházat (Kapronczay, 2000).

Az osztrák császári hadakkal orvosok is kerültek be az országba, akik tudatlanságáról még a bécsi udvar is megállapította: „másutt nem kellenek, de elegendő tapasztalatuk sincsen, és Magyarországba jönnek, hogy itt sok temető megtöltése árán, gyakorlatilag tanuljanak valamit.”[30] A XVIII. században, a teljes gyarmatosítás korában a pestisjárványok, himlő fenyegették az osztrák fővárost, az 1723-as LXX. törvény kötelezte a városokat és

30 Győry T, [1936]: Az orvostudományi kar története, Budapest

községeket, hogy az elszegényedett betegek ápolásáról maguk gondoskodjanak. Néhány kórház létesült is ebben az időszakban: Pécsett (1720), Egerben (1730).
1738-ban megalakították az országos egészségügyi bizottságot. E bizottság feladata nemcsak a járvány elleni küzdelem irányítása, hanem az egész egészségügyi ellátás minimális mértékének biztosítása volt. A falusi orvosi ellátás teljesen hiányzott, a városi kórházak szegényház jelleggel működtek. Az előbbi törvény hatására 1740-ben Magyaróváron, 1745-ben Jászberényben építettek kórházat 15-20 ággyal (Hahn, 1960).
Az állam fontos feladatának tekintette az egészségügyet és 1756-ban országos közalapítványt létesített, ahonnan a városok és a vármegyék kórházépítési kölcsönt igényelhettek. Így épült 1769-ben Nagykanizsán, 1773-ban Győrött, 1777-ben Szolnokon kórház. Ezt a közalapot egyesítette 1786-ban II. József a feloszlatott szerzetesrendek vagyonából származó pénzalappal. Ebből épült többek között 1786-ban a pesti Szent Rókus Kórház (240 ágyas).
A XIX. század elején felgyorsult a hazai kórházépítés, 1840-es nyilvántartás szerint a történeti Magyarország területén kilencvenkét – nagyrészt kis ágyszámú – kórház működött, körülbelül háromezer betegággyal (Kapronczay, 2000).

2.2. A kapitalizmus korszakában

Az 1867-es kiegyezés után a teljes egészségügy a Belügyminisztérium felügyelete alá került. A kórházak fenntartásának forrása az állam által átengedett adókból, alapítványokból, közadományokból tevődött össze. Pontosan meghatározták az egy betegágyra jutó ellátási minimumot, amelyet a beteg, a fenntartó a kórházban kiegészíthetett.
A kórházi ellátás térítési rendjét, működési alapszabályzatot, stb. az 1875. évi III. törvénycikk szabályozta, amely a múlt század végi rohamos fejlődést meghatározta. 1877-ben kórházépítési normákat az európai követelménynek megfelelően állapították meg (az egy betegre jutó légköbméter, szellőztetés, fűtés, osztályok elhelyezése, stb.). Így épült a fővárosban a Duna jobb partján háromezer, a bal partján kétezer betegágy. 1885. Erzsébet Királyné Kórház (mai Sprotkórház), 1885. Szent István Kórház, 1895. Új Szent János Kórház, Szent László Kórház, 1898. Szent Margit Kórház. 1907. Budai Irgalmas Kórház. (Kapronczay, 2000).
A kapitalista fejlődés fokozta a különbségeket a lakosság egyes rétegeinek életkörülményei között. Budapest burzsoá kerületei és munkáskerületei között éles különbség nyilvánult meg

mind a csecsemőhalandóság, mind a tuberculosis-halandóság terén. Az orvostudomány fejlődése elsősorban az uralkodó osztályoknak kedvezett.

Az 1876. XIV. törvénycikk a közegészségügy rendezéséről a magyar egészségügy múltjának legjelentősebb jogszabálya. A törvény két részből áll. Az első rész egészségügyi intézkedésekkel foglalkozik. Előírja a kórházak létesítését. Meghatározza a járvány elleni küzdelem teendőit, kötelezővé teszi a himlőoltást.

A törvény második része a közegészségügyi szolgálatot szabályozza. Előírja a községek közegészségügyi feladatait, a városok és nagyobb községek orvostartási kötelezettségét (6000 lakosra községi orvos, illetve körorvos, 500 lakosra szülésznő).

Nemzetközi viszonylatban is jelentős, amely az akkori időkben hozott angol és svéd törvényeket túlhaladva, egységbe foglalta az egészségügy legkülönbözőbb ágait, beleértve a gyógyító ellátást is. Az állam kötelességének minősítette az egészségügyi helyzet ellenőrzését, közegészségügyi intézkedések megtételét. A törvény legnagyobb hiányossága, hogy teljes végrehajtására a kormányzat nem is gondolt. Nem biztosított pénzt a szükséges intézkedések végrehajtásához.

Midőn a sebészet fejlődése, a diagnosztika és a terápia technikai irányban való haladása növelte a kórházak szerepét, Magyarországon is megindult a kórházfejlesztés. A vidéki kórházfejlesztést nagymértékben akadályozta az a körülmény, hogy a gazdaságilag fejletlen megyék éppen azok, amelyekben a kórházi elhelyezést igénylő betegek száma is a legnagyobb volt, képtelenek voltak előteremteni a szükséges anyagi eszközöket. Jelentős mértékben könnyített a helyzeten az Országos Betegápolási Alap, amelyet 1898-ban létesítettek. Ezt a központi alapot pótadó kivetésével biztosította az állam. Megtérítették belőle az ország összes kórházába felvett szegénybetegek ápolási költségeit, sőt kórházfejlesztési hitelek juttatására is felhasználták.

Magyarországon 1881-ben 278 kórház működött tízezer betegággyal, 1914-ben pedig 426 kórház negyvennégyezer betegággyal. Ez tízezer lakosra huszonöt betegágyat jelentett, ami európai szinten sem volt lebecsülendő.

A XIX. század végén felismerték, hogy az egészségügyi helyzet javításához nem elegendő a technika és a bakteriológia, hanem szükséges a szociálhigiéne is. „Farkas Jenő közegészségügyi felügyelő leszögezte: Gondoskodnunk kell arról, hogy a lakosság minél kiterjedtebb rétegei oly módon élhessenek, amint az elkerülhetetlenül szükséges arra, hogy ne képezzék a tüdővésznek valóságos tenyésztalaját.”[31]

31 Dr. Hahn Géza (1960)

Nagymértékben rontotta a magyar nép egészségügyi helyzetét az első világháború. A háború elején behurcolták a kolerát, újból himlőjárvány ütötte föl a fejét, és emelkedett a hastífuszos, a kiütéses tífuszos megbetegedések száma. Magyarországon is sok áldozatot követelt az 1918. évi „spanyoljárvány". Súlyosbították a lakosság egészségi állapotát az orvosi ellátás nehézségei. A kórházi ágyaknak több mint felét katonai célokra tartották fenn. Egyébként a hadsereg egészségügyi ellátása is korszerűtlen volt (Hahn, 1960).

„Scholtz Kornél a Magyar Kórházszövetség első elnöke az I. világháború utáni helyzetet l931-ben így jellemezte: Magyarország legnagyobb és legjobban berendezett gyógyintézetei azokban az alföldek peremén levő, magas kultúrájú, virágzó városaiban épültek, amelyeket az ország testéről leszakítottak. Elvesztettük ezzel a megcsonkítással az egyetemi klinikákká fejlesztett pozsonyi, a háború alatt épült kassai állami kórházakat, a szatmárnémeti, nagykárolyi, nagyváradi, aradi, temesvári és szabadkai nagy közkórházakat, az ottani gyermekmenhelyeket, bábaképző és más egészségügyi intézeteinket, amelyeknek gondozottjai legalább felerészben az alföldi magyarságból kerültek ki. Az Alföld nagy részének betegei a központi fekvésű és a perifériákon itt-ott megmaradt intézetekbe zsúfolódtak össze."[32]

A társadalmi rendszer forradalmi megváltoztatásának megfelelően a Tanácsköztársaság az egészségügyi ellátást is merőben új alapokra helyezte. Állami feladatnak nyilvánították az egészségügyet. A Tanácsköztársaságban az államosítás, a szó valódi értelmének megfelelően az összes egészségügyi intézmények, kórházak, rendelőintézetek, gondozók, tanácsadók, gyógyfürdők, gyógyszertárak, gyógyszergyárak köztulajdonba vételét jelentette. Az egész lakosság számára ingyenessé vált a kórházi ellátás. A kórházi ágyak számát 8000-rel emelték. Ezrek vettek részt a köztisztasági mozgalmakban, széles körben érvényesült a megelőzés.

A Tanácsköztársaság leverésre után a nagytőkések és nagybirtokosok legreakciósabb rétegeinek uralma, a Horthy-fasizmus korszaka nehezedett a magyar népre. E korszakban erősen jelentkezett a születésszám-csökkenés, 1920-ban a születési arányszám 1.000 lakosra 31,4 volt, 1938-ban 19,9. Új vonása volt az egészségügynek e korszakban a megelőző jellegű intézmények hálózatának jelentős fejlesztése. Szükségessé tették ezt az ilyen intézmények működése terén szerzett kedvező külföldi tapasztalatok is. Emellett az uralkodó osztályok és az érdekeiket képviselő politikusok a megelőzést csak tanácsadás vagy ellenőrző tevékenység formájában, olcsó intézmények létesítésével, a „filléres egészségüggyel" akarták megoldani s

32 Dr. Szabadfalvi András (2002)

egyszersmind ezzel kívánták indokolni a széles néprétegek gyógyító ellátására fordított költségek csökkentését. A megelőzés intézményhálózata, a többi tőkés országéhoz hasonlóan a gyógyító intézményektől elkülönítve alakult ki, és fejtette ki működését. Irányító központja a fővároson kívüli területre vonatkozólag az Országos Közegészségügyi Intézet (OKI) lett, amely külföldi támogatással létesült, és 1927-ben kezdte meg a működését. Az intézet különösen járványügyi vonalon fejtett ki jelentős tevékenységet bakteriológiai, parazitológiai, serologiai vizsgálatok, oltóanyag-termelés és ellenőrzés, járványügyi nyilvántartás és helyszíni járványügyi vizsgálatok formájában. Az intézet létesítése a továbbiakban lehetővé tette a fertőző betegségek kötelező bejelentésének, a hivatalos laboratóriumi vizsgálatoknak, a diftéria és a hastífusz elleni védőoltásoknak az elrendelését. Ezeknek az intézkedéseknek az eredményeképpen különösen a hastífusz- és a diftéria-morbiditás jelentősen javult. A tüdőbeteg- és nemibeteg-gondozó intézetek fejlesztése a 1940. VI. törvénycikk megjelenése után gyorsult meg.

Az egészségvédelmi intézmények létesítése önmagában a lakosság egészségügyi ellátását fejlesztő intézkedés lett volna, ha nem járt volna a gyógyító intézmények fejlesztésének visszaszorításával. A kórházi ápolás 1930 után anyagilag is hozzáférhetetlenebbé vált. Az állam nem térítette meg, mint eddig, a szegénybetegek teljes ápolási költségeit, hanem csak egy, annak tört részét jelentő átalányt. Emiatt a kórházak igyekeztek a szegénybeteg-felvételt korlátozni. A ráfizetés elkerülése végett egész kórtermeket vontak ki a forgalomból.

1920-ban a hazai betegellátást 183 kórház szolgálta 26 ezer betegággyal, tízezer lakosra összesen 11 betegágy jutott.

A nehéz gazdasági helyzet ellenére a meglévő intézmények bővítését, korszerűsítését, újak építését valósította meg a kormány, így 1930-ban 233 intézet mintegy 40 ezer ággyal működött. A nagy gazdasági válság idején a második kórházépítési program keretében a fővárosban 1932-ben a mai Bajcsy-Zsilinszky Kórház, az OTBA (ma SOTE Gyakorlókórháza), 1933-ban a MAGI (ma a Péterfy S. u. Kórház), 1934-ben a Szent Imre Kórház első épületei, majd 1936-ban az Országos Traumatológiai Kórház.

1939-ben tízezer lakosra 47 betegágy jutott.

A II. világháborút megelőző években az ország kórházai nagyon egyenlőtlenül oszlottak el. Míg az ország dunántúli részein a kisebb községek egész sorában van kórház, addig a Duna-Tisza közén és a Tiszán túli részeket a nagyobb városokban sincs.

A második világháborúban kb. 20 ezer betegágy semmisült meg. A második világháborút lezáró trianoni békeszerződés után Magyarország területén a kórházügyben igen súlyos

helyzet alakult ki. 1945 után jelentős mennyiségű kórházi felszerelést nyugatra hurcoltak (Hahn, 1960).

2.3. A szocializmus korszakában

A szocialista egészségügy kibontakozásának időszakában javult a magyar nép egészségügyi ellátása és egészségi állapota.

Magyarországon az Alkotmány (1949. évi XX. törvény) mondja ki a területén élők jogát a „lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez" [70/D.§ (1) bekezdés], melyet a „munkavédelem, az egészségügyi intézmények és az orvosi ellátás megszervezésével, a rendszeres testedzés biztosításával, valamint az épített és a természetes környezet védelmével" [70/D.§ (2) bekezdés] kell megvalósítani. Az állam ezt a kötelezettségét a társadalombiztosítás útján és a szociális intézmények rendszerével valósítja meg [70/E.§ (2) bekezdés].

A kórházak döntő többségét államosították.

Az újjáépítési program keretében az épületkárokat lehetett helyrehozni. 1950-es évek elején a kórházi betegágyszám megduplázása során figyelmen kívül hagyták az addig érvényes kórházi normákat és alapvető torzulás lett a következménye. Az alanyi jogon járó betegellátásban voltak eltérések kórház és kórház között. Elkülönült az „elit" kórház és a közkórház.

A helyzet ellentmondásosságát jellemzi, hogy az egészségügyi kormányzat kiváló szanatóriumi hálózatot épített ki, amivel a tuberkulózis leküzdhetővé vált, valamint európai színvonalú szakmai centrumok épültek, például Országos Kardiológiai Intézet.

1960-tól a falusi lakosság is alanyi jogon vehette igénybe a kórházi ellátást, így kevésnek bizonyult a vidéki kórházak és férőhelyek száma. Ehhez kapcsolódik a harmadik kórházépítési program, ami az 1960-as években zajlott le. 1960-ban épült a szolnoki, l961-ben a dunaújvárosi, 1965-ben az orosházi, l967-ben a salgótarjáni, 1968-ban a siófoki, l969-ben a hatvani, l970-ben a dombóvári kórház.

A finanszírozás az erősen központosított költségvetési gazdálkodás része volt, az igazgatási feladatokat a Szakszervezeti Társadalombiztosítási Központ (SZTK) végezte.

1972-től állampolgári jogon minden magyar állampolgárnak jár a döntően térítésmentesen igénybe vehető egészségügyi ellátás (1972. évi II. törvény). 1968-hoz képest az 1972-es évben a biztosításba bevont lakosok száma 375 %-ra növekedett (Mihályi, 2003).

A legnagyobb szabású kórházépítési program (kórházcentrikus fejlesztési program) az l970-es évek elejétől az l980-as évek derekáig bontakozott ki. „ A kórházcentrikus fejlesztés kevés eszközzel, egyenetlenül, nem a morbiditásra építve (…), sokszor átgondolatlan beruházással történt. Az ágyszámfejlesztés volt a fejlődést jelző legfőbb mutató, sok esetben ugyanarra a négyzetméterre, ugyanarra a kiszolgáló helyiségre és infrastruktúrára került az eredeti négyzetméterek normájánál lényegesen több ágy. Hetven- és százéves kórházak elavult terei adták ehhez a fejlesztéshez a kereteket."[33] A kazincbarcikai, a nagyatádi, a kecskeméti, a veszprémi, a délpesti kórházakat építették és 18 megyei és városi kórház rekonstrukcióját végezték el.

A kórházfejlesztést a Varsói Szerződés katonapolitikai doktrínája (egy esetleges Ausztria és Észak-Olaszország ellen indítandó támadás szándéka) is támogatta.

A rendszerváltás folyamatában az önkormányzati törvény (1990. évi LXV. tv.) a helyi önkormányzatok feladatává tette az egészségügyi ellátásról való gondoskodást. Az önkormányzatok a beruházások finanszírozását keretszámok alapján végezték, a költségvetés pedig a maradékelv alkalmazásával a működést finanszírozta.

Mihályi (2003) szerint az egészségügy a nemzeti jövedelemből több erőforráshoz jutott, mint amit a gazdaság fejlettségi szintje önmagában indokolt volna.

1990-ben tízezer lakosra 99 betegágy jutott (90234 betegágy volt) (Kapronczay, 2000).

2.4. A gazdasági rendszerváltás korszakában

Kornai János (1998) az egészségügyi reformmal kapcsolatban a következő irányelveket tartotta fontosnak:

Az átalakítások során arra kell törekedni, hogy az egyének szerepe nőjön, az állam szerepe pedig csökkenjen a jóléti szolgáltatások szférájában. Ez összecseng az állami redisztribúció még mindig magas, ám csökkenő arányával (mely az elmúlt hét-nyolc év alatt kb. 60%-ról 45%-ra csökkent) valamint a nemzetközi tendenciákkal is.

Szolidaritás: A hátrányos helyzetűek, a bajba jutottak segítése. Ez az elv az európai egészségügyi rendszerek alapja, azaz az egészségügyi ellátás, a biztosítási díj, a hozzájárulás

[33] Losonczi Ágnes (1998)

mértékének kalkulálása nem kockázati alapon történik, hanem a szolidaritás elve alapján, jövedelemarányos járulék fizetésével.

Az állami tulajdon és szabályozás ne legyen monopol. Legyen verseny a különböző tulajdonformák és "koordinációs mechanizmusok" között. Téves felfogás az, amikor az állami szolgáltatásnyújtást tartjuk a legbiztonságosabbnak, hiszen annak bármilyen problémája esetén nincsen alternatíva ami beléphet: a megoldás: "diverzifikáljunk!". Ez az alapelv is meghatározó kell legyen a hazai reform során, hiszen mind a szolgáltatók, mind a finanszírozók terén szerte Európában változatos formák működnek egymás mellett, amellett, hogy az egyik vagy másik forma dominálja a rendszert.

Az előző elvvel összefüggésben, a reform során létrejövő tulajdon- és szabályozási formák fontos kritériuma legyen, hogy azok hatékonyságra ösztönözzenek. A fejlettebb világ minden állama az egészségügyi kiadások korlátozásán fáradozik, azaz annak kontrollálására minél hatékonyabb módszereket próbálnak találni. Nekünk meglehet az az előnyünk, hogy az ott kikísérletezett módszerek közül a beváltakat próbáljuk meg a hazai viszonyokra adaptálni.

Az állam új szerepkörét a jóléti szektorban Kornai a következőkben látja: a törvényes keretek előírása, a nem állami intézmények felügyelete, "végső" biztosítás és segítségnyújtás, azaz az alapvető egészségügyi ellátás hozzáférhetősége mindenki számára. Közismert, hogy a piaci kudarc esetein az állami beavatkozás próbál korrigálni. Azonban annak eldöntése, hogy az alapvető ellátás határai konkrétan hol húzódjanak meg, már alkufolyamatok tárgya kell legyen az érintettek között.

A reform folyamata során legyenek a lépések átláthatóak, világosak a lakosság számára, időt kell hagyni a változások evolúció szerű lefolyására, valamint az ahhoz történő adaptációra. Legyenek harmonikusak az arányok a beruházásra, valamint működtetésre felhasznált erőforrások között. Végül pedig az állam legyen képes folyamatosan finanszírozni kötelezettségvállalásait.

Az egészségügy területén csak 1992 második felében kezdődött el a gazdasági rendszerváltás, óvatosan, lassan, alapvetően nyugati tapasztalatok adaptációjával.

A közgazdasági és társadalmi összefüggések mélyebb megismerése időközben felszínre hozott több olyan korábban ismeretlen problémát, amelyek az addigi gyakorlatban - ismeretek hiányában - fel sem merültek, módosítást tettek szükségessé.

Hogyan lehet a nálunk kialakult gyakorlatnál olcsóbban és hatékonyabban gyógyítani úgy, hogy közben a pácienset ért kellemetlenségek egyre jobban minimalizálódjanak.

Reálisan mennyi kórházi ágyra van szükség Magyarországon. Ugyanakkor Kapronczay (2000) megállapítja, hogy az aktív kórházi ágyak mellett a krónikus ágyak másodlagossá váltak.

Az *első kormány (Antall-kormány 1990-1994)* az egészségügyi intézményhálózatot önkormányzati tulajdonba adta.

1991-ben a kormány Nemzeti Megújhodás Programjában rögzítette az alapvető célokat:

- csökkenteni az egyes országrészek, illetve társadalmi rétegek közötti egészségi állapotkülönbségeket,
- serkenteni, hogy a nép teljes mértékben kifejleszthesse és kiaknázhassa fizikai és szellemi képességeit, egészséges módon tudjon megfelelni a környezete által szabott követelményeknek,
- csökkenteni a betegségek gyakoriságát, a rokkantság arányát,
- mérsékelni a korai halálozást, növelni a születéskor várható élettartamot (Bajtay, 1991).

Miniszteri rendelet alapján a kórházakban hármas kollegiális vezetés elvét (orvosi-, gazdasági-, ápolási igazgató) alkalmazták. 1992. július 1-től megszűnt az egészségügyi ellátások állampolgári jogosultsága, helyébe a biztosítási alapú ellátás került. Ez a változás a Szemaskó rendszer bismarcki rendszerre történő áttérése.

Az 1987-ben elkezdett HBCS-kísérlet 1993 közepén került a kórházakban kötelezően bevezetésre. 1993-ban megkezdte működését az Országos Egészségbiztosítási Pénztár. Engedélyezett kórházi ágyak száma 1990. év végén 104 686 (Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2001).

A *második kormány (Horn-Kuncze kormány 1994-1998)* alatt az ingyenes egészségügyi ellátások szűkítésre, a kórházi ágyszám csökkentésre került.

A Bokros-csomag előírása, a kapacitás-törvény alapján 1996-ban 18 ezer kórházi ágy megszüntetésével 15-20 milliárd forint megtakarítást reméltek. A végeredmény csupán 200-300 millió forint lett (Losonczi, 1998). A Bokros-csomag részeként vezették be az egészségügyi hozzájárulást (EHO).

1996-os kormányrendelet szakmai minimumokat határozott meg (részletesen szabályozta pl. a belgyógyászaton milyen eszköz, létszám, ágyszám szükséges a gyógyító tevékenységhez). 1997. utolsó napjaiban fogadta el az Országgyűlés az új egészségügyi törvényt. A CLIV. törvénnyel elkezdődött a magyar egészségügyben a privatizáció, ekkor privatizálták funkcionálisan az első laboratóriumokat, majd a kórházak egyes részlegeit, mint őrző-védő szolgálat, mosoda, konyha stb. Engedélyezett kórházi ágyak száma 1995. év végén 93 147 (Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2001).

A *harmadik kormány (Orbán-kormány 1998-2002)* új kórháztörvény bevezetését kezdeményezte az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásáról és az orvosi tevékenység végzésének formáiról szóló 2001. évi CVII. törvényt, az ún. „kórháztörvény”-t.

„Az első és legfontosabb teendő az egészségügyi prioritások kijelölése. Szervezett rendben, ágazati egészségpolitikai stratégiába foglalva Magyarországon ez a mai napig nem történt meg. Csak a társadalmi preferenciákon alapuló, a nyilvánosság bevonásával, konszenzusban születő prioritások meghatározása szolgáltathat alapot a makroszintű allokációhoz. Európában már néhol fellelhetők az alábbiakban felvázolt prioritások. Érvényesítésük a következő évtizedek magyar egészségpolitikájának fontos feladata:

- elsőrendű prioritás - akut életveszély elhárítása (baleset, súlyos fertőző betegségek, akut pszichiátriai kórképek, szülészeti szövődmények stb.);
- másodrendű prioritás - közepesen hosszú, vagy hosszú idő múltán életet veszélyeztető vagy súlyos fogyatékosságot kiváltó behatások (súlyos, krónikus rendellenességek, terhes gondozás, csecsemő- és ifjúság-egészségügy stb.);
- harmadrendű prioritás - bizonyított hatékonyságú egészségügyi szolgáltatások (magas vérnyomás kezelése, gyermekkori védőoltások, foglalkozás-egészségügy stb.);
- negyedrendű prioritás - kisebb hatékonyságú, de sokak által igényelt szolgáltatások (terhes nők rutinszerű UH-vizsgálata, in vitro megtermékenyítés, nem rehabilitációs célból történő gyógyfürdőkezelések stb.);
- nullarendű prioritás - olyan nagymértékben igényelt szolgáltatások, amelyek hatékonysága költséges, illetve kérdéses (orvosi javallat nélküli kozmetikai műtétek, olyan populációban történő szűrések, ahol a betegség rizikója nem emelkedett stb.)”[34]

A Kormány egészségügyi politikájának egyik vezérlő elve a betegségek megelőzése, ehhez az alkohol és a dohánytermékek jövedéki adójából képzett pénzügyi alapot.

34 Mikola István (1998)

A fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmények meghatározó része maradjon önkormányzati tulajdonban, de egyre nagyobb szerepet kell kapni a non-profit alapon működő szervezeteknek, nyitottá kell tenni a befektetni hajlandó magántőke előtt.

1999. január 1-től a járulékok beszedését és behajtását az APEH vette át.

Előremutató lépés volt az amerikai managed care formával hasonlatos kísérlet. Az irányított betegellátási modell (IBM) keretében regionális és ágazati HMO-k jöttek létre. 2001-ben elfogadták a Nemzeti Egészség Fejlesztési Programot és Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Programot, majd 2002-ben az Egészség Évtizede Népegészségügyi Programot.

Engedélyezett kórházi ágyak száma 2001. év végén 80 979 (Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2002).

A *negyedik kormány (Medgyessy-kormány 2002-2006)* új intézmény az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium (ESzCsM) néven folytatta az egészségügyi reformokat. A 2002-es választás, majd a kormányprogram markáns ígérete volt a jóléti rendszerváltás, és ezen belül az „Egészség évtizede" program. A program két fő eleme a népegészségügyi program kiterjesztett folytatása és az egészségügy konszolidációs – modernizációs programja. A kormány a konszolidációt több szakaszban hajtja végre. Célja, hogy a hazai össztermékből az egészségügyi közkiadások aránya számottevően növekedjen és az Európai Unió átlagához viszonyított lemaradásunkat egyharmadára kívánja csökkenteni. 2002. szeptemberétől az ágazat valamennyi dolgozója 50 %-os béremelést kapott. Az önkormányzati tulajdonnak a fenntartása mellett anyagilag is támogatja a kormány az intézmények közhasznú társasággá, gazdasági társasággá való átalakulását. Az egészségügyi szolgáltatókról és az egészségügyi közszolgáltatások szervezéséről szóló 2003. évi XLIII. törvényt 2003. december 15-én az Alkotmánybíróság eljárási hiba miatt hatályon kívül helyezte. A kormányprogram kiemelt kérdésként kezeli az irányított betegellátási rendszert, mint egy költségcsökkentési modellt.

2004. augusztusában az ESzCsM miniszter a TESZ (területi egészségszervező rendszer) bevezetését szorgalmazza. Az ellátásszervező helyett az egészségszervező kifejezést hangsúlyozza.

Engedélyezett kórházi ágyak száma 2002. év végén 81 520 (Gyógyinfok –MEDINFO).

3. EGÉSZSÉGÜGY FINANSZÍROZÁSA

Az állam redisztribúciós feladatával összefüggésben az egészségügy forrásait biztosítja, finanszírozza (pénzellátás).
Nemzetközi viszonylatban eltérő forrásbiztosítási, finanszírozási modelleket különböztethetünk meg. Részletesen ismertetem szakirodalmi gyűjtéseim alapján a különböző nemzetközi finanszírozási modelleket. Külön elemzem az állam szerepvállalását a különböző finanszírozási modellekben. A történelmi gyökereinkre alapozva a jelenlegi magyarországi fekvőbeteg - szakellátás finanszírozási rendszerét ismertetem.

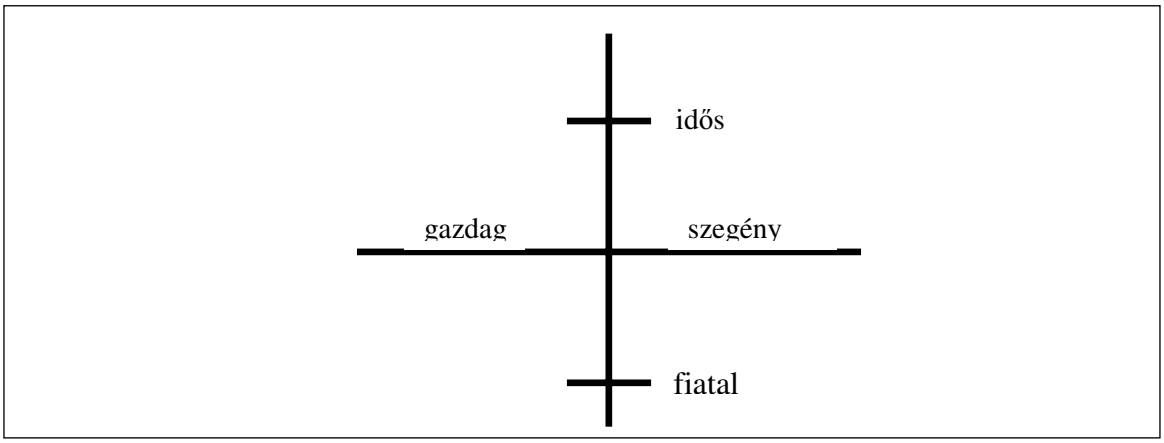
3.1. Az egészségügyi finanszírozási modellek nemzetközi összehasonlításban

A jóléti államok XX. századi fejlődése során markáns különbség alakult ki az amerikai és európai egészségügyi rendszerek között. A különbség a szervezeti jellemzőkön túl az alapvető politikai és etikai elvekben is megjelenik, amelyen az európai és amerikai egészségügyi rendszerek alapulnak. Bizonyos rendezőelvek azonban kialakíthatók, amelyek közül az egyik legfontosabb a finanszírozási rendszer és forrásai. Megállapítható az is, hogy nincs két ország, amelynek azonos lenne az egészségügyi rendszere. Ha azonban a finanszírozási rendszer típusait emeljük ki, alapvetően öt nagy rendszertípus különíthető el nemzetközileg:

- Bismarck-i modell (társadalombiztosítási rendszer)
- Szemaskó modell (Szovjet modell)
- Beveridge modell – NHS rendszer (Adóból finanszírozott nemzeti egészségügyi rendszer)
- Szabad piaci modell (amerikai vegyes rendszer)
- „Out-of-pocket” modell

3.1.1. Bismarck-i modell (társadalombiztosítási rendszer)

Németország kancellárja, Otto von Bismarck-Schönhausen (1815-1898) felismerte, hogy a szocialista jellegű munkás-megmozdulások erősödésének idejében a munkásegyesületek betegbiztosítási alapjainak állam általi átvétele egy időre kifogja a szelet a vitorlájukból, s egyúttal hozzásegíti a dolgozókat a gazdasági biztonsághoz.[35] Tehát létrehozta a szolidaritás elvű társadalombiztosítási rendszert 1883-ban, ezzel kialakította a modern társadalmak egyik meghatározó alapelvét és követelményét. A társadalmi megbékélésnek és integrációnak alapfeltétele az egészségügyi ellátás és a szociális biztonság megteremtése. A bismarcki TB két alapelve: szolidaritás a biztosítottak között és a munkáltatók hozzájárulási kötelességének bevezetése. A szolidaritás alapvető két irányának érvényesülése: horizontálisan gazdag-szegény között, vertikálisan a generációk között.



13. ábra: A szolidaritás alapvető két dimenziója

Forrás: saját ábra

A hozzájárulás jövedelemarányos, ugyanakkor a rászorult befizetésének összegétől függetlenül, az elismert szükségletei szerint részesül ellátásban. A társadalombiztosítás a harmadik fizető elvére épül, kollektív vásárlóként jelenik meg a szabályozott piacon. Elkerülhetetlen a központi költségvetés garanciavállalása az esetleges hiányok pótlására.

Az egyszintes TB modell alkalmas az ellátó rendszer színvonalának egységesítésére, de az ellátási körülmények javítására ez a modell nem nagyon ösztönöz.

35 Donalbedian A, Wheeler J. R. C,Wyszewianski L. (1982)

Az egyintézményes társadalombiztosítási modell önmagában nem alkalmas a differenciált igények kielégítésének célszerű kezelésére. Konfliktusa a rendszernek, hogy az eltérő jövedelemmel rendelkező, így arányosan magasabb járulék befizetési kötelezettséggel bíró állampolgárok is – akik természetszerűleg differenciált igényekkel és fogyasztási szokásokkal rendelkeznek – a rendszer természetéből adódóan csak az átlaggal azonos szintű ellátást kaphatnak. Ennek megoldására a komplementer rendszerek (kiegészítő biztosítások) az alkalmasak, melyek terjedését ez a modell korlátozottan támogatja.

A Bismarck-féle szolidaritás elvű társadalombiztosítási rendszerekben különböző módon érvényesül a kötelező és az önkéntes biztosítások viszonya. A köz- és magánfinanszírozás együtt van jelen. Két történelmi példa erre a rendszerre Németország és Ausztria, amelyek hatással voltak a hazai társadalombiztosítási rendszer kialakulására és fejlődésére.
Németországban 1999-ben 453 társadalombiztosítási alap mellett 52 magánbiztosító látta el az egészségbiztosítási feladatokat. A kötelező biztosítás csak bizonyos jövedelemszint felett nem kötelező, egyébként igen. Magánbiztosítás csak ekkor választható teljes egészében. A lakosság nagy része – 1997-ben 7 millió ember – kiegészítő biztosításokkal is rendelkezett.
Ausztriában jövedelemtől függetlenül kötelező a társadalombiztosítási tagság. A magánbiztosítók – általában for -profit biztosítók – csak kiegészítő biztosításokat kínálnak, ezt a lehetőséget körülbelül a lakosság egyharmada veszi igénybe.
A Bismarck-féle rendszerekben a magánbiztosítók jótékony hatással vannak a finanszírozói oldalra, mint forrásbővítésre, illetve a lakosság költségérzékenységét, költségtudatosságát is formálják.
Ez a rendszer működik Argentínában, Ausztriában, Belgiumban, Costa Ricában, Dél-Koreában, Egyiptomban, Franciaországban, Hollandiában, Japánban, Kínában, Kolumbiában, Magyarországon, Németországban, Tajvanban, Tunéziában.

Bismarck-i modell előnyei:

- Széles körben hozzáférhető.
- Korlátozott piac, közvetett anyagi érdekeltség.
- Teljesítményarányos finanszírozás.
- Differenciáltabb igények kielégítésére is képes.

Bismarck-i modell hátrányai:

- Nem terjedt ki a teljes népességre (szegényparasztságra, városi munkanélküliekre, a társadalom legfelsőbb rétegére).
- Egyéni járulékfizetési nyilvántartást igényel.
- Nagyobb adminisztrációs teher, ellenőrzés szükséges.
- Nem érdekeltek a szolgáltatók a prevencióban, s mivel az egészségügyi ellátásra a kereslet a kínálathoz igazodik, jelentősen megnöveli – feleslegesen a költségeket (Molnár 2002). „Nincs egészséges ember, csak rosszul kivizsgált beteg…”

3.1.2. Szemaskó modell (szovjet modell)

A Szovjetunió első egészségügyi minisztere N. A. Szemaskó (1874-1949) 1918. júniusában fél évvel az oroszországi forradalom győzelme után hirdette meg a világon először alkotmányos jogként a mindenki számára térítésmentes egészségügyi ellátást a lakosság teljes egésze számára a szükségleteinek megfelelő legmagasabb színvonalon. Kezdetben jelentős sikereket értek el a csecsemőhalandóságban a járványok felszámolásában és a várható élettartam is kétszeresére nő a forradalom előttihez képest.

A szovjet modellt a tervgazdaság keretei között az állami költségvetésből önkormányzatokon keresztül finanszírozták. A hidegháború hatására a források biztosításánál a „maradványelv” érvényesült.

Egységes elvek szerint, relatíve jól szervezett egészségügyi rendszer, amit a regionalitás jellemez, mely biztosította az esélyegyenlőséget minden állampolgárnak. A rendszer kezdetektől magasan centralizált. Költség kontrollt az egyes szolgáltatások kizárása és a szigorú beutalási rendszer jelentett. A valódi szükségleteknek nem megfelelő kapacitás alakult ki. Egyszerre volt jelen a krónikus hiány (gyógyszerek) és a túlkínálat (kórházi ellátás). Igazi jelentősége a közegészségügy kiépítése.

Az európai szocialista országokban a II. világháborút követően a Bismarcki rendszerekkel vegyítették a szovjet modellt, kevert rendszerek jöttek létre.

Szemaskó modell előnyei:

- biztosított az esélyegyenlőség minden állampolgár számára,
- a költségkontroll megoldott,
- kiépült a közegészségügy.

Szemaskó modell hátrányai:

- maradványelv szerinti finanszírozás,
- túlzott centralizáció,
- a szükséglet nem alakította a kapacitás nagyságát,
- sem a betegek, sem az orvosok nem választhattak,
- járt a hálapénz a kórházban.

3.1.3. Beveridge modell – NHS rendszer (adóból finanszírozott nemzeti egészségügyi rendszer)

Az adófinanszírozás az angol Nemzeti Egészségügyi Rendszer (National Health Service NHS) elvei alapján terjedt el 1948-tól. Létrejöttét William Henry Beveridge (1879-1963) jelentésének[36] köszönhette, mely a társadalombiztosítás és a kapcsolódó szolgáltatások elemzése kapcsán az egészségügyi ellátást minden életképes társadalombiztosítási rendszer mindenkinek, korra, nemre, iskolázottságra tekintet nélkül joga van ingyenesen és egyenlően részesülni a legjobb, korszerű egészségügyi és ehhez kapcsolódó szolgáltatásokból.[37] Alapvetően közpénzekből gazdálkodik. (Adókból 82%; a munkáltatók és munkavállalók hozzájárulásából 14%; a lakossági önrészesedésből 4% származik.) Az NHS mellett van magán egészségbiztosítási rendszer is, az ellátást ilyenkor teljes egészében a magánbiztosító fizeti. Az NHS centralizált rendszer, régiók vannak, jellemző a háziorvosok „kapuőr" szerepére, hogy a kórházi ellátást térítésmentesen kizárólag család-orvosi beutalóval lehet igénybe venni.

Az adóból finanszírozott egészségügyi ellátás állami intézményrendszer, melyet az egészségügyi szolgálat kollektív fenntartása jellemez. Állampolgári jogon járó ellátást nyújt a polgároknak, viszonylag széles spektrumú szolgáltatással, amelyek köre és hozzáférhetősége általában jobb, mint azok színvonala. Ezen modellben egyértelműen jól érvényesíthető a méltányosság, hiszen a modell lényege a teljes lakosságot megcélzó, az összes lényeges szolgáltatást nyújtó ellátó rendszer működtetése. Ezen rendszerben az állam szerepvállalási köre: az intézmény fenntartása és működtetése.

A nemzeti egészségügyi szolgálat a centrális lehetőségek miatt alkalmas a források szakmapolitikai céloknak megfelelő elosztásra. A rendszer mikroszintű hatékonysága jónak

36 Social Insurance and allied services. Report by Sir William Beveridge (1942)

37 White Paper of 1944. (2000)

mondható, hiszen ez a rendszer sajátja, ugyanakkor ez önmagában nem biztosítja a mikro (intézményszintű) hatékonyságot. NHS-en belül is megoldható a költségérzékenység növelése és természetesen nem zárja ki ez a rendszer sem a szolgáltatói oldal privatizációját, versenyelemek alkalmazását. Az ellátó rendszer színvonalának egységesítésére kifejezetten alkalmas, de önmagában a színvonal emelésének nem elég hatékony eszköze. Az NHS önmagában nem szolgálja a differenciált igények kielégíthetőségének lehetőségét, erre komplementer rendszerek (kiegészítő biztosítások) alkalmasak.
A centralizált egészségügyi szolgálat rendszere működik még Svédországban, Finnországban, Norvégiában, Kubában, Új-Zélandon, Portugáliában, Olaszországban, Írországban és Dániában.

Beveridge modell előnyei:

- Olcsó, mert többletigényt nem ismer el.
- Kevés adminisztrációt igényel, mert nem alkalmaz egyéni nyilvántartást.
- Népegészségügyi feladatokat is ellát, a prevenció és a szűrés egyszerű.
- Viszonylag könnyen tervezhető.

Beveridge modell hátrányai:

- Gazdaságosság nehezen követhető.
- Bürokratikus forráselosztás.
- A finanszírozás kevésbé függ a teljesítménytől.
- Nincs szektorsemlegesség.
- A dolgozók anyagilag nem érdekeltek a rendszer hatékony működtetésében.

3.1.4. Szabad piaci modell (amerikai vegyes rendszer)

Az Amerikai Egyesült Államokban, Svájcban és Ausztráliában az egészségügyi ellátás szabad piaci rendszere működik**,** vezérelve a hatékonyság.

A liberális értékrendszeren alapuló piaci modell az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzájutást ugyanazokra az elvekre alapozza, mint a többi javakhoz való hozzájutást. A liberális gazdaságpolitika szerint egy jól működő gazdaságban a jómódú polgárok megfelelő kockázatvállaló képességgel és felelősséggel döntenek sorsukról. Ennek értelmében nincs kötelező szolgáltatás és gyámkodás sem: az állampolgár szabad döntésén múlik, hogyan gondoskodik egészségügyi ellátásáról és időskori megélhetéséről.

A piaci biztosítás lényege: a részvétel önkéntes, a díj kockázatarányos. A differenciált igények kielégítésére ez a rendszer maximálisan képes, az ellátás színvonala magas. Ugyanakkor populációs szinten ez a modell rosszul szolgálja a lakosság egészségi állapotának javítását. Sérül az egyenlőség, megszűnik, illetve nagymértékben csökken a társadalmi szolidaritás, a (fizetőképes) kereslet vezérelte forrásallokáció nem csökkenti, hanem tovább növeli a területi és társadalmi egyenlőtlenségeket.

A magán-betegbiztosítási rendszert kiegészíti a szövetségi adókon alapuló Medicare és Medicaid rendszer az idősek és a nagyon szegények számára.

Medicare finanszírozását az aktív keresők bérjárulékából, a szövetségi kormány közvetlen befizetéseiből és az igényjogosultak által, havi rendszerességgel befizetett biztosítási díjból oldják meg. Közpénzekből nyújt ellátást a 65 évnél idősebb amerikai állampolgároknak, és a 65 évnél fiatalabb krónikus vesebetegeknek. Az idős népesség egészségügyi kiadásának kb. 50 %-át más forrásokból kell fedezni. Az életkor meghosszabbodásával évről-évre súlyosabb nehézséggel kell szembenézni.

Medicaid rendszerhez tartozók semmilyen hozzájárulást nem fizetnek, a költségeket az állam állja. Ez az úgynevezett szegény program. Az igényjogosultság feltétele az életkor, a rokkantság, a terhesség vagy az eltartásra szoruló gyermekek száma. Ellátottak köre mindazok a 6 évesnél fiatalabb gyerekek és terhes anyák, akik családjának jövedelme a szegénységi küszöb 133%-át nem haladja meg. Ezen felül a hatóságok jövedelem vizsgálat alapján ítélhetik oda az ellátásra való jogosultságot.

Versengő, profitorientált biztosítási rendszer legszélesebb körben az Amerikai Egyesült Államokban terjedt el. A társadalombiztosítás mellett létező magán egészségügyi biztosítás önkéntes, nincs mellette megfelelő szabályozás, ennek következtében sérülnek olyan alapvető

célok, mint a méltányosság és az ellátáshoz való jog. Ez a rendszer drága, ezért kiszorul a biztosítottak köréből közel 37 millió ember és további 20 milliónak a biztosítása csak minimális terjedelmű. Molnár (2002) tanulmányában megállapítja, hogy a tapasztalatok azt mutatják, hogy – amennyiben a magánbiztosítók szerepe nem csupán kiegészítő jellegű -, a rendszer nehezen szabályozható, kevéssé stabil; a biztosítók folyamatosan szűkítik a térített szolgáltatások körét és emelik az árakat, hogy bevételeik meghaladják a kiadásokat.
„A kiegészítő és a helyettesítő betegbiztosítást az Európai Unió összes országában alkalmazzák: az állampolgárok kb. egyharmada magánbiztosított, legtöbben a Benelux államokban és Franciaországban."[38]

Szabad piaci modell előnyei:

- A differenciáltabb igényeket is kielégíti.
- Teljesen szabadpiac.
- Az új technológiák, eljárások gyors átvétele.

Szabad piaci modell hátrányai:

- Nemzetgazdasági szinten finanszírozatlan.
- Nagy adminisztrációs igény.
- Az alsó szociális helyzetű csoportok leszakadnak.
- Korlátozott hozzáférés az egészségügyi ellátáshoz.

3.1.5. „Out-of-pocket" modell

Társadalombiztosítás által nem finanszírozott ellátások, magánfinanszírozás[39].
Az egészségügyi ellátás igénybe vevője a költség felmerülésekor maga fizet a szolgáltatásért, mégpedig annak teljes összegét (full-payment). A fejlődő közép- és dél-afrikai országokban az állami költségvetés korlátozott lehetőségei miatt kénytelenek ily módon biztosítani az egészségügyi ellátás fedezetét, azonban 1997-ben deklarálták, hogy meg kell növelni az egészségügyre fordított kiadásokat (Addis Ababa 1997).

„Out-of-pocket" modell előnyei:

38 Gidai Erzsébet (1998)

39 Magánfinanszírozáson az egyén saját döntésein alapuló egészségcélú kiadásait értjük, melynek alapvető jellemzője, hogy mindig szükségletarányos, így a szolgáltatás igénybevételének feltétele (Kincses 2000).

- Képes orientálni a fogyasztást.
- Elősegítheti az ellátás minőségének javítását, a szolgáltatói versenyt.
- Költségtudatosságra nevel.
- Többletforrást jelent az egészségügyben.

„Out-of-pocket" modell hátrányai:

- A szegény rétegek leszakadását okozza.
- Aránytalanul megnöveli az adminisztratív terheket.

A magánfinanszírozás formái igen eltérőek, de alapvetően két nagy csoportot lehet megkülönböztetni:

- az igénybevételkor a beteg által közvetlenül fizetett részleges (co-payment) vagy teljes szolgáltatási díj (full-payment),
- átalánydíjas, vagy előtakarékossági finanszírozás (önkéntes kiegészítő biztosítások, egészségcélú megtakarításszámla-rendszer = MSA).

Az igénybevételkor a beteg által közvetlenül fizetett részleges (co-payment) vagy teljes szolgáltatási díj (full-payment) intézményétől a következő hatásokat lehet várni:

Pozitív hatások:

- pótlólagos forrást von be az egészségügyi ellátásba,
- a fogyasztás racionalizására ösztönöz, csökkenti az igénybevételt,
- fokozza a teljesítmény-arányosságot az ellátók körében,
- lakossági kontrollt épít az ellátás igénybevételébe,
- növeli az ellátás presztízsét,
- fokozza az egyén felelõsségérzetét,
- a beteg számára anyagi érdekeltséget teremt a prevencióban.

Negatív hatások:

- nem szelektív, illetve nem az egészségpolitikai céloknak megfelelõ módon csökkenti az egészségügyi ellátás igénybevételét,
- a személyes jövedelempozícióhoz köti az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét,
- a leginkább rászorultakat szoríthatja ki az ellátásból,
- fokozza az ellátás költségeit, az adminisztratív költségeket,
- a közegészségügyi helyzet romlásával veszélyezteti a populáció egészségét.

3.1.5.1. Az átalánydíjas, vagy előtakarékossági finanszírozás (önkéntes kiegészítő biztosítások, egészségcélú megtakarításszámla-rendszer = MSA)

Az egészségügyi megtakarítási számlák rendszere először egy akkor gyorsan fejlődő ázsiai országban, Szingapúrban (ahol ezt megelőzően gyakorlatilag semmilyen biztosítási rendszer nem létezett) került bevezetésre az 1980-as évek elején. Azóta modellkísérletként bevezetésre került az Amerikai Egyesült Államokban és kiegészítő biztosításként a Dél-afrikai Köztársaságban is. Az MSA rendszer önmagában működésképtelen, mindenütt kiegészítik más elveken nyugvó finanszírozási mechanizmusok. *A keresztmetszeti megosztás* az erkölcsi kockázat, a moral hazard problémáját veti fel. Egy adott évben a biztosítottak összessége osztozik a kockázaton. A hatékony működéshez az egészségügyi szolgáltató és a beteg közé beékelődik egy harmadik szereplő, a finanszírozó (third-party payment), melynek sajátos érdekei vannak, - saját szervezetének növekedése, bürokratisztikus ellenőrzés - az orvos és beteg érdekeltségét úgy befolyásolja, hogy mindketten érzéketlenné válnak a költségekre. Az egyént az egészségügyi kiadások költsége nem sújtja, érdekeltté válhat abban, hogy az orvosilag indokoltnál több egészségügyi szolgáltatást vegyen igénybe. Ezt úgy próbálták ellensúlyozni, hogy a szolgáltatások igénybevételekor a beteg jelentős arányú önrészt köteles fizetni (co-payment és deductible).

A kockázatok időbeni megosztása a gazdasági hatékonyság biztosításának terhét az egyénre hárítja. Az egyének saját életpályájuk során összességében igyekeznek biztosítani az ellátási szükségletek pénzügyi fedezetét. Nincs szükség elkülönült biztosító intézményre. A biztosított saját, elkülönített számláról fizeti a gyógykezelés díját. A fiatalkori befizetések általában elégségesek az időskori betegségek gyógyításának finanszírozására.

A kétféle kockázatmegosztás kombinálható. Ebben az esetben a biztosított MSA számlára történő befizetéseit egy alapkezelő - bank, biztosító, munkaadó - gyűjti. A biztosító az

egészségügyi ellátás igénybevételekor a számlát az MSA-n felhalmozott megtakarításaiból fizeti. Ha az egészségügyi kiadások az adott évben meghaladják az előre meghatározott felső határt, belép egy kiegészítő biztosítási konstrukció (back up policy, catastrophic insurance) amely az előre meghatározott önrészesedést, azaz az alsó határt meghaladó összeget korlátlanul magára vállalja.
Ha a biztosított a biztosítási időtartam alatt a számlán felhalmozott összeget nem használja fel, akkor azzal szabadon rendelkezhet.
Az alábbiakban 3 modellt mutatok be.

3.1.5.1.1. A szingapúri 3 M modell

Többpilléres egészségügyi ellátási modell, mely jól egyesíti a különféle elvi megoldások kedvező vonásait. 1984-ben vezették be az időbeli kockázatmegosztást biztosító *Medisave* rendszert. A második pillér az 1990 óta működő keresztmetszeti kockázatmegosztást biztosító *Medishield* rendszer. 1993 óta nyújtanak a rászorultság elvére épülő, a legszegényebb rétegek számára keresztmetszeti kockázatmegosztáson alapuló biztosítást. A 3 M rendszeren kívül léteznek a 3 M-re épülő biztosítási formák is. Az államapparátus és a magán szektor dolgozói számára teljes körű egészségbiztosítást garantál.
A Medisave bevételeit a munkaadók és munkavállalók között fele-fele arányban megoszló 40%-os bérjárulék biztosítja, mely mindkét csoport számára levonható az adóból. Egy előre meghatározott vagyonkeret felett a befizetések átkerülnek egy másik számlára, amelyről a biztosított személy 55. életévének betöltése után szabadon rendelkezhet. A Medisave számláról csak egészségügyi célú kiutalásokat, azon belül is csak kórházi kifizetéseket lehet teljesíteni a biztosított, vagy vele egy háztartásban élő családtagja számára.
A *Medishield* rendszerben részt venni nem kötelező. Minden Medisave tag egyben Medishield tag is, kivéve, ha a számlatulajdonos nem kéri a kilépés engedélyezését. A Medishield a kiemelkedően magas költségű betegségek gyógyítását fedezi. 75 éves korig lehet igénybe venni.
A 3 M modell pénzügyi felhalmozó képessége gyorsan nő. Ez részben a szigorú felhasználási szabályokkal magyarázható. A befizetések/kifizetések aránya folyamatosan javul.

3.1.5.1.2. Az amerikai MSA modell

Az MSA rendszer *amerikai bevezetésének* célja az egyenlő hozzáférés (equity) biztosítása, a forrásgyűjtés és annak felmérése, hogy milyen mértékben képes ez a biztosítási modell az egészségügyi kiadások fékezésére.
Az MSA program egyik fontos célja volt, hogy az adókedvezmények rendszerét kiterjesszék azokra a kis – és középvállalkozókra, akik nem tudnak, vagy nem akarnak managed care típusú biztosítást kötni. Az MSA rendszert választó biztosítottaknak korábban semmiféle egészségbiztosítása nem volt.
Az *amerikai MSA* tulajdonképpen magas önrészesedéssel működő katasztrófabiztosítás és kamatozó bankszámla kombinációja, a bankszámlára elhelyezett pénzösszeg teljes egészében jövedelem adómentes. A HMO és MSA rendszert összehasonlítva, MSA modell jobban ösztönzi a biztosítottakat arra, hogy csak a legszükségesebb mértékben vegyék igénybe az orvosi ellátást. A katasztrófabiztosításért levont díj után a maradék összeg a számlán marad és kamatozik, amennyiben orvosi ellátásra nem kerül sor.
A befizetéseknek alsó korlátjuk nincs, felső korlát az évente fizetendő önrészesedés 65 - 75%-a.

3.1.5.1.3. MSA kísérlet Dél-Afrikában

A Dél-afrikai Köztársaság 1994-ben deregulálta és liberalizálta egészségügyi piacát. Az amerikai HMO és MSA rendszerek átvételére került sor. A lakosság 80%-a nem rendelkezik egészségbiztosítással, ellátásukért az állami egészségügy felel.
Az MSA hitelt is nyújt, programjai révén bonusz pontokkal ösztönzi a biztosítottakat arra, hogy szűrővizsgálatoknak vessék alá magukat és hogy egészséges életmódot éljenek.

MSA előnyei:

- Alkalmas az egészségügy területén a magánszolgáltatások piacának élénkítésére.
- A lakosság az előre nem látható, nem tervezhető igényeit is ki tudja elégíteni, kedvezménnyel.
- Átláthatóvá teszi az egészségügyben a magánszolgáltatások piacát és a szolgáltatók tevékenységét.
- A legális szolgáltatásvásárlás irányában ad ösztönzést a betegeknek, ezzel hálapénzellenes hatása is van.

- A társadalombiztosítás által nem finanszírozott ellátások rendszerében bevezeti az általános számlaadási, a részletes betegdokumentációs gyakorlatot, ami ezen a területen segít a gazdaság kifehérítésében (Kincses 2000).

A fenti tiszta rendszerek azonban csak elméletben léteznek. A valóságban az állami egészségügyi szolgálat ész az egyéni öngondoskodáson alapuló rendszerek között átmenet gyakorlatilag folyamatos.
„A nemzetközileg is kialakult rendszereket a finanszírozás és a szolgáltatás jellege alapján négy nagy csoportba sorolják:

- Magánfinanszírozás + magánszolgáltatás (pl. USA),
- Közfinanszírozás + magánszolgáltatás (pl. Kanada),
- Közfinanszírozás + vegyes szolgáltatás (pl. Németország),
- Közfinanszírozás + közszolgáltatás (pl. Nagy-Britannia).[40]

A követendő reformút az, hogy továbbra is marad a kötelező járulékfizetésre alapozott társadalombiztosítás, mely ugyan talán a jelenleginél szűkebb körű, de semmiképpen nem minimálellátást ("szegényellátást") nyújt, hanem a szolgáltatások széles körét fedi le. A nemzetközi tapasztalatok is azt tükrözik, hogy szükség van a kötelező biztosítás intézményére, hiszen abban tud csak érvényesülni a széleskörű szolgáltatásokhoz történő hozzáférés, amit a jövedelemarányos járulékfizetésen alapuló jövedelemátcsoportosítás tesz lehetővé.

40 Gidai Erzsébet (1998)

3.2. Az állam szerepvállalása a különböző finanszírozási modellekben

Az egészségügyi ellátás finanszírozásának két alapvető fedezeti formája van:

- közfinanszírozás,
- magánfinanszírozás.

Ha az egyes finanszírozási formákat a gyakorlatban megnézzük, valójában szinte valamennyi típus a vegyes finanszírozás ismérveit (köz és magán) hordozza magán.

Közfinanszírozás megvalósulhat:

- állami költségvetésen keresztül adókból,
- társadalombiztosítási hozzájárulásokból.

Magánfinanszírozás (a szolgáltatás költségéből való részesedés aránya szerint) megjelenik, mint:

- teljes térítés (full payment),
- előírt önrészfizetés (co-payment) (Molnár 2002).

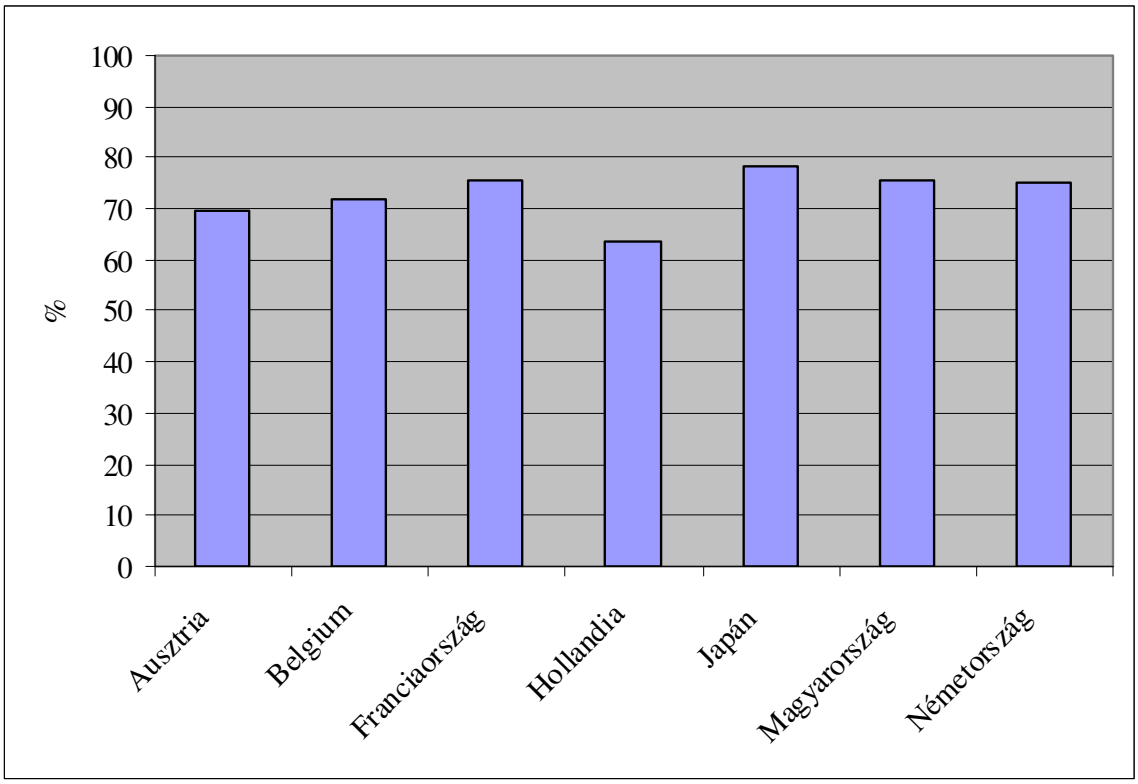
Magyarországon 2001-ben 75,1 % a közfinanszírozás aránya az egészségügyi kiadásokból. Általánosságban megállapítható, hogy a közfinanszírozás az, amelyik meghatározó az egészségügyi ellátásban (V. sz. melléklet).

Az állam szerepvállalása mindegyik elemzett finanszírozási modellben megtalálható. Kisebb arányban a szabad piaci modell esetében.

Egészségügyi rendszertől függetlenül általában, ahogy csökken az állami szerepvállalás, úgy nő a járulékszint és az egyéni vásárlás aránya. Társadalombiztosítás esetében (Hollandia, Németország) a járulékszint nő, szabad piac esetén a betegek fizetnek többet (USA, Svájc). A járulékbevétel a termeléshez, a bér jellegű költségekhez kötődik, míg a költségvetési bevételek egy rész az általános forgalmi adón keresztül a fogyasztáshoz is.

A Bismarck-féle szolidaritás alapú társadalombiztosítási rendszert követő kiválasztott országokban 2000. évben (Ausztria, Belgium, Franciaország, Hollandia, Japán, Magyarország, Németország,) a közkiadások részesedése 63,4-78,3 % között változik. Itt az Állami Egészségügyi Szolgáltatáshoz képest viszonylag alacsonyabb közkiadási arány, a

kiegészítő, esetlegesen magánbiztosítások viszonylag szélesebb elérhetőségével magyarázható.

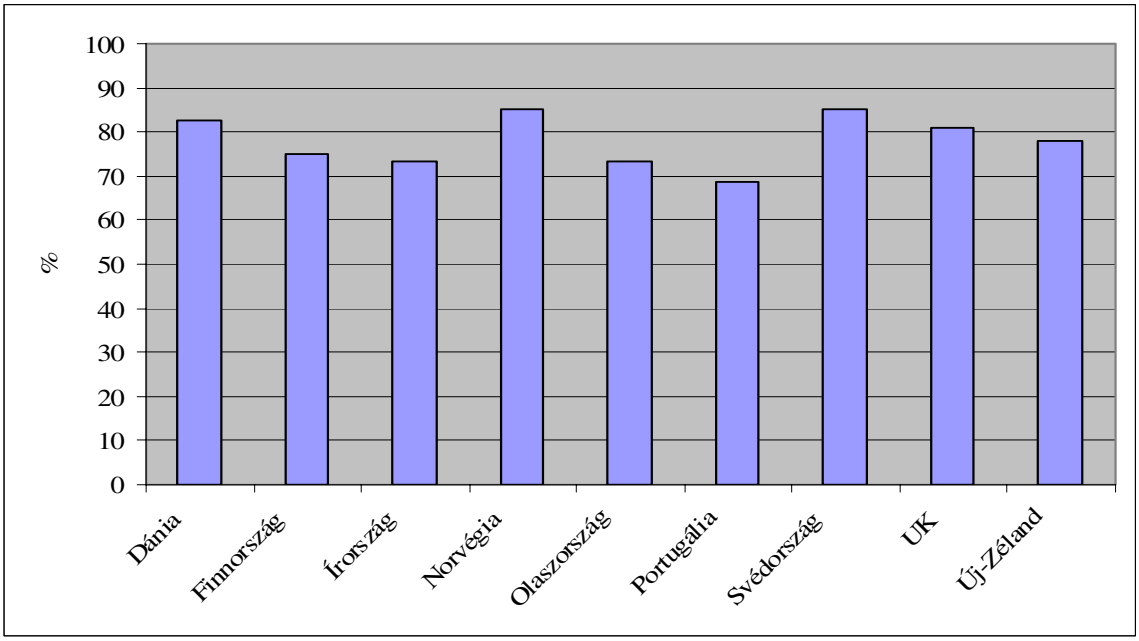


14. ábra: Közfinanszírozás aránya a Bismarck féle modellt követő országokban 2000. évben

Forrás: Egészségügyi Gazdasági Szemle 2000. 38/3.

Forrás: www.medinfo.hu

A költségvetési finanszírozás rendszerét követő kiválasztott országokban (Dánia, Finnország, Írország, Norvégia, Olaszország, Portugália, Svédország, UK, Új-Zéland) a közkiadások aránya a teljes egészségügyi kiadáson belül 2000. évben 68,5-85 % között alakul, ami az erőteljesebb állami dominanciát jellemzi.

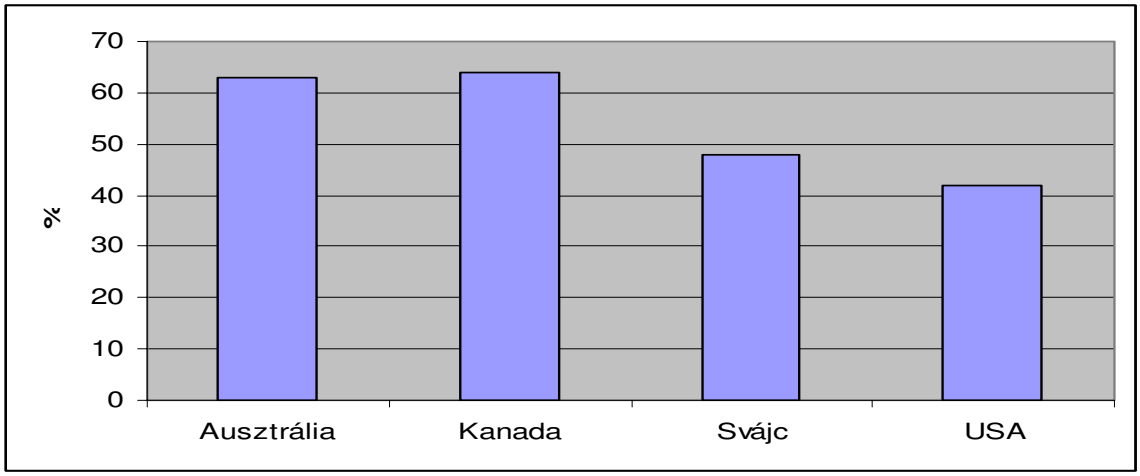


15. ábra: Közfinanszírozás aránya a Beveridge féle modellt követő országokban 2000. évben

Forrás: Egészségügyi Gazdasági Szemle 2000. 38/3.

Forrás: www.medinfo.hu

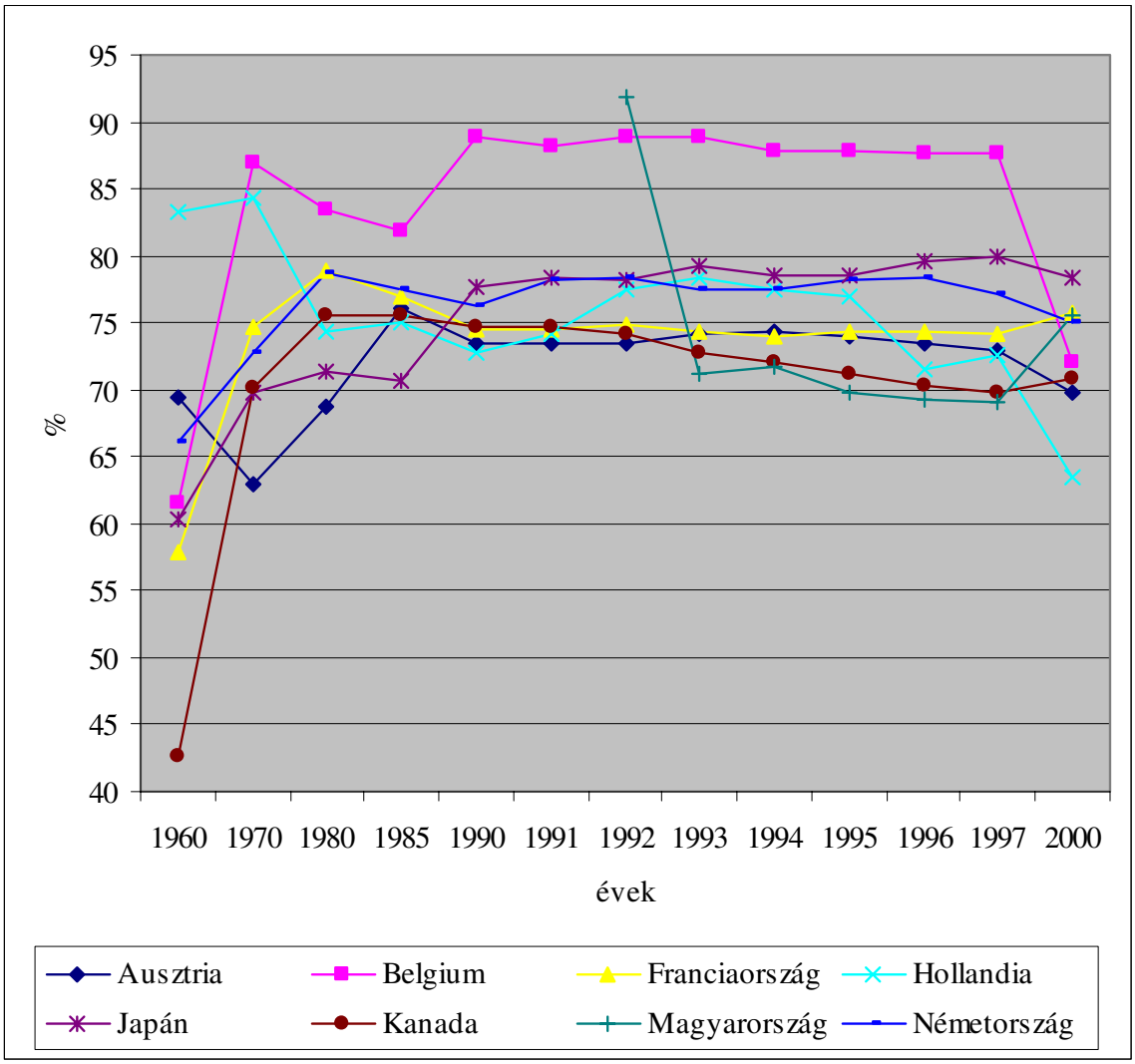
Az erős öngondoskodási modellt követő országokban (Ausztrália, Kanada, Svájc, USA,) a közkiadások aránya a legalacsonyabb: 44-67% közti értéket találunk.



16. ábra: Közfinanszírozás aránya az erős öngondoskodási modellt követő országokban 2000. évben

Forrás: Egészségügyi Gazdasági Szemle 2000. 38/3.

Forrás: www.medinfo.hu

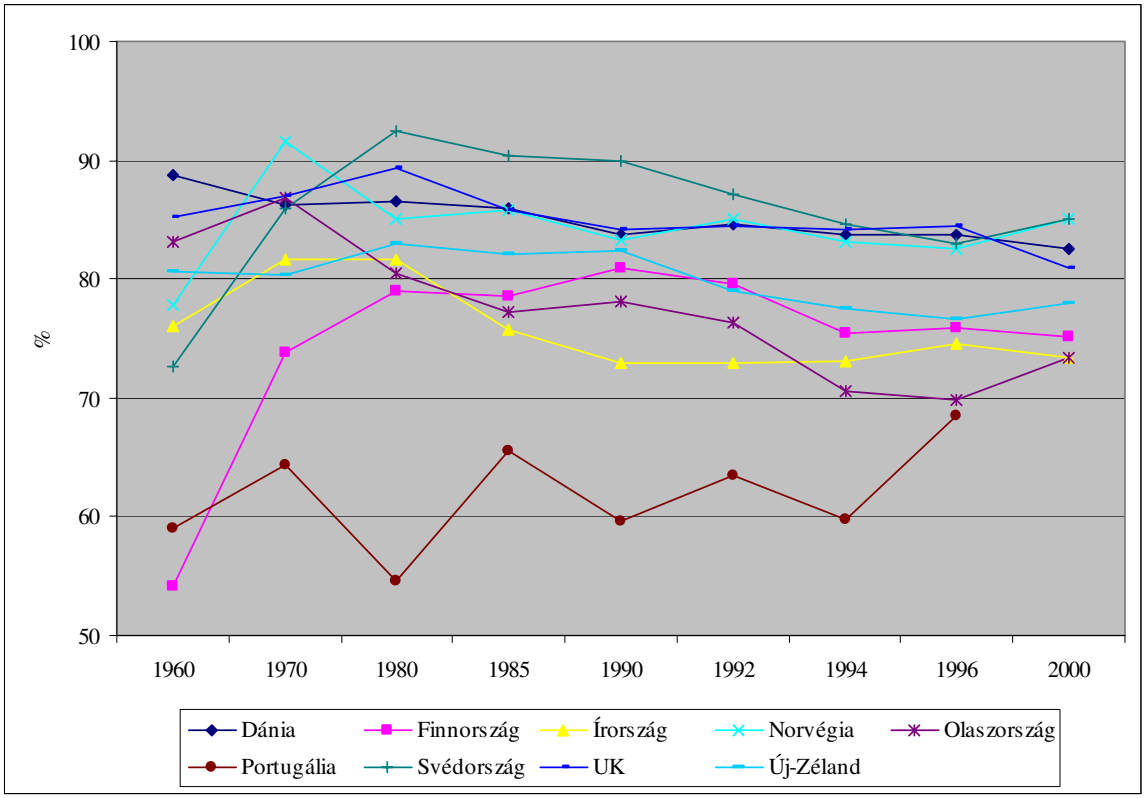


17. ábra: A közfinanszírozás arányváltozásának grafikus ábrázolása a Bismarc féle modellben 1960 – 2000. között

Forrás: Egészségügyi Gazdasági Szemle 2000. 38/3.

Forrás: www.medinfo.hu

A most Bismarck féle, szolidaritás alapú társadalombiztosítási rendszert követő országokban a közkiadások aránya a 60-as években alacsonyabb volt, majd folyamatosan emelkedett, a 2000-es évre 73,4-85 % körül stabilizálódott.



18. ábra: A közfinanszírozás arányváltozásának grafikus ábrázolása a Beveridge féle modellben 1960 - 2001. között

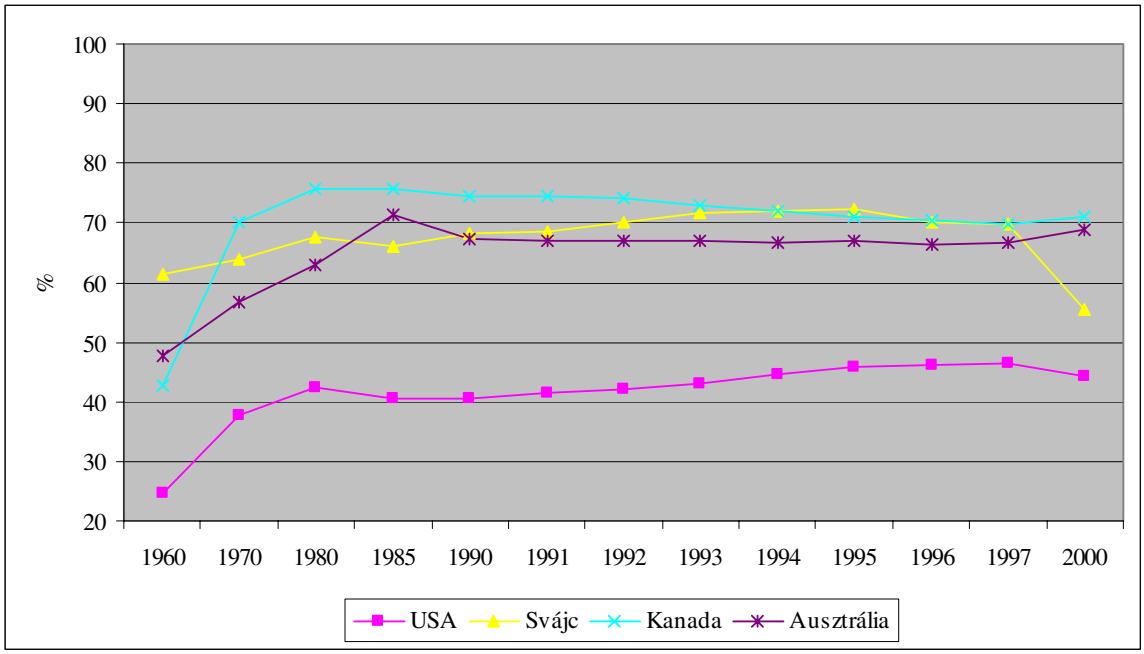
Forrás: Egészségügyi Gazdasági Szemle 2000. 38/3.

Forrás: www.medinfo.hu

Az erősödő állami szerepvállalást a jóléti államok mintájaként szokták említeni.

A 70-es években kialakult gazdasági visszaesés miatt a közkiadások aránya a 70-es évek második felében csökkent, ezt az állam fokozatos visszavonulásaként értelmezhetjük.

A közkiadások arányának csökkenése a 80-as, 90-es években is megmaradt, majd a 2000-es évre 68,5-85 % között maradt.



19. ábra: A közfinanszírozás arányváltozásának grafikus ábrázolása az erős öngondoskodási modellt követő országokban 1960 - 2001. között

Forrás: Egészségügyi Gazdasági Szemle 2000. 38/3.

Forrás: www.medinfo.hu

Az erős öngondoskodási modellt követő országokban a közkiadások aránya az előző két csoporthoz képest alacsonyabb szintről indult, a 90-es évekre emelkedett, de továbbra is alacsonyabb szinten maradt.

A közfinanszírozások arányát vizsgálva megállapítható, hogy a magasabb közkiadási aránnyal rendelkező országoknál folyamatosan csökkenő tendencia figyelhető meg, míg az alacsonyabb közkiadási aránnyal rendelkező országok esetében a közkiadások arányának fokozatos emelkedése látható.

Tehát a köz –és magánfinanszírozás (public-private mix) egyfajta közeledése, konvergenciája látható[41].

Figyelemreméltó kapcsolatot mutat a 3. sz. táblázat a finanszírozási rendszer és a tulajdonformák közötti összefüggésre az alábbi országok vonatkozásában.

41 Forrás: Boncz Imre, Dr. (2001)

A finanszírozási és a tulajdonformák összefüggései

3. sz. táblázat

OECD-országok	**Finanszírozás**		**Ellátók tulajdonviszonyai**		
	Társadalom-biztosítás	Adók	Főként magántulajdon	Főként köztulajdon	Vegyes
Hollandia[a]	X	X	X		
Belgium	X				X
Franciaország	X				X
Németország	X				X
Ausztria	X				X
Luxemburg	X				X
Japán	X				X
Olaszország[b]	X	X		X	
Svájc	X[c]		X		
Spanyolország		X		X	
Nagy-Britannia		X		X	
Írország		X		X	
Dánia		X		X	
Finnország		X		X	
Görögország		X		X	
Izland		X		X	
Portugália		X		X	
Norvégia		X		X	
Svédország		X		X	
Kanada		X	X		
Törökország[d]					X
Új-Zéland		X			X
Ausztrália		X			X
USA[e]			X		

a) Társadalom- és magánbiztosítás keveréke, főként magánellátókkal

b) Majdnem egyenlő arányban társadalombiztosításból, adókból finanszírozott (52%-48%)

c) Önkéntes biztosítás, nincs kötelező társadalombiztosítás

d) Nincs domináns finanszírozási forrás

e) Önkéntes biztosítás, 40% adókból (idősek, fogyatékosok, szegények).

Forrás: The reform of Health Care Systems; A Review of Seventeen OECD Countries; Health Policy Studies No.5. 1.kötet; OECD 1994.

A táblázatból kiolvasható, míg az adóalapú egészségügyi finanszírozás esetében a köztulajdon, addig a biztosítási alapú rendszernél a vegyes tulajdonforma a meghatározó.

Melyik egészségügyi rendszer a megfelelő?

WHO jelentésében méltányossági és költséghatékonysági szempontból is az önkormányzati vagy állami, foglalkoztatáson alapuló társadalombiztosítási rendszert ajánlja, teljes lefedettség mellett, és kemény költségvetési fegyelemmel.[42]

Megvizsgáltam a Közép- Kelet- Európai államok közül Ausztria, Bulgária, Csehország, Lengyelország, Magyarország, Oroszország, Románia, Szlovákia, Szlovénia 1999. évi (sajnos frissebb adatokhoz nem jutottam) egészségügyi kiadások arányát, a közfinanszírozás arányát az egészségügyi kiadásokból, az egy főre jutó egészségügyi kiadások vásárlóerő-paritáson számított értékét USA dollárban, a kórházi ágyak számát százezer lakosra vonatkozóan. Az adatokat a VI/a melléklet tartalmazza. Megállapítható, Magyarország a középső értéket foglalja el. Nagyon nehéz az országok közötti összehasonlítás, hisz eltérőek az árarányok, a költségarányok, az országok gazdasági felépítettsége, stb. Kiszámítottam az egy főre jutó egészségügyi kiadások vásárlóerő-paritáson számított érték és a kórház ágyak száma százezer lakosra közötti korrelációs együtthatót, ami 0,04 lett, tehát szinte semmilyen összefüggés nincs a két érték között.

42 [1999] Cf: World Health Organization: The World Health Report . Making a Difference. Genf; WHO, 36-37

3.3. Pénzellátás forrásai a magyar egészségügyben

Az 1997. évi CLIV. törvény megfogalmazza, hogy az állam felelős a lakosság egészségi állapotáért, „kötelezettségét képezi különösen

- az egészségmegőrzés és egészségfejlesztés alapvető feltételeinek biztosítása,
- az egészségügyi ellátórendszer, az egészségügyi ellátási kötelezettség és felelősség meghatározása,
- az egészségpolitika céljait szolgáló finanszírozási, fejlesztési és információs rendszer kialakítása és fejlesztése …”

A fenti törvény értelmében tehát az államnak fontos szerepe van az egészségi állapot anyagi, pénzügyi feltételeinek biztosításában, valamint, hogy mekkora összeg fordítható egészségügyi kiadásra.

Az egészségügyi kiadásokat az egyes országok nemzetközi összehasonlításakor két különböző szempontból lehet vizsgálni:

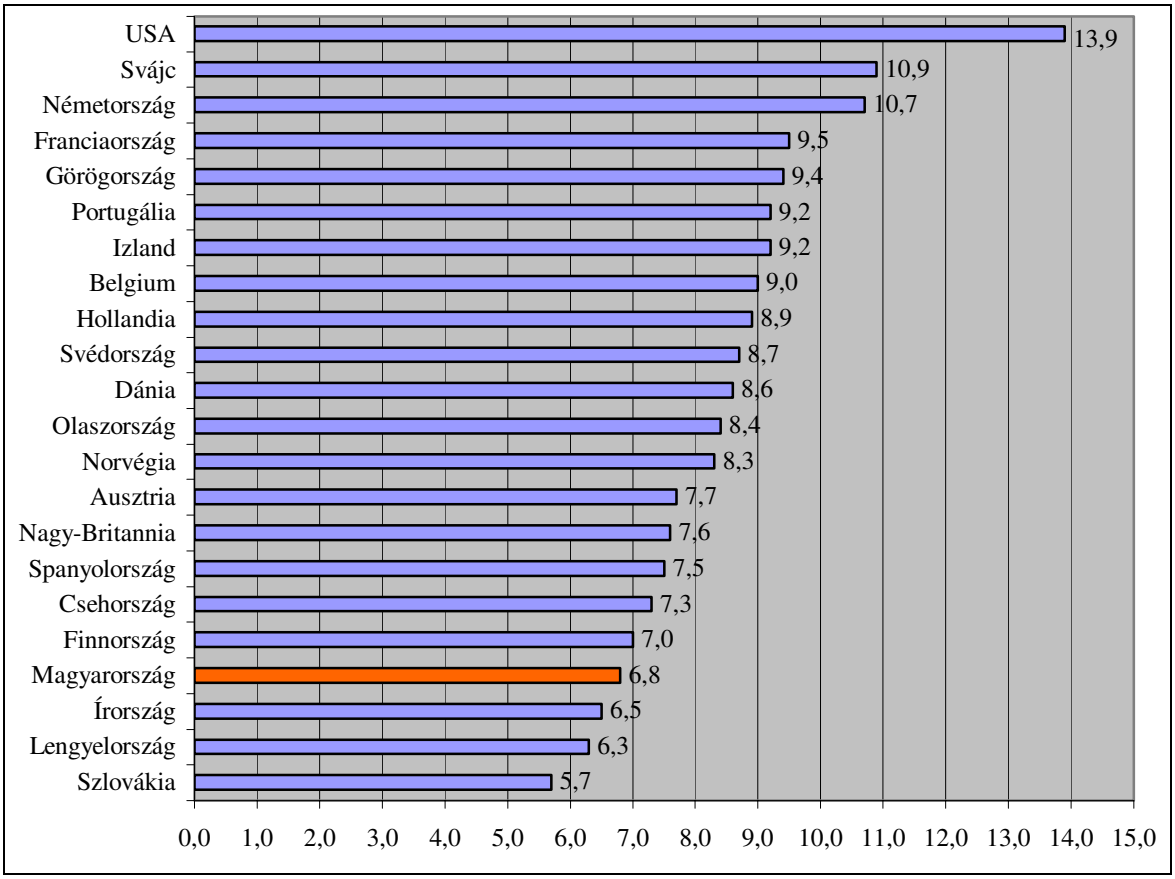
- Az egy főre jutó teljes egészségügyi kiadás PPS (vásárlóerőn mért) dollárban számítva,
- A teljes egészségügyi kiadás aránya a GDP-hez képest.

Az összehasonlítás korrekt elvégzését számbavételi problémák nehezítik. Nem minden országban egységes a GDP számítási módszere, és nem minden országban egyformán megbízható a számbavétel. A IV. sz. mellékletben szereplő táblázatból kiolvasható, hogy az USA-ban az évi egészségügyi kiadások 2000. évben meghaladják a 4500 dollár / főt, míg Magyarország kiadása jóval kevesebb. Magyarországon a kiadások emelkedésének tendenciája, 510-ről 800 dollár/főre, csak látszólagos, reálértéken nézve a kiadások összege megfeleződött. A magyar egészségügy tehát egyre csökkenő erőforrásból gazdálkodik.

Célszerűbb az egészségügyi kiadások GDP arányos szintjét figyelembe venni, mivel ez a mutató fejezi ki, hogy a rendelkezésre álló javakból ténylegesen mekkora arányt tett ki az elfogyasztott javak nagysága.

Fontos mutató egy ország egészségügyi pénzellátásában, hogy a GDP[43] mekkora részét fordítják egészségügyi kiadásra.

Az egészségügyre fordított források GDP-hez viszonyított arányát mutatja az VI. sz. melléklet. A 2001. évet emelem ki a grafikus ábrázoláshoz.



20. ábra: Az egészségügyi kiadások a GDP százalékában, 2001

Forrás: www.oecd.com

Az egészségügyi kiadások GDP-arányos szintje kifejezi, hogy a rendelkezésre álló javakból ténylegesen mekkora arányt tett ki az elfogyasztott egészségügyi javak nagysága.

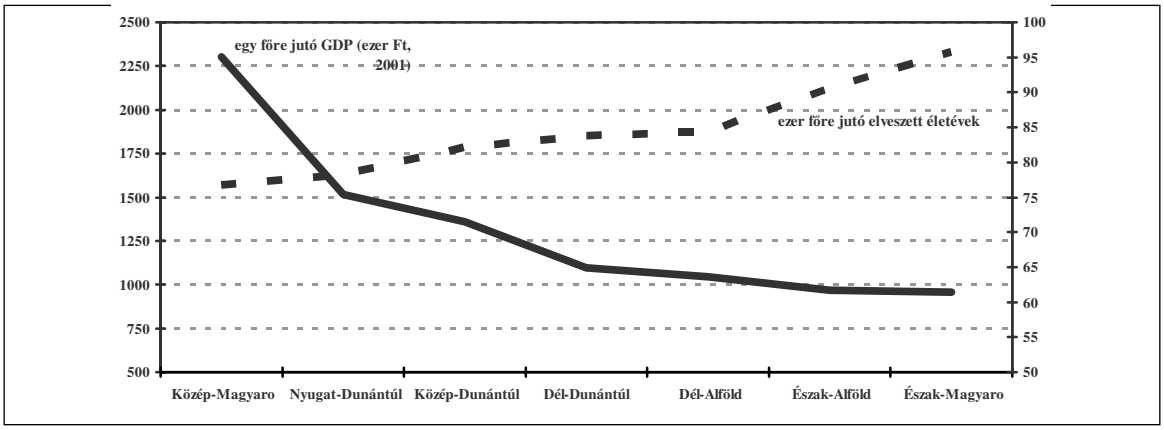
A VI. sz. mellékletből és a 20. sz. ábrából is kiemelkedik az USA 13,9 %- a (2001), melyet 10,9 %-kal Svájc, 10,7%-kal (2001) Németország követ. Az egészségügyi kiadások és a gazdaság fejlettségének nemzetközi tapasztalatai alapján megállapítható, hogy Magyarországon az egészségügyre fordított forrásainak GDP-hez viszonyított aránya nemzetközi összehasonlításban elmarad a fejlett országokéhoz képest.

43 Bruttó hazai termék: A belföldön képződő összes jövedelem, beleértve a külföldön használt termelési eszközök által termelt jövedelmet. A nemzet által termelt árukra és szolgáltatásokra fordított összes kiadás (N. Gregory Mankiw 2002).

Magyarországon 1994-től fokozódó takarékosság indult az egészségügyben, melynek eredményeként egyre kisebb hányad jutott egészségügyi célokra a bruttó hazai termékből (GDP), miközben az ellátásra szorulók köre bővült. A folyamatban az 1995-ös esztendő, a „Bokros-csomag" hatása különösen jól érzékelhető, bár a csökkenés mértéke - ha a korábbinál kisebb mértékben is - tovább folytatódott.

Magyarországon magas a fekete- és szürkegazdaság részaránya, így a GDP kimutatott értéke torzított. Az egészségügy 6,5 %-ban részesül a GDP-ből, ha feltételezzük, hogy 1/3-a a fekete- és szürkegazdaság területén keletkezik, akkor ez az arány már csak 5 % körüli részesedést jelenthet (Hidasi, 2001).

Magyarország régióit a 21. sz. ábra segítségével megvizsgálva 2001. évben megállapítható a jelenlegi elosztó rendszer igazságtalansága, éppen az, hogy oda jut kevesebb pénz, ahol a születéskor várható élettartam a legalacsonyabb, azaz legbetegebbek az emberek, nagy a szegénység és alacsony az iskolázottság szintje. Az elmaradottabb régiókban az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés is rosszabb, mint a gazdagabb, iskolázottabb lakosságú, egészségesebb populációval rendelkező régiókban.



21. ábra: Az elvesztett életévek és a gazdasági teljesítmény összefüggése

Forrás: KSH, OEP adatok

A magyar egészségügy pénzellátásának jelenlegi fő forrásai:

- a központi költségvetés,
- a települési önkormányzatok költségvetése,
- a kötelező egészségbiztosítás,
- az önkéntes biztosítás (egészségpénztárak),
- a kötelező biztosítási szolgáltatási esetében az egyének által fizetett térítési

díjak (elsősorban a gyógyszerekre),

- az egyének közvetlen fizetései a magánszektorbeli szolgáltatásokért,
- a munkáltatók közvetlen fizetései a magánszektorbeli szolgáltatásokért (pl. foglalkozás-egészségügyi vizsgálatok),
- a gyógyszergyárak és egészségügyi berendezéseket gyártó cégek orvosoknak és egészségügyi intézményeknek nyújtott támogatásai,
- civil szervezetek által nyújtott támogatások,
- Európai Uniós pályázatokból elnyert összegek és
- a hálapénz.

1999-ben az egészségügy finanszírozása 23,4 %-ban a központi költségvetésből (SZJA, ÁFA, fogyasztási adók) ered, 61 %-a egészségbiztosítási járulékokból, míg 15,6 %-a közvetlen kifizetésekből (úgymint lakossági gyógyszerkiadás, hálapénz és más egészségügyi szolgáltatásokra fizetett egyéb kiadások)[44].

3.3.1. Az Egészségbiztosítási Alap bevételének elemzése

A legjelentősebb forrást a kötelező egészségbiztosításból származó bevétel adja, amely kezelését az Egészségbiztosítási Alap végzi, ennek elemzésével foglalkozom részletesebben. Az Egészségbiztosítási Alap bevétel nominális értékének szerkezetét, időbeni változását a VII. sz. melléklet tartalmazza.

Látható, hogy az Egészségbiztosítási Alap 86,4 %-a (2002) járulékbevétel és hozzájárulás. A központi költségvetés is biztosít hozzájárulást az Egészségbiztosítási Alap számára. Nominál értéken a bevétel növekedést mutat. A valós helyzetről azonban a reálérték többet mond.

A VIII. sz. melléklet az Egészségbiztosítási Alap reálértékének adatait ismerteti, az 1993. évi bázisárakon számolva.

Egyértelműen rámutat a bevételek reálértékben alacsonyabbak, mint 1993. évben. Ennek általam vélt okaival részletesebben foglalkozom. Mivel a járulékbevétel és hozzájárulás adja Egészségbiztosítási Alap bevételének döntő részét, megvizsgáltam ezzel összefüggésben:

- a járulékmértékek,
- a biztosított létszám,

44 Szende Ágota – Dózsa Csaba – Janky Béla – Szívós Péter (2002)

- az egészségügyi infláció változását.

3.3.1.1. A járulékmértékek változásának hatása

Az Egészségbiztosítási Alapba befizetett egészségbiztosítási járulékok bérarányosak, az egészségügyi hozzájárulás fix összegű.

1992. februárjáig a munkáltatók (foglalkoztatók) társadalombiztosítási járulékot, a munkavállalók (foglalkoztatottak) pedig nyugdíjjárulékot fizettek. 1992. márciusában a munkáltatók társadalombiztosítási járulékát nyugdíjbiztosítási és egészségbiztosítási járulékra osztották, a munkavállalók nyugdíjjárulékából pedig kihasítottak egy részt egészségbiztosítási járulékként. Ettől kezdve a társadalombiztosítási járulék nem konkrét járuléknem, hanem gyűjtőfogalom.

A 4. sz. táblázat szemlélteti, az idő függvényében az egészségbiztosítási járulék (munkáltató és munkavállaló általi), és az egészségügyi hozzájárulás mértékének alakulását.

Egészségbiztosítási járulék és hozzájárulás alakulás 1992 – 2004. között

4. sz. táblázat

Év	Munkáltatói	Egyéni	Munkáltatói egészségügyi hozzájárulás (Ft/hónap)
	Egészségbiztosítási járulék (bruttó bér százalékában)		
1992. 04.1.	19,5	4,0	nincs
1993	19,5	4,0	nincs
1994	19,5	4,0	nincs
1995	19,5	4,0	nincs
1996	18,0	4,0	nincs
1997	15,0	4,0	1800
1998	15,0	3,0	2100
1999	11,0	3,0	3600
2000	11,0	3,0	3900
2001	11,0	3,0	4200
2002	11,0	3,0	4500
2003	11,0	3,0	3450
2004	11,0	4,0	3450

Forrás: www.medinfo.hu

A munkáltatói egészségbiztosítási járulék 1996-ban 1,5%-kal, 1997-ben további 3%-kal, 1999-ben további 4%-kal csökkent, elérve ezzel mai 11,0%-os szintjét. 1997-ben bevezetésre került a munkáltatók által minden munkavállalójuk után fizetendő fix összegű (tételes) egészségügyi hozzájárulás (adó jellegű kötelezettség) (1800 Ft/hónap), mely évről évre emelkedve 2002-ben már 4500 Ft/hónap volt, majd csökkent. 1999-től bevezetésre került a százalékos egészségügyi hozzájárulás, azokra az esetekre, ahol fix összeg nem szedhető. Ezzel a járulékelkerülési célból tőkejövedelemnek feltüntetett munkajövedelmekre rótt ki a munkáltató egészségbiztosítási járulék mértékével megegyező, 11%-os fizetési kötelezettséget. 2002-ben az egészségügyi célú járulékbevételek negyede egészségügyi hozzájárulásból származott. 2003-ban megkezdték a tételes hozzájárulás csökkentését, 2006-ot jelölve meg a megszüntetés évének. A járulékreform során a Medgyessy-kormány az egészségbiztosítási járulékot a szociálisan rászorulók, a nyugdíjasok, a katonai szolgálatot, a társadalmilag hasznos családi feladatot teljesítők helyett a költségvetésből kívánja finanszírozni. Olyan jogszabályok készítését tervezi, amelyek garantálják, hogy akinek

megfelelő a jövedelme, az rendszeresen fizesse a járulékait azért, hogy senki ne lehessen ügyeskedő haszonélvezője a mindenkire kiterjedő kötelező egészségbiztosításnak.
Összességében megállapítható, hogy a járulékok mértéke csökkenést mutat, tehát az Egészségbiztosítási Alap bevételeire negatívan hat.

3.3.1.2. A biztosított létszám változásának hatása

A társadalom elöregedése miatt az aktív korú népesség aránya csökken, mint már előzőleg jeleztem. Ez nem magyar sajátosság, a fejlett államok mindegyikében megfigyelhető ez a jelenség. Mivel a társadalombiztosítás bevételét képező járulékok a munkabérekhez kapcsolódnak, az pedig a munkavállaláshoz, fontos, hogy megvizsgáljam a járulékfizetők számának, arányának változását.

A biztosítottak számának, arányának változása Magyarországon 1990 – 2003 között

5. sz. táblázat

Év	Biztosítottak átlagos létszáma			
	ezer főben	1990 = =100%	Előző év = 100 %	népességen belüli aránya (%)
1990	5 146	100,0	-	49,6
1991	4 804	93,4	93,4	46,4
1992	4 672	90,8	97,3	45,3
1993	4 396	85,4	94,1	42,7
1994	4 362	84,8	99,2	42,5
1995	4 232	82,2	97,0	41,4
1996	4 080	79,3	96,4	40,0
1997	3 889	75,6	95,3	38,3
1998	3 886	75,5	99,9	38,4
1999	3 818	74,2	98,3	37,9
2000	3 843	74,7	100,7	38,3
2001	3 836	74,5	99,8	37,6
2002	3 845	74,7	100,2	37,7

Forrás: Statisztikai Évkönyv [2001] OEP Budapest, és www.onyf.hu

Az 5. sz. táblázatból kiderül, hogy csökkent Magyarországon a biztosítottak száma a népességen belüli aránya.

1990 – 2002 között a biztosítottak számának előző évhez viszonyított átlagos változása (mértani átlag): 97,13 %, tehát az évenkénti átlagos csökkenés 2,87 % volt.

Ezen probléma kezelésére az egyéni öngondoskodás szerepének a növelése lehetne a megfelelő eszköz.

3.3.1.3. Az egészségügyi infláció változásának hatása

Az egészségügyi árindex és a fogyasztói árindex[45] alakulását (1990 – 2003) mutatja a 6. sz. táblázat.

Az egészségügyi árindex és a fogyasztói árindex alakulása 1990 – 2003 között

6. sz. táblázat

Év	**Fogyasztói árindex %**	**Egészségügyi árindex %**
1990	128,9	123,6
1991	135,0	144,0
1992	123,0	154,4
1993	122,5	123,3
1994	118,8	120,3
1995	128,2	131,4
1996	123,6	125,1
1997	118,2	118,3
1998	114,3	116,3
1999	110,0	110,9
2000	109,8	110,0
2001	109,2	108,9
2002	105,3	…
2003	104,7	…

Forrás: Egészségügyi Statisztikai Évkönyvek Központi Statisztikai Hivatal (1990 – 2004)

A fogyasztói árindex 1990 – 2003 között évente átlagosan 117,6 %-os. 1997. előtt 17,6 %-nál nagyobb mértékben, utána ennél kisebb mértékben nőttek az árak átlagosan.

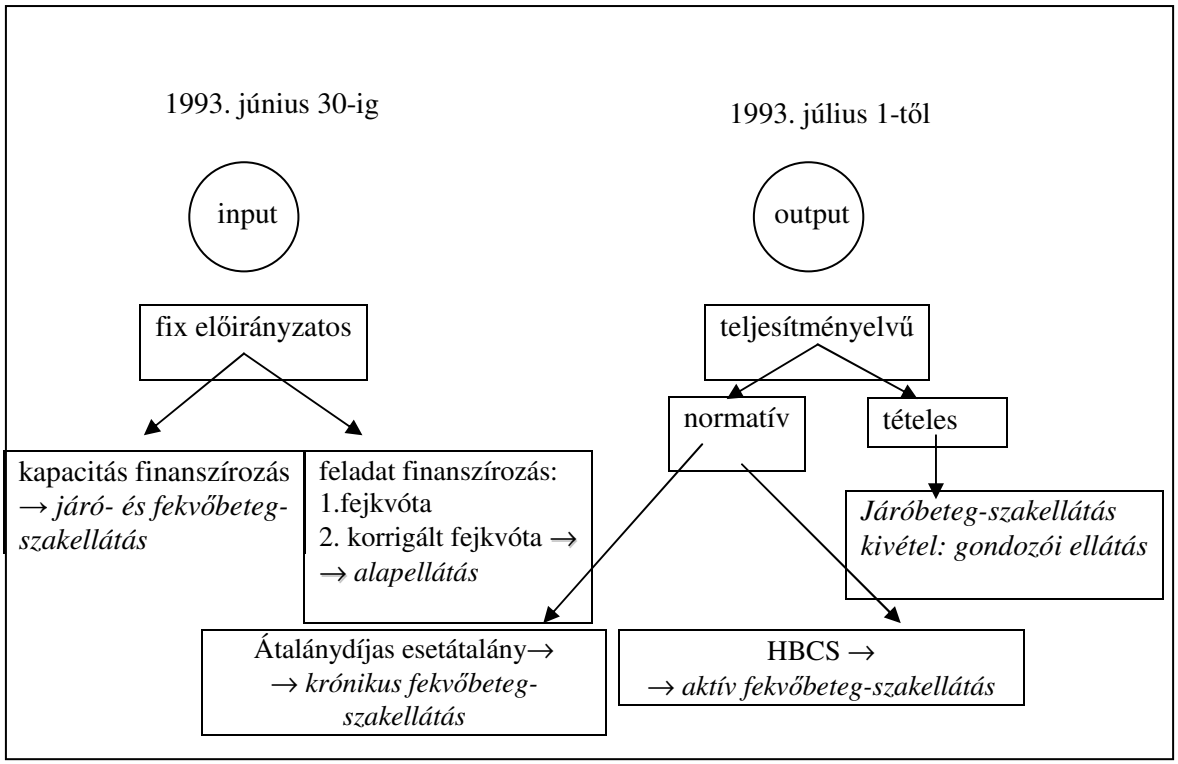
45 Fogyasztói árindex (CPI): az árszínvonal mérőszáma; egy változatlan fogyasztói korás költsége a bázisévben vett költségéhez viszonyítva (N. Gregory Mankiw 2002)

Az árindexek tartós növekedése inflációt jelent, mégpedig 2000-ig kétszámjegyűt, majd egyszámjegyűt. Ezen mutatók alakulása nominál értéken végső soron az Egészségbiztosítási Alap bevételének növekedését vonja maga után. Amikor defláltam (az infláció hatásáról eltekintettem), máris reálérték csökkenés lett.

3.4. Egészségügyi finanszírozási technikák elmélete és gyakorlata Magyarországon, kiemelten a fekvőbeteg – szakellátás területén

3.4.1. Egészségügyi finanszírozási technikák elméleti megközelítésben

Magyarországon 1993. június 30-a előtt és után az alábbi egészségügyi finanszírozási technikákat alkalmazták.



22. ábra: Finanszírozási technikák Magyarországon

Forrás: saját ábra

A finanszírozási rendszer típusainál megkülönböztetjük

- az *input* és
- az *output* rendszerű finanszírozást.

Az input jellegű elsősorban bázisszemléletű rendszert jelent, míg az output a teljesítményarányos finanszírozás elvén nyugszik. Közgazdaságilag a teljesítményre épülő finanszírozás a hatékonyabb, de itt felmerül a teljesítmény mérésének a kérdése, mivel ennek megvalósítása az egészségügyi szolgáltatásoknál nagyon nehéz. A teljesítmény teljes pontossággal nem számolható, csak megközelítően lehet számba venni. Ennek elsősorban az oka az, hogy minden egyes beteg egyénileg reagál a kezelésekre és más-más ennek a ráfordítás vonzata, a másik az orvos sajátos ún. monopolhelyzetében keresendő, ami eltérő kezeléseket, beavatkozásokat eredményez, tehát nehéz a tipizálás megvalósítása. Harmadik okként a közgazdasági mérés nehézségeit kell kiemelni. Itt fontos hangsúlyozni az alábbi két elv teljesíthetőségét, ami a teljesítmény méréséhez közelebb vihet. Az egyik az „orvosilag lehetséges, gazdaságilag megengedhető", a másik az ún. „mini-max" elv, tehát minimalizálni az inputot, optimalizálni a tevékenységet és maximalizálni a kimenetet. Más szóval a teljesítmény akkor hatékony, ha ezen elvek érvényesülnek. A kérdés az, hogyan értelmezzük az egyes elveket? Itt igen eltérőek a lehetőségek. Az output maximalizálás gyakorlatilag nem más, mint a beteg állapota, vagyis a beteg meggyógyult, illetve – krónikus esetben – állapota javult, vagy nem romlott a korábbi időszakhoz képest.

Mit jelent a „gyógyult" állapot? Általában akkor tekintik gyógyultnak a pácienst, ha a beteg a kezelés után egy bizonyos időn belül (például két héten belül) nem tér vissza a járó, vagy fekvőbeteg-ellátó rendszerbe. Valójában azonban azt a beteget tekinthetjük gyógyultnak, aki a beavatkozás (kezelés) hatására a korábbi életvitelét folytatni tudja, vagy másképpen az életminőségét helyreállító vagy javító teljesítményt nyújtott számára az orvos, illetve az egészségügyi szolgáltatást végző intézmény. Ez is azt erősíti meg, hogy a teljesítmény mérése elsősorban a betegre lebontottan egyéni módon lehet a legmegbízhatóbb. Természetesen a finanszírozás az átlagost kíséreli meg mérni.

A piaci alapú finanszírozás sem adja vissza jól a teljesítményt, mert ez elsősorban a haszonelvűségre épül. A minél kisebb ráfordítás, minél nagyobb haszon elve torzítja a költségérzékenységet és a tényleges ráfordítás mérését. A beteg oldaláról nézve is a költségkorlát kicsi, de ez elsősorban akkor jelentkezik, amikor közvetlenül nem a beteg, hanem a költségvetés, vagy a biztosító fizet. A beteget ebben az esetben nem érdekli a költségek nagysága („morális kockázat"), de nem is tudja megítélni ennek mértékét. Ez utóbbi érvényesül a piaci alapú finanszírozásnál, ahol erősebb a kereslet-kínálat hatása, de a beteg itt

is a kínálati jellegű egészségügy piacán egyoldalú függőségben van. (Legfeljebb nem veszi igénybe a szolgáltatást, de ezt csak nagy kockázattal teheti meg, amit viszont nem szívesen vállal fel.)

Az *input finanszírozás* (fix előirányzatú rendszer) lényege egyrészt a bázisszemlélet: az egészségügyre költött előző évi kiadásokat veszik alapul, s ennek függvényében határozzák meg a következő évi ráfordítás összegét; másrészt a maradékelvűség: a költségvetés felosztása után megmaradt összeget kapja.

Tulajdonképpen előfinanszírozás, a bevétel egyenletes, kiszámítható.

Az *input finanszírozás* formái:

- kapacitás finanszírozás és
- feladat finanszírozás.

Kapacitás finanszírozás: Kapacitás lehet az ágyszám, az óraszám. Az elkölthető pénz mennyiség felső határát szabják meg az előző évi költségvetés alapján, ezen belül a szolgáltatónak nagy szabadsága van a döntéseit illetően. A költségvetési bázis többnyire historikus költségek alapján kerül meghatározásra.

A kiinduló pont az intézmény előző évi költségvetése. Ezt korrigálják az inflációval, az új beruházások hatásával, és a szolgáltatás mennyiségében tervezett változással. Csökkenti a kórházi felvételeket, mivel fix összegből gazdálkodik, nem érdeke több beteg kezelése. Ösztönzőleg hat az olcsóbb kezelési eljárások keresésére, használatára is. Kedvezőtlen, hogy az ellátó rendszer struktúráját bemerevíti, nem ösztönöz gazdaságos tevékenységre, továbbá a betegek alulkezelése is reális veszély.

Feladat finanszírozás (fejkvóta alapú finanszírozás)

A fix előirányzat mértéke a konkrét feladathoz kötődik.

Feladat finanszírozás két formája ismeretes:

- a *listás és*
- *a földrajzi* alapú.

A listás formában az egészségügyi szolgáltató annyi pénzt kap, amennyi páciens szerepel a listáján (családorvosi rendszer). A másik forma adott földrajzi területen élő népesség valamilyen típusú ellátását van hivatva megoldani (pl. népegészségügyi programok, sürgősségi betegellátás). Ez a finanszírozási forma a kórházi ellátásban nem került alkalmazásra, ezért ezzel részletesebben nem foglalkozom.

Az output finanszírozás (teljesítményelvű rendszer) lényegében utófinanszírozás, teljesítmény függő. Az egészségügyben - komplex és nem homogén rendszerről lévén szó - rendkívül

nehéz dolog a teljesítmény definiálása. Az egyik szokásos megítélés a teljesítményt a tevékenységgel azonosítja, és a teljesítmény mérésére az elemi egységekre bontott és kategorizált tevékenységi listákat használja. A másik megközelítés nem a tevékenységből, hanem annak eredményéből indul ki.

Az output finanszírozás formái:

- tételes finanszírozás (pontrendszer, tarifa rendszer),
- normatív finanszírozás (napi díj, HBCS).

A tételes finanszírozás a járóbeteg-szakellátás területén kerül alkalmazásra, amivel nem foglalkozom disszertációmban.

A normatív finanszírozás pedig a fekvőbeteg-szakellátáshoz kapcsolódik, ezzel külön részben foglalkozom.

Mi a különbség az egészségügyi közkiadások és az egészségügyi kiadások között?

A közkiadások magukban foglalják a központi költségvetés és az önkormányzatok kiadásait, valamint az egészségbiztosítás természetbeni ellátási kiadásait, beleértve a beruházásokat is. Az egészségügyi kiadás magába foglalja az egészségügyi közkiadást és a magánkiadásokat – amelyek lehetnek co-payment, hálapénz, magán-egészségügyi szolgáltatás igénybevétele – (Dózsa 2003).

Az elméleti megközelítés szerint - közgazdasági szempontból - akkor optimális az egészségügyi kiadások szintje, amikor egy további egészségügyre fordított erőforrásegység ugyanakkora (vagy kisebb) hasznot eredményezne a társadalomnak, mint ha azt az adott egységet más célra fordítanák (oktatás, környezetvédelem stb).

3.4.2. Egészségügyi finanszírozási technikák napjaink gyakorlatában

Az egészségügyi rendszer finanszírozása Magyarországon több mint 70 %-ban (2001-ben 75,1 %) közforrásból történik. Legnagyobb mértékben az *Egészségbiztosítási Alap* finanszíroz.

A *központi költségvetés* számos szociális ellátást finanszíroz, valamint közvetlen támogatást nyújt, illetve meghatározott kiadásait megtéríti. A központi költségvetés legjelentősebb támogatásának az Egészségbiztosítási Alap tervezett, és – mivel a teljesítés rendszerint meghaladja ezt – terven felüli hiányának megszüntetése tekinthető.

A központi költségvetés egészségügyi kiadásai nem csupán az Egészségbiztosítási Alap felé irányulnak. A minisztériumok fenntartják a tulajdonukban lévő egészségügyi intézményeket (klinikák, országos intézetek, Országos Mentőszolgálat, Országos Vérellátó Szolgálat, Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat stb.) és az önkormányzatok által pályázható cél- és címzett támogatási rendszert működtetnek. A címzett és céltámogatások az állam által preferált, illetve több települést is ellátó nagy költségigényű beruházások megvalósítását segítik.

Az egészségügyi közfinanszírozás másik szereplője az *önkormányzatok*, melyek egészségügyi ellátási felelősségüknek döntően egészségügyi intézményeik tulajdonosaiként tesztnek eleget, a felhalmozási kiadásokat biztosítják.

Az egészségügyi magánkiadások jelentős hányadát teszi ki a *lakosság*i térítési díj (co-payment), melynek megfizetése az egyes egészségbiztosítási szolgáltatások igénybevételének feltétele (gyógyszer, gyógyászati segédeszköz stb.). Jelentős mértékű a magánfogorvosok által nyújtott ellátások igénybevétele, annak ellenére, hogy azok legnagyobb részéhez az egészségbiztosítás ellátásaként is hozzá lehet jutni.

Szintén jelentős mértékű a hálapénz. A KSH becslése szerint 1998-ban 13,4 milliárd forint, 1999-ben 16,4 milliárd forint, 2000-ben 20,9 milliárd forint. Moldova György (2003) A tékozló koldus című könyvében rendkívül érzékletesen ír a paraszolvancia történetéről, lényegéről, az egészségügyi reformot befolyásoló erejéről. Kiragadok néhány sort Moldova György és riportalanya beszélgetéséből.

„ - Létezik valamilyen becslés, hogy évente mennyi paraszolvenciát adhatnak Magyarországon?

- A szakmai vitákban elhangzott és eddig meg nem cáfolt állítások szerint 30-40 milliárd forintot. Ennek az összegnek a hatvan százalékát az orvosok öt százaléka teszi zsebre, ezen kívül még háromezer háziorvos parajövedelme számottevő. A kórházi másodorvosoknak és a szakrendelők orvosainak csak morzsák jutnak, a többieknek pedig semmi.....”

„ - Véleménye szerint a jövő hogy alakul?

- Ép ésszel senki sem várhatja el a pararendszer legfőbb haszonélvezőitől, akik a hatalmi eszközök szinte teljes körének birtokában vannak, hogy harakirit kövessenek el, hogy önként mondjanak le milliós jövedelmekről, hogy végrehajtsanak egy akármilyen tetszetős, külföldön bevált és a hazai viszonyokhoz adaptált reformot.

- Miért nem ?

- Hát a következőkért:

1. Minden valóságos reform sérti a pararendszer érdekeit

2. A para kiesése semmiféle béremeléssel nem kompenzálható

3. Minden valódi reform a tulajdonosi, finanszírozói és társadalmi ellenőrzés és érdekérvényesítés helyreállítását, a feudális előjogok felszámolását jelenti.

4. A tujaldonosi jogok és a finanszírozási ellenőrzés hatékony érvényesítése megfoszta-ná az elitet attól a parán túli, nem elhanyagolható jövedelemforrástól is, amely abból fakad, hogy az óriási medicinális piacon, ahol kifejezett verseny folyik, az egészségügyi intézmények közpénzekből szerzik be szükségleteiket. Közbeszerzési törvény ide vagy oda, ezekben az ügyletekben mindig a szállító a nyerő fél, amit így vagy úgy, honorál a döntéshozóknak. Nem akarom folytatni, a napnál is világosabb, hogy egy valódi reform csak a mai orvosi elit ellenére hajtható végre."

Elenyésző arányban vannak jelen az üzleti biztosítók kiegészítő egészségbiztosításai.

A finanszírozást nagyrészt az Egészségbiztosítási Alap biztosítja. Az Egészségbiztosítási Alap ellátási kiadásai az alábbiak (zárójelben a 2002. évi megoszlásokat tüntettem fel):

- pénzbeni ellátás (30,5 %) (pl. nyugellátás, egyéb pénzbeni ellátás)
- természetbeni ellátás (69,5 %).

A természetbeni ellátás formái:

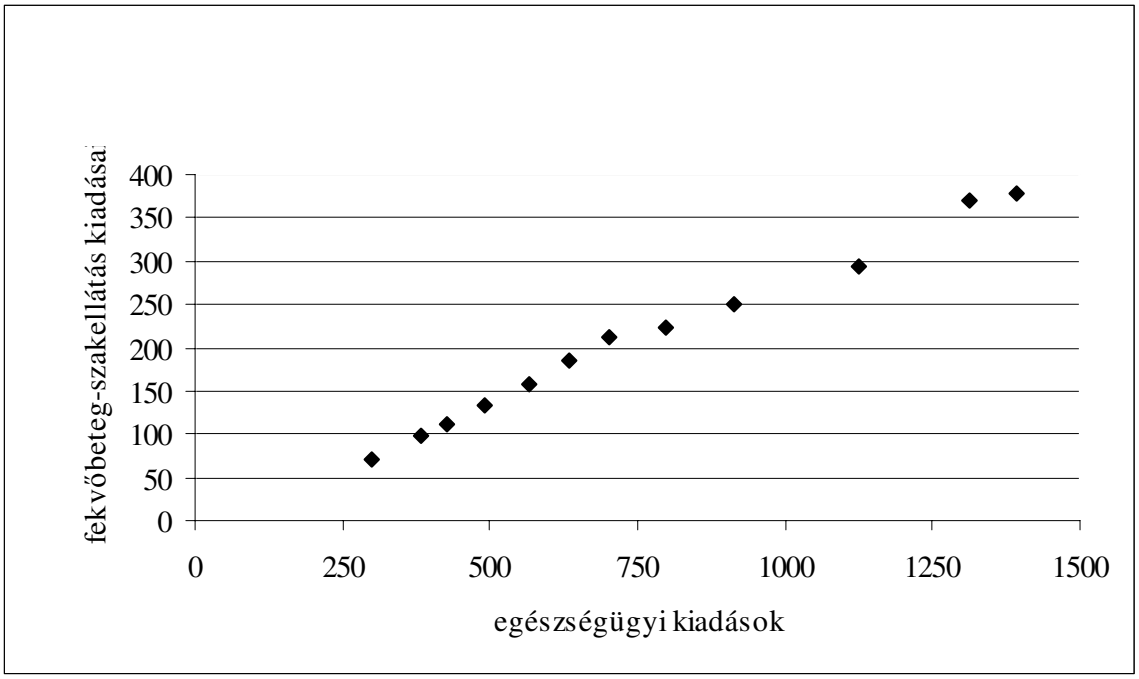
- gyógyító-megelőző ellátások (65,8 %)
- egyéb természetbeni ellátások (34,2 %) (pl. gyógyfürdő, gyógyszertámogatás)

A gyógyító-megelőző ellátások közé tartozik:

- betegszállítás és orvosi rendelvényű halottszállítás,
- CT,MRI,
- fekvőbeteg - szakellátás,
- fogászati ellátás,
- gondozóintézeti gondozás,
- házi szakápolás,
- háziorvosi ellátás,
- járóbeteg - szakellátás,
- művesekezelés,
- védőnő, anya-, gyermek- és ifjúság védelem.

Az Egészségbiztosítási Alap kiadásait részletesen tartalmazza a IX. sz. melléklet, 1993 – 2004. közötti években, nominál értéken.

Összefüggést kerestem az Egészségbiztosítási Alap kiadásai és a magyar fekvőbeteg-szakellátás nominális kiadásai között. A kapcsolatot jól szemlélteti a 23. sz. ábra:



23. ábra: Az Egészségbiztosítási Alap kiadásainak és a fekvőbeteg szakellátás kiadásainak kapcsolata 1993 - 2004 között

Forrás: saját számítás

A lineáris korrelációs együttható értékére 0,995 –öt számítottam, ami azt jelenti, hogy szoros kapcsolat van az egészségügyi kiadások nagysága és a fekvőbeteg-szakellátás kiadásainak nagysága között, vagyis 99 %-ban magyarázza az egészségügyi kiadások növekedése a fekvőbeteg - szakellátás kiadásainak növekedését.

Meghatároztam a lineáris regressziós függvény meredekségét: 0,275. Tehát ha az egészségügyi kiadások 100 forinttal nőnek, akkor a fekvőbeteg-szakellátás kiadásai 27,5 forinttal nőnek. Így prognosztizálható a fekvőbeteg szakellátás kiadása, ha központilag változtatnak az egészségügyi kiadások (zárt kassza) mértékén.

A reálértékes vizsgálat komolyabb következtetések levonását teszi lehetővé.

A X. sz. melléklet az Egészségbiztosítási Alap kiadásait részletesen tartalmazza, 1993 – 2004. közötti években, 1993-as bázisárakon.

Az Egészségbiztosítási Alap kiadása reálértéken többnyire csökkent, tehát rosszabb ellátást biztosít a népesség számára.

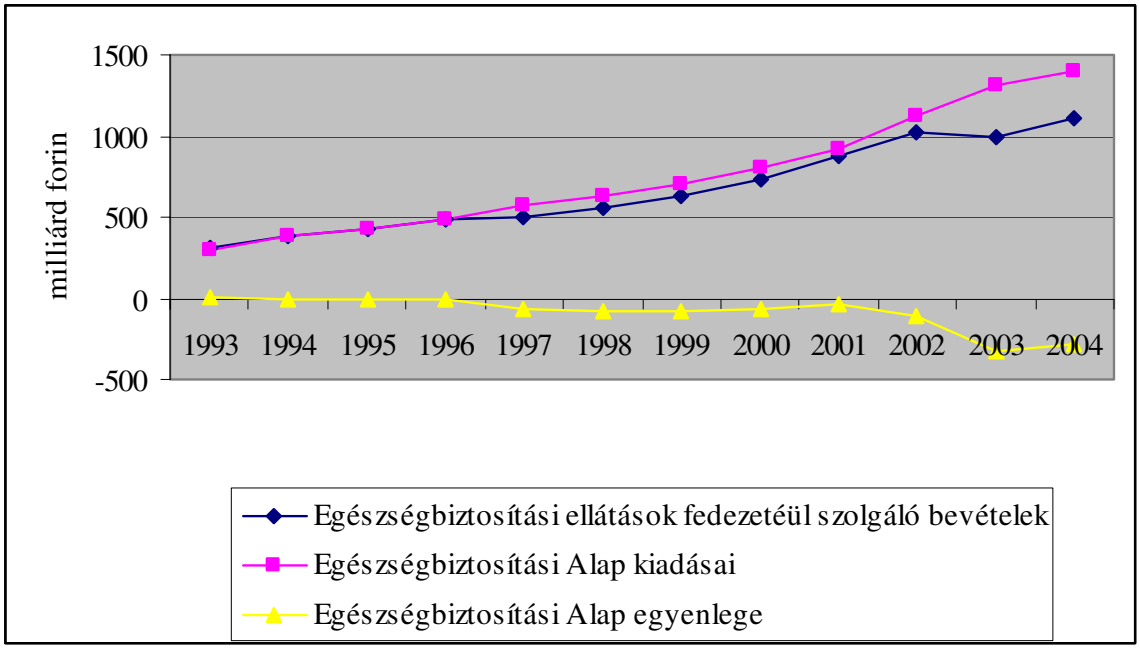
Megvizsgáltam az Egészségbiztosítási Alap egyenlegét nominál és reál értéken.

Az Egészségbiztosítási Alap egyenlege nominál értéken 1993 – 2004. között (milliárd forint)

7. sz. táblázat

Megnevezés	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004 terv
Egészségbiztosítási ellátások fedezetéül szolgáló bevételek	306,9	383,0	427,2	482,7	500,9	557,9	624,7	727,2	882,0	1 023,0	989,8	1 114,8
Egészségbiztosítási Alap kiadásai	300,8	383,7	428,5	490,1	566,7	632,9	701,2	797,7	915,0	1 125,2	1 311,8	1 393,6
Egészségbiztosítási Alap egyenlege	6,1	- 0.7	- 1,3	- 7,4	- 65,8	- 75,0	- 76,5	- 70,5	- 33,0	- 102,2	- 322,0	- 278,8

Forrás: www.medinfo.hu: Egészségbiztosítási Alap bevételeinek, kiadásainak értéke Ealapki_p.xls



24. ábra: Az Egészségbiztosítási Alap egyenlege nominál értéken 1993 – 2004. között (milliárd forint)

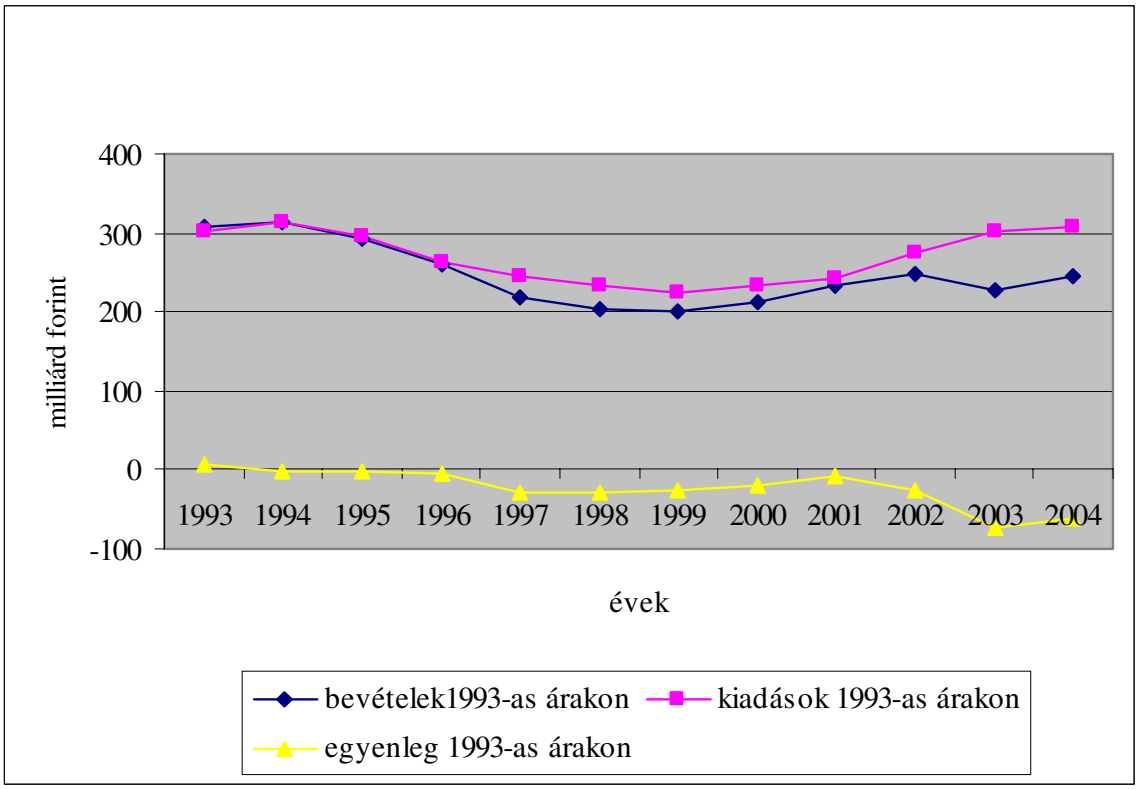
Forrás: www.medinfo.hu: Egészségbiztosítási Alap bevételeinek, kiadásainak értéke Ealapki_p.xls

A 7. sz. táblázatból is látszik, a vonaldiagram pedig szemléletesen mutatja, hogy *nominál értéken az Egészségbiztosítási Alap egyenlege* egyre nagyobb mértékben deficites.

Az Egészségbiztosítási Alap egyenlege reál értéken(md Ft) l993. évhez viszonyítva

8. sz. táblázat

Megnevezés	**1993**	**1994**	**1995**	**1996**	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004 terv**
Egészségbiztosítási ellátások fedezetéül szolgáló bevételek	306,9	312,7	293,5	258,7	217,2	204,5	200,3	212,0	234,2	248,8	228,6	245,9
Egészségbiztosítási Alap kiadásai	300,8	313,2	294,4	262,7	245,8	232,0	224,9	232,6	243,0	273,6	302,9	307,4
Egészségbiztosítási Alap egyenlege	6,1	-0,5	-0,9	-4	-28,6	-27,5	-24,6	-20,6	-8,8	-24,8	-74,3	-61,5

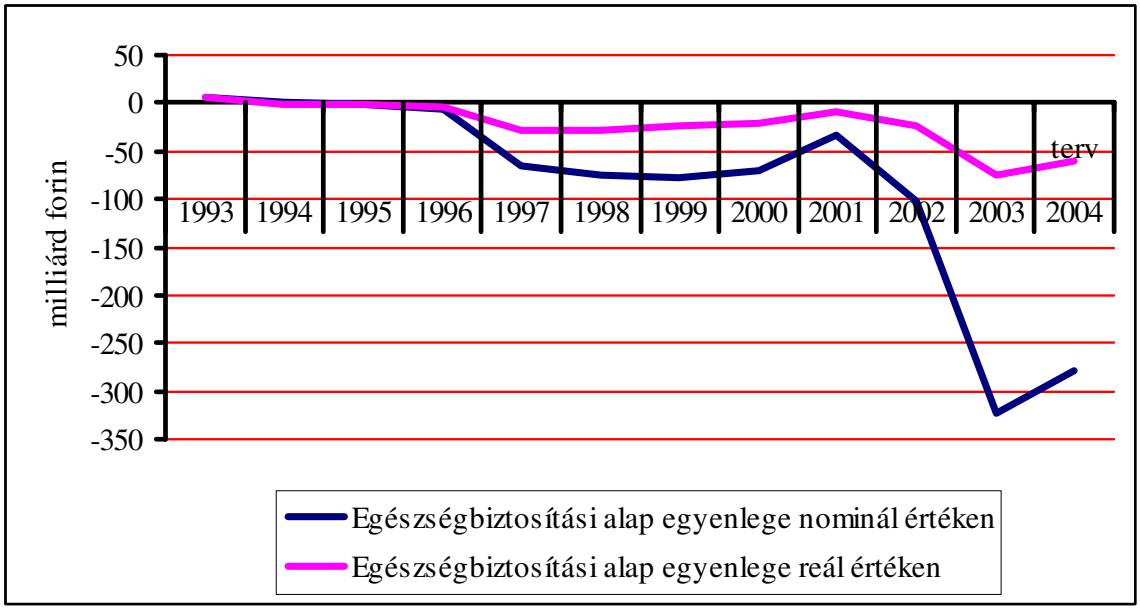


25. ábra: Az Egészségbiztosítási Alap egyenlege 1993-as árakon

Forrás: www.medinfo.hu: Egészségbiztosítási Alap bevételeinek, kiadásainak értéke Ealapki_p.xls

Az Egészségbiztosítási Alap reál értéken is deficitet mutat.

A 25/a. ábra egyszerre tartalmazza az Egészségbiztosítási Alap egyenlegét nominál és reál értéken. Az egészségügyi infláció hatása együtt látható a nominál érték változásával.



25/a. ábra: Az Egészségbiztosítási Alap egyenlege nominál értéken és 1993-as árakon

Forrás: www.medinfo.hu: Egészségbiztosítási Alap bevételeinek, kiadásainak értéke Ealapki_p.xls

A bevételek és a kiadások is 1995 - 1999. között csökkenést mutatnak, amiből az egészségügyi helyzet romlása következhet. 2000. évtől mind a bevétel, mind a kiadás növekszik, de a kiadás növekedése meghaladja a bevétel növekedését, ezért az olló egyre jobban nyílik.

3.4.3. Fekvőbeteg – szakellátás és finanszírozási technikái elméleti megközelítésben

3.4.3.1. Fekvőbeteg-szakellátás küldetése, csoportosítása, főbb mutatószámai

A fekvőbeteg-szakellátás finanszírozásának bemutatása előtt kicsit részletesebben foglalkozom a fekvőbeteg-szakellátás küldetésével, felosztásával, a fekvőbeteg – szakellátás legjellemzőbb mutatóival, a kórházi ágyak számának többoldalú vizsgálatával, valamint pár fontos mutatószám változásával, hiányosságokkal.

A fekvőbeteg-szakellátás küldetése – a szolgáltatók többi csoportjától megkülönböztethetően úgy fogalmazható meg, hogy szolgálnia kell azon betegek egészségügyi ellátását, akiknek a gyógyításhoz folyamatos, egész napra kiterjedő ápolásra, egy napon belül több alkalommal megismétlődő speciális orvosi ellátásra, és folyamatos orvosi ellenőrzés lehetőségére van szükségük.

A fekvőbeteg-szakellátás (kórház[46]) felosztható:

- aktív és
- krónikus szakellátásra.

Az *aktív fekvőbeteg-szakellátás* gyógyító, megelőző, rehabilitáló tevékenység, amelyben az ápolási idő előre tervezhető, többnyire rövid tartamú, az ellátásban az orvosszakmai tevékenység domináns, és az ellátás célja elsősorban a beteg állapotának megváltoztatása, javítása.

A *krónikus fekvőbeteg-szakellátás* alapvető jellemzője, hogy a betegség időtartama nem prognosztizálható. Az ellátásban az ápoló, szakápolói tevékenység a domináns, és az ellátás alapvető célja a beteg állapotának stabilizálására irányul.

A kórházak számának változását történelmi gyökereink fejezet mutatja.

A kórházakkal való ellátást a kórházi ágyak számával jellemezhetjük. Kísérjük figyelemmel, a magyarországi kórházak ágyszámát, nemzetközi összehasonlításban.

---

46 A 21/1998.(VI. 3.) népjóléti minisztériumi rendelet 1.§. (2) bekezdése szerint:

Kórház: az az egészségügyi intézmény, ahol legalább orvosi-klinikai laboratórium, radiológia, ultrahang, elektrokardiográfia (továbbiakban: EKG) és aneszteziológia működik osztály, illetve mátrix szerkezeti formában legalább belgyógyászati, sebészeti, ezen felül, legalább egy klinikai szakmának megfelelő fekvőbeteg-ellátást nyújtanak legalább 80 betegágyon úgy, hogy a szülészeti-nőgyógyászati konzultáció biztosított (általános kórház).

Kórházi ágyszám nemzetközi összehasonlításban 2001. év végén

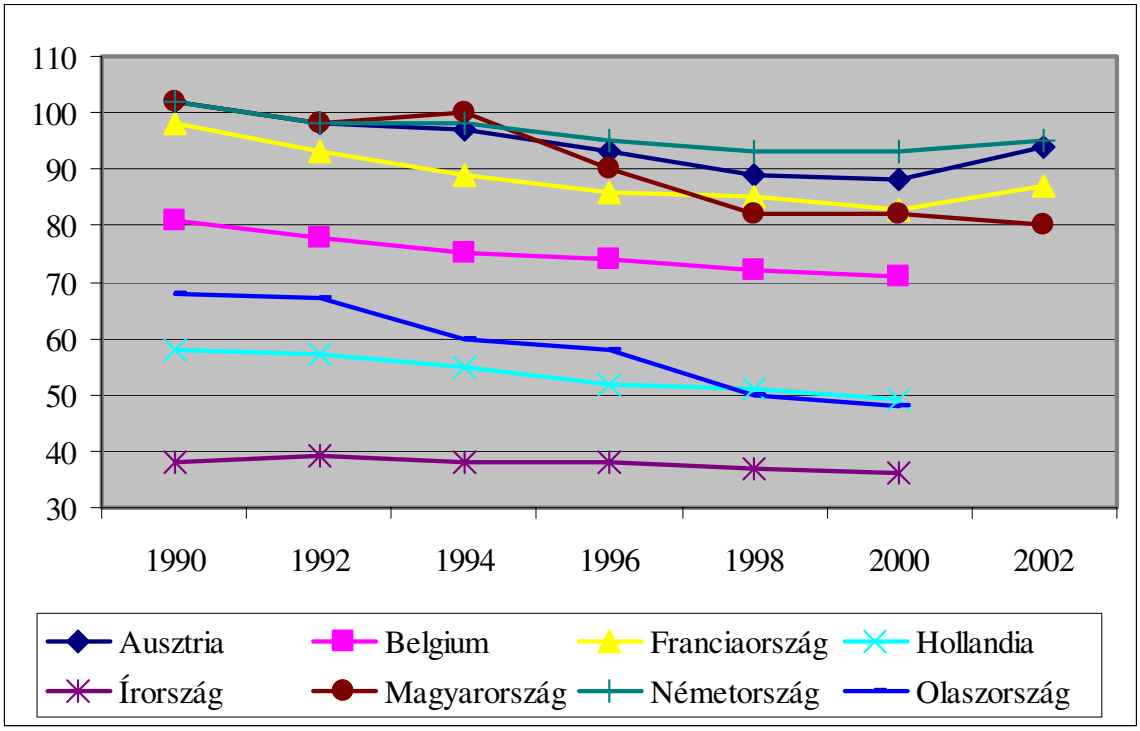
9. sz. táblázat

Országok	**Kórházi ágyszám**	**10.000 lakosra jutó kórházi ágyszám**
Ausztria	72.078	94,23
Németország	762.596	94,96
Franciaország	498.929	87,00
Görögország	52.495	50,96
Portugália	39.936	40,58
Nagy Britannia	251.000	43,57
Magyarország	80.979	80,50

Forrás: Boncz Imre (2003)

A 10.000 lakosra jutó ágyszám összehasonlíthatóvá teszi a fenti országok fekvőbeteg-szakellátottságát. Megállapítható, hogy nemzetközi mutatók szerint Magyarországon elég sok a kórházi ágy.

Az 1960-1970-es években az egészségügyi rendszer fejlettségét – az orvosok lakosságszámra vetített aránya mellett – a kórházi ágyak számával mérték a világ nyugati és keleti felében egyaránt. Az 1980-as években azonban Nyugaton felismerték, hogy az ágyszám magasabbá vált a szükségesnél, a felesleges kapacitás pedig költségnövelő tényező, ezért hozzákezdtek visszafejlesztéséhez. Ezt az irányt Magyarország csak a rendszerváltás után, az 1990-es évek közepén kezdte követni. 1994 és 1997 között közel húszezer ágy szűnt meg, 2001-ben pedig több mint 3 ezer. A csökkenést szemlélteti a 26. sz. ábra.



26. ábra: Kórházi ágyak száma (10.000 főre) az alábbi országokban
Forrás: KSH Egészségügyi statisztikai évkönyvek és HFA online, Boncz Imre (2003)

Magyarországon a kórházak tulajdonosai elsősorban az önkormányzatok, másodsorban az állam, melynek képviseletében a szakminisztérium gyakorolja a klinikák és az országos intézetek feletti tulajdonjogot, s kvázi-állami tulajdonnak tekinthetők a Magyar Államvasutak (MÁV) és az egyes minisztériumok kórházai (Honvédelmi Minisztérium, Belügyminisztérium és Igazságügyi Minisztérium). Magyarországon jelentős számban léteznek egyházi és alapítványi tulajdonban lévő kórházak is, bár ezek ágyszáma csekély. (Ez utóbbiakat a nemzetközi terminológia gyakran, mint „magán non-profit" határozza meg). Magyarországon két magántulajdonban lévő kórház („magán for-profit") is van. Szemben számos olyan országgal, ahol az egészségügyi rendszer társadalombiztosításként van megszervezve, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár nem kórháztulajdonos. A társadalombiztosítás tulajdonosi körből való kiszorulása 1990-ben, a helyi önkormányzatokról szóló törvény elfogadásával dőlt el, mely a kórházakat a megyei és települési önkormányzatok tulajdonába adta.

Kórházak és engedélyezett kórházi ágyak száma tulajdonosok,

illetve aktív és krónikus ellátás szerint, 2002. december 31-én

(Országos Egészségbiztosítási Pénztárral szerződést kötött intézmények)

10. sz. táblázat

	Kórházak száma	Kórházi ágyak száma			Átlagos kórházi ágyszám		
		aktív	krónikus	összesen	aktív	krónikus	összesen
Önkormányzatok	116	47 075	14 249	61 324	406	123	529
ebből:							
vidéki	98	38 802	10 573	49 375	396	108	504
fővárosi	18	8 273	3 676	11 949	460	204	664
Szakminisztérium	21	10 555	3 244	13 799	503	154	657
ebből:							
klinikák	4	6 844	314	7 158	1711	79	1790
országos intézetek	17	3 711	2 930	6 641	218	172	391
MÁV	4	1 133	427	1 560	283	107	390
HM, BM	6	1 522	510	2 032	254	85	339
IM	2	262	346	608	131	173	304
Egyházi, alapítványi, és egyéb	28	1 057	1 072	2 129	38	38	76
ebből:							
egyházi	9	981	628	1 609	109	70	179
alapítványi	17	36	424	460	2	25	27
egyéb	2	40	20	60	20	10	30
Magán	1	0	68	68	0	68	68
Összesen	178	61 604	19 916	81 520	346	112	458

Forrás: GYÓGYINFOK – www.medinfo.hu

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 2002-ben 178 kórházzal 81 520 ágyra szerződött (ún. engedélyezett ágyszám).

Önkormányzati tulajdonban 116 kórház van, a kórházak közel kétharmada, 65,2 %. A fővárosé az önkormányzati ágyak ötöde, ami a lakosság arányának megfelelő.

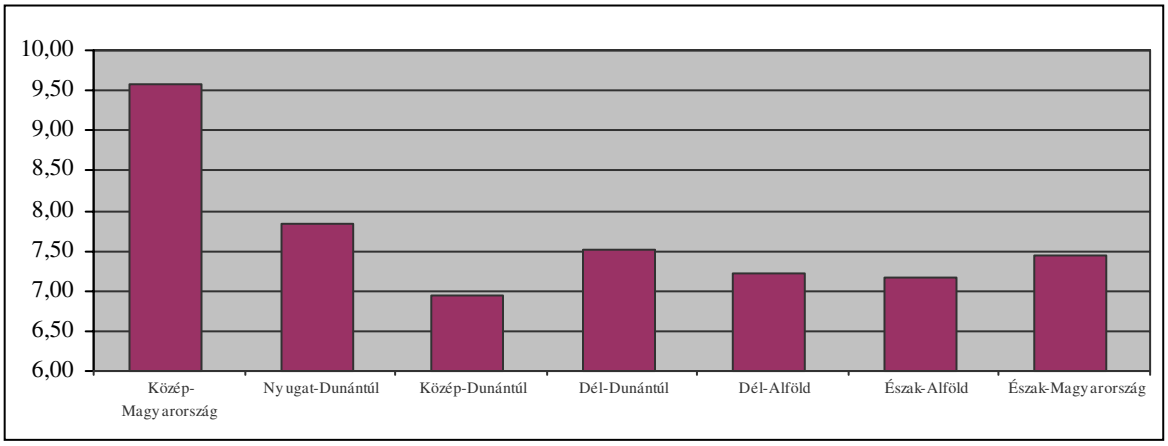
A szakminisztérium tulajdonában 21 kórház található, melyből 4 egyetemi klinika (Budapest, Debrecen, Szeged és Pécs) és 17 ún. országos intézet. Az intézmények 11,8 %-a a kórházi

ágyak 16,9 %-át foglalja magába. Ha ehhez hozzátesszük a kvázi-állami tulajdonnak tekinthető minisztériumi tulajdonban lévő kórházakat (ide értve a Magyar Államvasutak kórházait is), akkor a kórházak 18,5 %-a, a kórházi ágyak 22,1 %-a állami tulajdonban van.

A magán non-profit kórházak száma 28, ez a kórházak 15,6 %-a, de ágyszámuk az összesnek csak töredéke, 2,6%. Ebből 9 egyházi (katolikus, református és izraelita), 17 alapítványi, és kettő nehezen besorolható egyéb. Az OEP egy magán for-profit kórházzal is szerződésben áll. Megemlítendő, hogy a kórházak száma ennél valamivel több: egy magánkórháznak és néhány szanatóriumnak nincs szerződése az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral.

Magyarországon a kórházankénti átlagos ágyszám 458. A kórházak mérete azonban jelentős szórást mutat, például 31 kórház ágyszáma nem haladja meg a százat. E kis kórházak – valójában ápolási otthonok, szanatóriumok, alkohol- és drogrehabilitációs intézmények, hospice stb. – zömmel alapítványi tulajdonban vannak, bár van köztük egyházi és önkormányzati tulajdonban lévő is. A fekvőbeteg - szakellátó intézményrendszer csúcsán a négy egyetemi klinika található 1790 átlagos ágyszámmal, az országos intézetek közepes méretűeknek számítanak magyarországi viszonyok közt, átlagos ágyszámuk 391. Az önkormányzati kórházak közül a fővárosiak és megyeiek az átlagosnál nagyobbak. A legkisebbek az alapítványi kórházak, átlagosan 27 ággyal.

Magyarországon régiónként eltérő a kórházi ágyakkal való ellátottság. Komoly ellátási problémát jelent ez az egyes régiókban.



27. ábra: Kórházi ágyak száma ezer főre 2002. december 31-én

Forrás: OEP adatok

A kórházi ágyak megkülönböztethetők aszerint, hogy azok az aktív vagy a krónikus ellátás célját szolgálják.

A népesség elöregedése, illetve a krónikus ellátás szociális vonatkozásai a krónikus ágyak arányának növekedése irányába hat, így ezt lehetett valószínűsíteni Magyarországon is. 1990-2000 között az aktív és krónikus ágyak 70:30-as aránya alig módosult, 2001-ben azonban jelentős változás következett be: a krónikus ágyak száma 7350-el csökkent, miközben az aktívaké 4052-vel nőtt. Ennek oka azonban nem strukturális változás volt, hanem meglévő tüdőgyógyászati ágyak átminősítése, mely valójában finanszírozásuk módjának megváltozását jelentette. Ezzel kialakult az aktív és krónikus ágyak jelenlegi háromnegyed-egynegyedes aránya.

A fekvőbeteg - szakellátás helyzetének megítéléséhez, változásához az alábbi mutatószámok alakulását célszerű vizsgálni.

Fekvőbeteg – szakellátás mutatószámai 2001. év elején

11. sz. táblázat

Mutatószámok	**1980**	**1990**	**2001**	**1990. évhez viszonyított vált.**
Működő ágyak száma	83 405	101 954	80 504	- 21 %
Működő ágyak száma 10.000 lakosra	87,0	98,3	79,1	- 19,5 %
Kórházi orvosok száma (fő)	10 644	13 681	12 099	- 11,5 %
Ápoló és egyéb személyzet (fő)	45 084	55 177	54 809	- 0,7 %
Beteglétszám (1000 fő)	2 012	2 258	2 655	+ 17,6 %
100 működő ágyra jutó ápoló, egészségügyi személyzet (fő/100 működő ágy)	48,45	52,5	68,08	+ 29,5 %
100 működő ágyra jutó orvos (fő/100 működő ágy)	11,4	13,0	15,03	+ 15,4 %
Ágykihasználás (%)				
- ***aktív***	83,3	74,9	76,9	+ 2,7 %
- ***krónikus***	93,2	84,6	87,3	+ 3,2 %
- ***átlag***	88,25	79,75	82,1	+ 2,9 %
Átlagos ápolási napok				
- ***aktív***	11,2	9,9	7,0	- 29,3 %
- ***krónikus***	38,5	32,2	31,3	- 2,8 %
- ***átlag***	24,85	21,05	19,15	- 9 %
gyógyintézeti halálozási (%)	3,4	3,4	2,8	- 18 %

Forrás: Egészségügyi Statisztikai Évkönyv [2002]

Az 1990-es évet bázisként szerepeltetve, a statisztikai adatok a következő változásokat jelzik:

- működő kórházi ágyak száma 10 év alatt 21 %-kal csökkent,
- a beteglétszám 17,6 %-kal nőtt,

- a kórházi orvosok száma csökkent közel 12 %-kal, s emellett nagyjából változatlan maradt az ápoló személyzet száma,
- így a 100 működő ágyra jutó orvos létszám is számottevően, de az egészségügyi szakdolgozói létszám is (100 működő ágyra vetítve) jelentősen emelkedett,
- nőtt az ágykihasználtság mértéke csekély számmal, de az aktív kórházi ágyakon nagymértékben csökkent az átlagos ápolási idő, míg a krónikus osztályokon kevésbé.

A fekvőbeteg – szakellátás hiányosságai Csáky (2001) munkája alapján:

- a jelenlegi ágystruktúra nem tükrözi a demográfiai és morbiditási helyzet alapján megjelenő igényeket,
- területi aránytalansággal és nemkívánatos elosztási helyzettel bír,
- még mindig végez feladatkörébe nem tartozó tevékenységet is,
- nincs meghatározva az ellátás progresszivitási szintje,
- a rögzített kapacitás nehezíti a megfelelő gazdálkodást.

3.4.3.2. A fekvőbeteg – szakellátás finanszírozási technikái napjainkban elméleti megközelítésben

A fekvőbeteg – szakellátásnak jelenleg alapvetően két finanszírozási formája használatos:

- normatív finanszírozás (napi-, átalánydíjas esetátalány),
- normatív finanszírozás (HBCS).

3.4.3.2.1. Normatív finanszírozás (napi-, átalánydíjas esetátalány)

Magyarországon a krónikus fekvőbeteg - szakellátás finanszírozása történik napidíj elszámolással.

A krónikus ellátás esetén a cél az egészségi állapot stabilizálása, romlásának megakadályozása.

A krónikus ellátás **f**ormái:

- rehabilitáció; célja az egészségi állapot részleges, vagy teljes visszaállítása,
- krónikus; célja a beteg állapotának stabilizálása, ha a beteg nem gyógyítható, állapota hosszú ideig változatlan maradjon maradjon,
- ápolás; kevesebb orvosi felügyeletet igénylő hosszantartó folyamat.

A krónikus ellátás finanszírozása tételes, naparányos, amit egy szakmai szorzóval korrigálnak. Az elszámolás alapja az ápolási nap, ami időtartama előre nem tervezhető. Nem a betegség

típusa szabja meg, hogy mennyi ráfordítás szükséges, hanem az ápolás, hotelszolgáltatás határozza meg a költségek nagyobb részét.

A bevétel alapja a napok száma szorozva a fixdíjjal és a szorzóval. A szorzó az ellátás típusának, ellátó osztályra jellemző, és attól függ, mennyi aktív, gyógyító tevékenységet igényel. A krónikus ellátások szorzóit a 12. sz. táblázat tartalmazza.

Krónikus ellátások szorzói

12. sz. táblázat

Megnevezése	Szorzója
Ápolási osztályon végzett ellátás	1,2
Krónikus ellátás	1,5
Rehabilitáció	1,6
Szakmai minősítésű intenzív rehabilitációs ellátás	2,1
Hospice ellátás	1,5
Addiktológiai, alkohol- és drogfüggő betegek rehabilitációja	1,6
Tetraplég osztályos ellátás	4,0
Speciális rehabilitáció (koponya-, gerinc-, agysérülések és szeptikus betegek ellátása)	4,0
Légzési rehabilitáció	6,7
Vegyes profilú ápolási osztályon végzett hosszú idejű ellátás	0,8

Forrás: 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet

Minden ellátásról egy betegszámla állítható/állítandó ki. Hosszú ápolás esetén azonban lehetőség van részszámla kiállítására, amit minden hónap végén készítenek el. Ha ez nem lenne lehetséges, akkor a kórházak akár csődbe is juthatnának. Az ellátás végén a biztosító kiszámlázza, és kifizeti a maradékot.

A teljesítményfinanszírozás igazi változást idézett elő a krónikus ellátásban, mivel általa a bevételek tervezhetőek lettek. Azonban a tervezhetőség nem minden, a krónikus ellátásra általánosan jellemző az alulfinanszírozottság.

A teljesítményelvű finanszírozás bevezetésének célja, hogy méltányosan, racionálisan, a jogosnak tekinthető költségeket alapul véve kapjanak az egészségügyi intézmények finanszírozást.

A rendszernek vannak tagadhatatlan *pozitívumai*. Így például bevezetésével megszűntek a bázisfinanszírozás idejében tapasztalható intézmények közötti aránytalanságok, amikor is előfordult, hogy ugyanazért a feladatért – a személyes „kijárásnak” köszönhetően – akár tízszeres pénzt is kapott egy-egy intézmény.

Megfelelő felkészültségű menedzsment kezében alkalmas eszköz lehet a költséghatékony gazdálkodás megteremtéséhez, és a kórház gazdálkodásának bevételi oldala átláthatóbbá vált.
Az adatszolgáltatás megbízhatóbb lett, mert bár még mindig vannak kiskaput kereső intézmények, de a rendszer maga mégis megbízhatóbb morbiditási statisztikát szolgáltat, mint az 1993 előtti.
Nem elhanyagolhatóak a jelenlegi teljesítményfinanszírozási rendszer *negatívumai* sem.
Teljesítményhajszába kényszeríti a kórházakat. Magasabb teljesítmény „hatékonyabb" kódolással, a kódokkal való bűvészmutatványok, adatok manipulálása, a túlkódolás - vagy esetszám növeléssel – a betegösszetétel felhígítása úgynevezett „vatta betegekkel" – érhető el. Az alulkódolás azonban valószínűleg nagyobb veszteséget jelent, mint amennyi nyereséget a túlkódolás. A kórházak kódfelelősöket bíznak meg a kódolás ellenőrzésével, munkaidejük nagy részét ezzel töltik, akik anyagilag nem járnak jobban, s közben saját munkájukkal sem haladnak, esetleg elesnek a „szolvens" betegek kezelésének lehetőségétől is. Egyre több intézmény alkalmaz külső tanácsadót. A tapasztalatok szerint ők járnak jobban.
Minőségromlással is kell számolnunk. Ez itt azt jelenti, hogy a beteg állapota nem olyan mértékben javul, például a túl korai elbocsátás miatt, mint az elvárható lenne az adott esetben.
Gyenge az ellenőrzés, magasabb színvonalú rendszeres szakmai és adminisztratív kontrollra lesz szükség a közeljövőben.
A napidíj lehet degresszív is, annak optimális mértéke azonban nehezen meghatározható.
Jellemzője, hogy kis adminisztrációs költsége van, könnyen kezelhető, és intézményi szinten kiadáskorlátozó.

3.4.3.2.2. Normatív finanszírozás (HBCS).

Az aktív ágyak finanszírozása Magyarországon a homogén betegségcsoportok (HBCS) rendszere alapján történik 1993. július elsejétől. A HBCS rendszer alapját képező Diagnosis Related Groups (DRG) rendszert az Egyesült Államokban fejlesztették ki a Yale Egyetemen Fetter professzor vezetésével a 70-es években, eredetileg minőségellenőrzési és statisztikai célokkal. A DRG rendszer orvosi szempontból logikailag összetartozó, azonos forrásigényű - ún. iso-resource - ellátási eseteket sorol egy csoportba, 467 csoportot képez (Magyarországon jelenleg 786 csoport van), ami statisztikailag könnyen kezelhető. Ezt a rendszert 1983-ban vezették be az USA-ban finanszírozási célokra két biztosító társaságnál, a MEDICARE és a MEDICAID társaság kórházaiban.

A DRG-k mindegyike rendelkezik egy előzetes, empirikus elemző eljárás során meghatározott, majd folyamatosan karbantartott súlyszámmal, amely az átlaghoz viszonyítva kifejezi az adott DRG-ba sorolt ápolási esetek relatív teljesítményértékét, illetve relatív erőforrás (költség) igényét. Ha a kórház finanszírozása DRG rendszer alapján történik, akkor a súlyszámok egysége előre meghatározott pénzösszegnek felel meg.

Először Portugália kezdte meg ezt a rendszert alkalmazni, majd később Ausztrália, Egyesült Királyság, Belgium, Németország, Franciaország, Skandinávia, Ausztria, Hollandia. A DRG (HBCS) elv nemzetközi alkalmazásának néhány rövidítése a XI. sz. mellékletben olvasható.

A DRG magyarországi megfelelője tehát a „HBCS, az aktív kórházi ápolási esetek olyan osztályozási rendszere, amelyben a csoportképzés alapja az orvos-szakmai azonosság mellett a ráfordítás-igényesség homogenitása”[47]. A besorolást elsődlegesen az ellátást indokló betegségek és a besoroláshoz kiemelt orvosi beavatkozások határozzák meg. Magyarországon 1987-től több éven keresztül 37 kórház részvételével mintegy 500 ezer ápolási eseménynek, az országos betegforgalom mintegy 40 %-ának részletes adatgyűjtésére és ezt követően adatfeldolgozására került sor (Bordás 1998).

A HBCS rendszerrel szemben fontos elvárás volt, hogy a korábbi bázisfinanszírozáshoz képest

- átlagos ápolási idő csökkenjen,
- hatékonyabb legyen,
- az aktív ágyakról időben áthelyezésre kerüljenek a krónikus ágyakra a betegek,

47 Géher Pál (2001)

- csökkenjen a kórházi ellátások száma a járóbeteg - szakellátás javára,
- a kórházak belső szerkezete alkalmazkodjon az igényekhez,
- igazságos legyen a finanszírozás, a teljesítménnyel arányosan változzon.

A homogén betegségcsoportok szerinti finanszírozás elve a következő: az ellátásokat (ápolási eseteket) megfelelő algoritmus szerint a költség és ráfordítás arányában csoportokra osztják és a betegségcsoportokra jellemző átlagos költséget fizeti a biztosító, függetlenül a konkrét eseti ráfordításoktól.

A kórházi ápolási esetek osztályozása során két fontos szakterület elvárásainak kell megfelelni:

A klinikus szempontjai:

- a megbetegedés súlyossága, aminek lehetséges mérőszáma a megbetegedés következtében bekövetkezett funkcióveszteség vagy a betegség mortalitása,
- a prognózis (a javulás, a gyógyulás valószínűsége),
- a gyógyítás nehézségi foka (munkaigényessége, terápia és diagnosztika igényessége, a különleges betegségek kezelésének műszerigénye, komplikált eljárások szükségessége),
- a beavatkozás szükségessége (kell-e műtéti vagy intenzív terápiás beavatkozás).

A gazdasági vezető szempontja:

Az ellátás költsége, ráfordítás és erőforrásigénye (mi a relatív költségigénye a különböző diagnosztikai és terápiás szolgáltatásoknak az egyes betegségek ellátása során) és ezzel együtt a várható bevétel.

A homogén betegségcsoportokon alapuló magyar kórházi teljesítmény-finanszírozási rendszer négy szintből álló szabályozási struktúrának tekinthető:

I. szint: Bázisszabályok és paraméterek a homogén betegségcsoportok típusától függően

A besorolásban döntő szerepet játszik a kórházi ellátás fő oka.

Ide tartoznak az egyes betegségcsoportok finanszírozásának mértékét befolyásoló paraméterek:

- normál esetek alsó-felső határnapja
- normatív ápolási idő

- költségigényesség súlyszám (case-mix index)
- zárt kassza

II. szint: Keretszabályok, amelyek a homogén betegségcsoportok típusától függetlenül az ápolási esetre, valamint az árak meghatározásának módjára, az árak költségfedezeti tartalmára vonatkozó eljárásokat szabályozzák.

Minden teljesítményorientált rendszerben szükséges tisztázni, hogy

- a megkülönböztetések milyen alapegységekre vonatkoznak (pl. kórházi eset, finanszírozási eset fogalma, stb.),
- az alkalmazott módszer a teljes finanszírozás mely elemeire adja meg a díjelszámolás módját (pl. csak a működési költségekre),
- az egyes szolgáltatókkal szemben érvényesít vagy nem speciális szempontokat ugyanazon eset ellátása után (pl. a díjak eltérésének problémája ugyanazon HBCs-re a szolgáltató ellátási szintjétől függően).

III. szint: Védelmi szabályok

Ide tartoznak azok a szabályok, amelyek a kórházi ellátás globális rendszerén belül ható eszközökkel segítik az egyensúlyi állapot fenntartását a kifizetések és a rendelkezésre álló keretek között. Ilyen eszköz például a havi korrekciós tényező, amely nagyon drasztikus módon garantálja, hogy a fix kórházi költségvetési keretet országos szinten a teljesítmények növelése mellett se lépjék túl. Ez az egyensúly természetesen sokféle módon fenntartható.

IV. szint: Környezeti tényezők

A környezeti faktorként megjelenő szabályok közül azokat kell kórház finanszírozást befolyásoló faktornak tekinteni, amely közvetve vagy közvetlenül hatással vannak a kórházi ellátás igénybevételének mértékére, ellenőrzöttségére.

Így ebbe a szintbe tartoznak az alapvető környezeti tényezők (politika, pénzügyek, kulturális és higiénés szokások, hagyományok, stb.) mellett a beutalási és igénybevételi előírások, a háziorvosi felelősség kiterjedése, a többi szolgáltató finanszírozási rendszere és az ebből eredő kereslet a kórházi ellátás iránt.

A homogén betegségcsoportok meghatározásának elvei:

- A besorolás alapvető meghatározó szempontja az ellátást indokló fő diagnózis. Ez nyilvánul meg abban a tényben is, hogy először a besorolás során a betegség alapján meghatározható betegség főcsoport kerül meghatározásra.
- Meghatározott beavatkozások az ápolást indokló fő diagnózis mellett elsődleges besorolási tényezők. Elsődleges besorolási tényező lehet az a beavatkozás, amely megadott értéket meghaladó (legalább az ellátás összes költségének 10 %-t meghatározza) elvégzésére csak kórházban, folyamatos felügyelet mellett kerülhet sor. Így pl. ezen okok miatt nem lehet besorolási tényező a labor, röntgen vizsgálatok jelentős része, MRI, CT.
- Az elsődleges besorolási tényezőnek számító ápolást indokló fő diagnózis mellett a kísérőbetegségek meghatározott köre, a beteg további sorsa, újszülött testsúlya, kora besorolást módosító faktor lehet.
- A HBCS rendszer meghatározott beavatkozásokat másodlagos besorolási tényezőként kezel. Ezek olyan beavatkozások, amelyek meghatározott ápolást indokló fő diagnózissal együtt való előfordulása egyértelműen jelzi, „igazolja" a preferálandó magas szintű ellátás elvégzését. Ezek az ellátások önálló csoportként jelennek meg.
- Nem célszerű a szolgáltatás egységek (csoportok) számát jelentősen megemelni, 1000 fölé emelni. Túl sok csoport alkalmazása rontja a rendszer áttekinthetőségét. A sokféleség mellett a koncentráltság is jellemző a kórházi ellátásra. Az első tíz leggyakoribb HBCS csoport kiteszi a teljes kórházi ellátás 30 %-át.
- A nagy esetszámban előforduló ellátás típusokat célszerű a BNO szintjén csoportként megnevezni. Azokat az ellátás típusokat, amelyek országosan ritkán, de kórházanként egyforma valószínűséggel jelennek meg átlagos költségigénnyel, nem célszerű önálló csoportba tenni, hanem főcsoportonként megkülönböztetve és összevonva egy "egyéb" kategóriában kell besorolni.
- Új csoportokat akkor célszerű létrehozni, ha az esetek száma országosan jelentős. Meg kell különböztetni a koncentráltan, kevés szolgáltatónál ellátott és a minden kórház esetén egyforma valószínűséggel megjelenő esettípusokat. A nagy értékkel rendelkező, minden szolgáltatónál egyforma valószínűséggel megjelenő esettípusokból legalább évi 100 előfordulásnak, a koncentráltan, 10 intézetnél nem több szolgáltatónál megjelenő esettípusokból legalább évi 20 esetnek kell ahhoz megjelenni, hogy új HBCS csoport kerüljön bevezetésre. Ennél kisebb esetszám, magas ellátási költség esetén inkább célszerű a tételes elszámolást alkalmazni.

A homogén betegségcsoportok meghatározásának általános lépései:

- Orvos-szakértők az előre definiált csoportokra a statisztikai adatok és a szakmai ismertek alapján meghatározzák a csoportba tartozó betegségeket és műtéteket.
- A kialakított besorolási szabályok szerint a vizsgált eseteket betegség-csoportokba sorolják.
- Ezt követően a ráfordítás adatok és költségek alapján a megfigyelt esetekre szabályos betegszámlák készülnek.
- Az egyedi ellátási esetek számlái alapján az egyes betegségcsoportokra kiszámítják az átlagköltségeket, egyéb jellemzőket, vizsgálják a csoportok költség szerinti homogenitását.
- Az így kialakított csoportok homogenitását a költségek alapján matematikai statisztikai módszerekkel ellenőrzik (variancia minimalizálás).
- A vizsgálat alapján meghatározzák a besorolási szabályok szükséges módosítását.
- A módosított csoportokra ismételt vizsgálattal és számításokkal határozzák meg az új jellemzőket.

A homogén betegségcsoportok főbb jellemzői:

- *Határnapok*: minden ápolási eseményhez egy alsó és egy felső határnap tartozik, mely korábbi elemzések alapján a betegségcsoportra jellemző legrövidebb és leghosszabb ápolási időnek felel meg; e két határérték között a biztosító azonos, a tényleges ápolási időtől függetlenül díjat folyósít az ellátónak. Az alsó határnap alatti ellátás esetén a díjat arányosan csökkenti a finanszírozó, míg a felső határnap utáni ellátásért erősen redukált ápolásinap-arányos díj számolható el.
- *Normatív ápolási idő* az alsó-felső határnap közötti esetek ápolási idejének országos átlaga.
- *Ellátási esetek*, mint finanszírozási kategóriák egy homogén betegségcsoporton belül:
- Az után a beteg után, aki 24 órán belül elhagyja a kórházat, nem kap HBCS szerinti finanszírozást az intézmény. (Kivételes eset, ha a beteg meghal.)
- *Rövid ellátási eset*ről beszélünk, ha az adott homogén betegségcsoport ellátására megszabott alsó határnap letelte előtt befejeződik a kezelés. Ez után az intézmény nem jogosult a teljes HBCS díjra. Ennek nagysága a HBCS súlyszám és a minimum nap hányadosa, megszorozva a ténylegesen bent töltött napok számával.

- *Átlagos (normális) ellátási eset*ről beszélünk, ha az ellátás időtartama az adott betegségcsoporthoz tartozó alsó határnapot meghaladja, de a felső határnapot túl nem lép. A finanszírozás a HBCS súlyszámok alapján történik. (országos alapdíj*súlyszám)
- *Hosszú ellátási eset*ről beszélünk, ha az eset hossza meghaladja a felső határnapot.
- Külön meg kell még említeni a *nappali kórházi ellátás* finanszírozását. Ebben az esetben a teljesítmény 0,7-es szorzóval számolható el.
- *Áthelyezett ellátási eset* akkor, ha a továbbküldési diagnózis HBCS-je megegyezik az ápolást indokoló fődiagnózissal, illetve az áthelyezés előtti ellátás nem érte el a HBCS normatív ápolási idejét, akkor megosztva történik a térítés a napok arányában.
- *súlyszám* a betegségcsoportra jellemző átlagos költség mértéke; értéke, átlagos ráfordítás esetén 1,0 pont.

  A súlyszám tehát a különböző homogén betegségcsoportoknak az átlagos esetköltséghez viszonyított költségigényességének mértékét fejezi ki.

- $$\text{Súlyszám} = \frac{\text{adott HBCS esetköltsége}}{\text{átlagos esetköltség}}$$

ahol az átlagos esetköltség az egyes csoportok átlagköltségének súlyozott átlaga.

A súlyszámok a társadalombiztosítás által folyósított működési költségek teljesítményelvű elosztásának eszközei az ellátás átlagos erőforrásigényét fejezik ki.

A súlyszámok összetevői:

- átlagos bérhányad,
- átlagos rezsihányad,
- átlagos anyagköltség,
- az igazgatási költségek, központi szolgáltatások arányos része,
- HBCS esetén az igénybe vett konzíliumok átlagos költsége.

A XII. sz. mellékletben Bordás (1999) egy átlagos HBCS összetételét mutatom be.
A diagnosztikai és terápiás beavatkozások jelentik a gyógyítás-ellátás teljes önköltségének 48,21 %-át, ezen belül is a legnagyobb részarányt a műtétek (14,22 %), a közvetlen gyógyszerköltség (11,43 %) majd pedig az általános osztályos orvosi tevékenységek (10,37%) jelentik. Az ápolási költségeken belül a legnagyobb hányadot a nővéri bér + járulékai (9,73 %) adja. Az említett tényezők racionális felhasználásával lehetne az önköltség szerkezetét megváltoztatni.

A súlyszámok nem tartalmazzák az:

- amortizáció, fejlesztés, tőkehozam,
- eseti ráfordítás,
- konkrét szakmai igényesség tételeit.

A 13. sz. táblázatból látható, hogyan változott 1993-tól napjainkig az aktív fekvőbeteg - szakellátás súlyszám alapdíja és az alapdíjának vásárlóereje (reálértéke). A XIII. sz. melléklet inflációkövetően mutatja az aktív fekvőbeteg - szakellátás finanszírozásának változását 1993 - 2004 közötti években.
Kiszámítottam az ismert egészségügyi árindex segítségével kialakítandó aktív fekvőbeteg – szakellátás súlyszám alapdíját 1993 – 2004. években.

Egészségügyi árindex segítségével az aktív fekvőbeteg – szakellátás finanszírozásának változása 1993 – 2004. években

13. sz. táblázat

Megnevezés	**Tényleges súlyszám alapdíj (forint)**	**Hivatalos halmozott éves egészségügyi árindex az év első napján(%)**	**Egészségügyi inflációt követő súlyszám alapdíj (forint)**
1998.	Egységes súlyszám alapdíjra történő áttérés		
1998. július – 1999. január	56 250	319,0	98 890
1999. február – július	68 500	353,8	109 678
1999. augusztus december	75 500	353,8	109 678
2000. január – december	75 500	389,1	120 621
2001 január – június	81 000	423,8	131 378
2001. július – szeptember	90 000	423,8	131 378
2001. október – 2002. január	95 000	423,8	131 378
2002. február – 2002. december	100 000	…	…
2003. január – 2004. január	100 000	…	…
2004. február -	126 000	…	…

Forrás: Saját számítás (1993 - 31 000 forint)

A kórházi bevételeket meghatározó súlyszám forintértékének növekedése elmarad az inflációt figyelembe vevő számított értéktől, az elmaradás nagyobb mértékű, ha az egészségügyi árindexet használom. A finanszírozási hiányosság fő oka, hogy nem inflációkövető.

- *eset-összetételi index* (Case-mix index): fekvőbeteg - szakellátási intézménynek átlagos működési mutatója, mely a súlyszámok esetösszetétellel korrigált átlagának felel meg; megszorozva az elbocsátott esetek számával megkapjuk az intézmény teljesítményét.

  Átlagos szakmai igényességű ellátások értéke 1,0. Az ennél magasabb érték azt jelenti, hogy az intézmény az átlagosnál magasabb színvonalú, vagy nagyobb bonyolultságú eseteket kezel.

- *ellátási szintenkénti szorzó:* költségigényességet és nivellációs paramétereket kifejező szorzószám, mely az egyes intézmények csoportba sorolásához szükséges. Egy finanszírozási esetnek kell tekinteni az egy intézeti ellátás esetén belül azt az egy vagy több fekvőbeteg-osztályos ellátási esetből álló eseménysort, amely az ellátás azonos oka és az elszámolás azonos módja miatt egy elszámolási tételként jelenik meg.

Több fekvőbeteg-osztályos ellátási esetnél, amennyiben a beteget :

- több aktív minősítésű osztályon kezelték és az osztályokra történő áthelyezést, illetve a felvételt azonos HBCS-be tartozó fődiagnózis indokolja, valamennyi ellátást összevontan, egy finanszírozási esetként kell kezelni,
- különböző HBCS-be tartozó fődiagnózissal kezelték több osztályon, az osztályok minősítésétől függetlenül külön-külön finanszírozási esetként kell kezelni, és a súlyszámot az eltérő minősítésnek megfelelően, esetenként kell elszámolni.

A HBCS rendszer hazai története

A HBCS-rendszer bevezetése, mint korábban említettem, több éves folyamat volt, 450 csoportot határoztak meg először.

A HBCS-rendszer több mint 10 éves alkalmazása során jelentős változásokon és fejlődésen ment keresztül. A folyamatos fejlesztés, a finanszírozási paraméterek korrigálását a valós kórházi ráfordítások értékelésével, szakmai protokollokon alapuló ellenőrzésével célszerű megalapozni.

Magyarországon 1993. július 1-én vezették be. 2004-ben a kilencedik verziót használják.

HBCS 1.0

1993. július 1-től 1994. június 30-ig alkalmazott verzió. Ebben az osztályozásban még nem volt általános a műtét – BNO kód megfeleltetés. A besorolás elvei, a betegségcsoportok nagyrészt megegyeznek az amerikai HCFA DRGS 5.0 verzióval. Az egyes csoportok jellemzőit a magyar gyógyítási gyakorlat szerint határozták meg.

HBCS 2.0

1994. július 1-től 1997. február 28-ig használták a kórházak teljesítmény elszámolási rendszerben. Jelentős változás az előző verzióhoz képest, hogy ez a verzió már tartalmazza a diagnózisok, –műtétek megfeleltetését is. 1996. január 1-től a besorolási táblázatok megváltoztak a BNO-10 kódrendszer bevezetése miatt. Ez a változat nem kapott megkülönböztető megnevezést, mivel a csoportok, a csoportok besorolási algoritmusa nem változott meg.

HBCS 3.0

1997. március 1-től 1997. szeptember 30-ig alkalmazták. 34 kórház részvételével mintegy 110.000 eset adata alapján került sor a HBCS módosítására. A módosítás jelentős

változásokat hozott a csoportok számában, a besorolás tényezőiben, a besorolás menetében, a szakmailag preferált ellátások besorolásában. A HBCS 3.0 kifejlesztésében az USAID támogatásával amerikai szakértők is közreműködtek. Az AP- DRGS 12.0 verzió és a HCFA DRGS 12.0 verzió osztályozási elvei egyaránt mintaként szolgált a fejlesztéshez. Jelentős számú csoport definíciója, besorolási algoritmusa azonban eltér az amerikai verziótól.

HBCS 3.1

A garanciális szabályok megfelelő érvényesítéséhez módosították a felső határnapot. Kialakítottak néhány új csoportot is. 1997. október 1-től vezették be 1998. március 31-ig alkalmazták.

HBCS 3.2

Új csoportokat alakítottak ki a szívsebészeti, tüdőgyógyászati, hematológiai ellátásra. 1998. április 1-től 1999. április 30-ig volt érvényben.

HBCS 4.0

Egy alapjaiban új verziót dolgoztak ki. A besorolási szabályok kidolgozásához nem szolgált alapul egyetlen külföldi DRGs osztályozási rendszer sem. 1999. május 1-től vezették be, 2000. május 31-ig.

HBCS 4.1

Ebben a verzióban új csoportokat hoztak létre a rövid időtartamú, sürgősségi esetek osztályozását szolgáló eseményekre. Az alsó határnapokat megemelték. Ezt a verziót 2000. június 1-től vezették be, 2001. március 31-ig.

HBCS 4.2

Ezen változtatást szakmapolitikai indokokra hivatkozva nem fogadták el.

HBCS 4.3

Ez a verzió 2001. április 1-től 2004. január 31-ig érvényes. A kisebb megbetegedések társult betegséggel minősített csoportjainak száma jelentősen csökkent. Az életkor szerint új csoportokat határoztak meg a nagyobb költségigényű gyermek HBCS csoportokra, és néhány felnőtt HBCS csoportra. A hagyományos és a modern eljárással végzett sebészeti ellátások díját harmonizálták, egységesítették. Az új verzió kialakításához az orvosi szakmai kollégiumok jelentős mértékben hozzájárultak (Boncz-Nagy, 2003).

HBCS 5.0

2004. február 1-én vezették be.

Kidolgozását a bérfejlesztési fedezet teljesítménydíjakba való beépítéséről hozott döntés, a gyógyszerárak áfa-tartalmának bevezetése, a vérkészítmények díjváltozása indokolta. A HBCS-súlyszámokban feltüntették az Orvosi Eljárások Nemzetközi osztályozása (OENO) kódrendszer 2003. január 1-jétől érvényes pontszámainak változását. Alapvető elvárás volt, hogy a szűkös erőforrások ellenére biztosított legyen a jelentős kórházi ellátások pénzügyi fedezete (Dózsa, 2004). Jelenleg összesen 786 HBCS (1997-től emelkedett jelentősen a száma) van.[48]

A különböző HBCS-k történetében a leghosszabb HBCS verzió érvényességi ideje 32, a legrövidebb pedig mindössze 6 hónap volt.

Az egészségügyi szolgáltatók teljesítményelvű finanszírozási elszámolásaiban használt kódrendszereket és finanszírozási paramétereket rendszeresen (átfogó és célzott) és soron kívül karbantartani kell. A karbantartást, módosítást végző szervek:

- az egészségügyi szolgáltató,
- az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP),
- az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium (ESzCsM),
- a Gyógyító Ellátási Információs Központ (GYÓGYINFOK),
- a Magyar Kórházszövetség,
- a Magyar Orvosi Kamara (MOK),
- a Magyar Gyógyszerész Kamara (MGYK),
- az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ),
- a Finanszírozási Kódkarbantartó Bizottság.

A kódrendszerek karbantartása során a Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO) kódok kiadására, illetve módosítására csak az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által elfogadott szabályoknak megfelelően kerülhet sor.

A rendszeres karbantartási munka a HBCS típusú finanszírozási rendszer szerves része. A gyógyítási technológia változása, az új betegségek megjelenése szükségessé, a több és pontosabb információ lehetségessé teszi a folyamatos felügyeletet és ellenőrzést.

A karbantartás érinti a homogén betegségcsoportok körét, a besorolási szabályokat, a csoportok jellemzőit, a diagnózisok és a beavatkozások kód szótárát, a kódok

48 www. gyogyinfok.hu

elfogadhatóságának feltételeit. A besorolási csoportokat, fő szabályokat és paramétereket mint finanszírozási jellemzőket a mindenkori érvényes rendeletek szabályozzák.

A teljesítményfinanszírozás többletteljesítményre ösztönöz, a többletteljesítmény, pedig a magas kihasználtsággal működtetett intézetektől pénzt csoportosít át az alacsony kihasználtságú intézetekhez. Cél volt a díjkiegyenlítés, mivel az alacsonyabb ágykihasználtságú intézetekhez a pénzátirányítás tovább folytatódott. Ezt a helyzetet 1997-ben a teljesítménytől független fix díjazás (a bevétel 10-20 %-ára) alkalmazásával próbálták rendezni. A fix hányad nélküli csökkentett teljesítménydíj arra ösztönözte az intézeteket, hogy csak az egyszerűbb eseteket kezeljék, hiszen a bonyolultabb eseteket a csökkentett teljesítmény-bevétel nem fedezte. A case-mix index a HBCS bevezetése után gyors növekedést mutatott, majd beállt egy mérsékelten emelkedő változásra (Bordás 1998).

A betegforgalom folyamatosan nőtt, így próbáltak az intézmények nagyobb bevételhez jutni. Néhány adat ennek alátámasztására:

- 1993-ban a betegforgalom átlagosan 157 279 eset/hó,
- 1994-ben a betegforgalom 177 000 eset/hó,
- 2002-ben a betegforgalom átlagosan 210 000 eset/hó.

Mit tehetünk az indokolatlan forgalomnövekedés megállítására?

A teljesítménynövekedés elszámolásának megállítására kidolgoztak egy degresszív finanszírozási formát, amit 2004. januártól kötelezően alkalmaznak.

2004. évre vonatkozóan a 2003. évre elszámolt teljesítményeik (2002. október és 2003. szeptember közötti ellátásokra vonatkozóan) 98%-a – amit korrigálni kell a bázisidőszakot követő súlyszám értékváltozásával - után jogosultak 100%-os mértékű finanszírozásra. A finanszírozott kapacitás változása esetén ez a teljesítmény - a változásnak megfelelően – korrigálásra kerül. A bázisidőszakot követő pontszám, illetve súlyszám változás szintén korrigálja az elszámolható 100%-os teljesítmény mennyiségét.

A teljesítmény mennyisége éves szinten – a szezonális ingadozásokat figyelembe véve – havi bontásban kerül meghatározásra. Az OEP havonta legfeljebb a teljesítmény volumen tárgyhónapig figyelembe vehető időarányos része és a tárgyhónapot megelőző hónapi degresszió nélkül elszámolt mennyisége közötti különbözetet számolja el 100%-os díjazással.

Amennyiben a szolgáltató jelentett teljesítménye meghaladja a teljesítményvolumen adott hónapra elszámolható mértékét, úgy a jelentett további teljesítmény

- 5%-ig 60%-os,

- 5-10% között 30%-os,
- 10%-ot meghaladóan 10%-os forintértéken számolja el az OEP (43/1999. III. 31. Kormány rendelet módosításokkal egységes szerkezetben).

A kórházi források beszűkülésével járt az eltolt finanszírozás bevezetése 2000 januárjától. Ugyanis addig az intézmények a tárgyhavi teljesítményük után járó díjazást a tárgyhót követő harmadik hónap első napján kapták meg. Ez úgy változott meg, hogy 2000 januárjától a tárgyhót követő harmadik hónap 25-ére kitolták az utalást, ezzel kamatbevételtől estek el az intézmények, vagy a későbbi fizetés miatt késedelmi pótlékot kellett fizetniük.

A HBCS típusú finanszírozási rendszer előnyei (Boncz, 2003):

- A rendszer segíti a költséghatékonysági elvárás teljesülését, mivel a szolgáltatókat az erőforrás-felhasználás optimalizálására ösztönzi (technikai hatékonyság), így csökkentheti az ápolási időt, a lekötött kapacitásokat, a felesleges vizsgálatok, terápiák számát.
- A teljesítményelvű finanszírozás alkalmazása során a finanszírozás követi a beteget, a finanszírozás arányos a kórház által biztosítandó erőforrásigénnyel, a forráselosztás átlátható, bizonyítható, a nyilvánosság által is számon kérhető.
- Prospektív (előre rögzített díjas) finanszírozás bevezetése támogatja a kiszámíthatóságot, tervezhetőséget.
- Biztosítja a költségvetési korlátok betartását, a költségek féken tartását.
- Az esetosztályozáson alapuló forráselosztás a biztosítottak számára egyenlő esélyt nyújt az ellátás minőségére, a hozzáféréshez, mivel minden esetben azonos esettípus után azonos díj jár, súlyosabb események után magasabb súlyszám jár, függetlenül az ellátó intézettől.
- A rendszer optimalizálja a szolgáltatói és a biztosítói kockázatok nagyságát, a kockázat kezelést a megfelelő szintre helyezi (egy ellátásnak pénzügyi kockázata a szolgáltatót, a teljes kórházi ellátás, a várható betegszámból következő kockázat alapvetően a finanszírozót terheli).
- A rendszer alapját képező információbázis a finanszírozó, az egészségügyi rendszer irányítói, a kórházak számára sokrétű információ biztosít az ellátás minőségének, a hozzáférés elemzésére, a betegösszetétel vizsgálatára.

A HBCS típusú finanszírozási rendszer hátrányai (Boncz, 2003):

- Indokolatlan teljesítménynövelésre ösztönözheti a kórházakat, ha más rendszerelemek nem épülnek ki mellette. Éppen ezért az allokációs hatékonyságot önmagában nem képes megfelelően támogatni.
- Garanciális elemek, minőségbiztosítási követelmények nélkül ösztönözhet az ellátás megfelelőségének, minőségének csökkentésére.

A HBCS magyarországi alkalmazásának előnyei (Boncz, 2003):

- A technikai kivitelezés megoldható volt, a kórházi információrendszer fejlesztésének ösztönzést adott, fejlődött a kórházi management, kontrolling.
- A díjak egységesítése megtörtént. A kórházi ellátás egységesítésére a feltételek egy része létrejött. A HBCS alkalmazás szabályozási környezete kialakításra került, folyamatosan fejlesztik.
- Az ágyszámok, ápolási idők csökkentek, számos adat bizonyítja, hogy a jelentős infláció ellensúlyozássában, a kórházi ellátás fenntartásában jelentős szerepet játszott a technikai hetékonyság javulása.
- Minden szinten elkezdődött az információk hasznosítása.
- A magyar HBCS-rendszer alkalmasnak bizonyult egyes átmeneti ellátási formák finanszírozási rendszerének kialakítására is (kúraszerű ellátás, egynapos ellátás, sürgősségi ellátás).

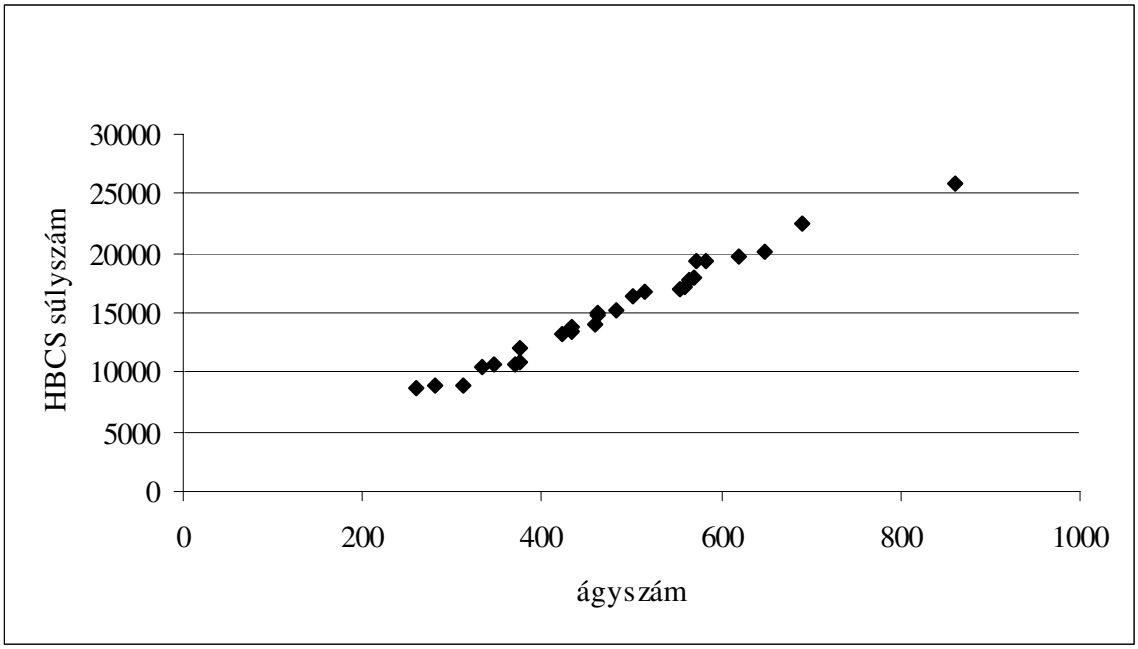
Más szerzők szerint a költségtudat kialakulása így jelent meg az egészségügyben.

A HBCS magyarországi alkalmazásának hátrányai (Boncz, 2003):

- A szabályozottság ellenére még mindig az aktuális lobbyérdekek jelentős hatást tudnak kifejteni, nem elég transzparens a rendszer felülvizsgálata.
- A gyakori változások a HBCS-verziókban nehézségeket okoznak a kiszámíthatóságban. Még mindig jelentős problémák vannak az adatok minőségében, nem elég intenzív az ellenőrzés.
- A rendszer nem egységes a különböző erőforrástípusok kezelésében. A HBCS-díjak csak a működési költségekre adnak fedezetet, a fejlesztésekre nem. Így ezekre az erőforrás-tényezőkre a szigorú hatékonysági elvárások nem teljesülnek.

- A HBCS-rendszer segítségével különbséget lehet tenni a kórházi ellátás esettípusai között. A progresszivitás megfelelő kezelésében az elmúlt években történt előrelépés, de még nem tekinthető megoldottnak.
- Jelentősen növekedett a kórházi esetek száma (bár ez nem okozott a kórházi kassza reálértékében növekedést), a periódusban a reálérték csökkenése volt megfigyelhető.

Készítettem összehasonlító elemzést Fecske (2004) kutatásában szereplő alapadatok segítségével, hogy megállapítsam milyen kapcsolat található a 25 kórház esetében a kórházi ágyszám és a HBCS súlyszám között.
Ehhez a lineáris korrelációs együtthatót használtam.



28. ábra: Kórházi ágyszám és a HBCS súlyszám összefüggése

Forrás: Fecske Mihály (2004)

A lineáris korrelációs együttható értéke: 0,99, ami nagyon szoros kapcsolatot mutat a kórházi ágyszám és a HBCS súlyszám között.
Lineáris függvény illeszthető az ágyszám és a HBCS súlyszám kapcsolatára, a függvény meredeksége 31,77, ami azt jelenti, hogy egy plusz ágy a HBCS súlyszámot átlagosan 31,77-tel növeli.
A továbbiakban a Konkordancia mutatót számítottam ki (0,83), amely alapján megállapítható, hogy az a kórház, amelyik az ágyszám és a súlyszám szerint egy adott sorrendben helyezkedik

el, az nagy valószínűséggel a létszám alapján is abban a sorrendben foglalja el a helyét a kórházak rangsorában.
25 kórház rangkorrelációs együtthatójának (Konkordanciamutató) munkatábláját a XIV. sz. melléklet tartalmazza.

Konkordanciamutató= W = $\frac{12\sum\left(Ci-\overline{C}\right)^2}{m^2(n^3-n)} = \frac{12*9768}{9*(25^3-25)} = 0{,}83$

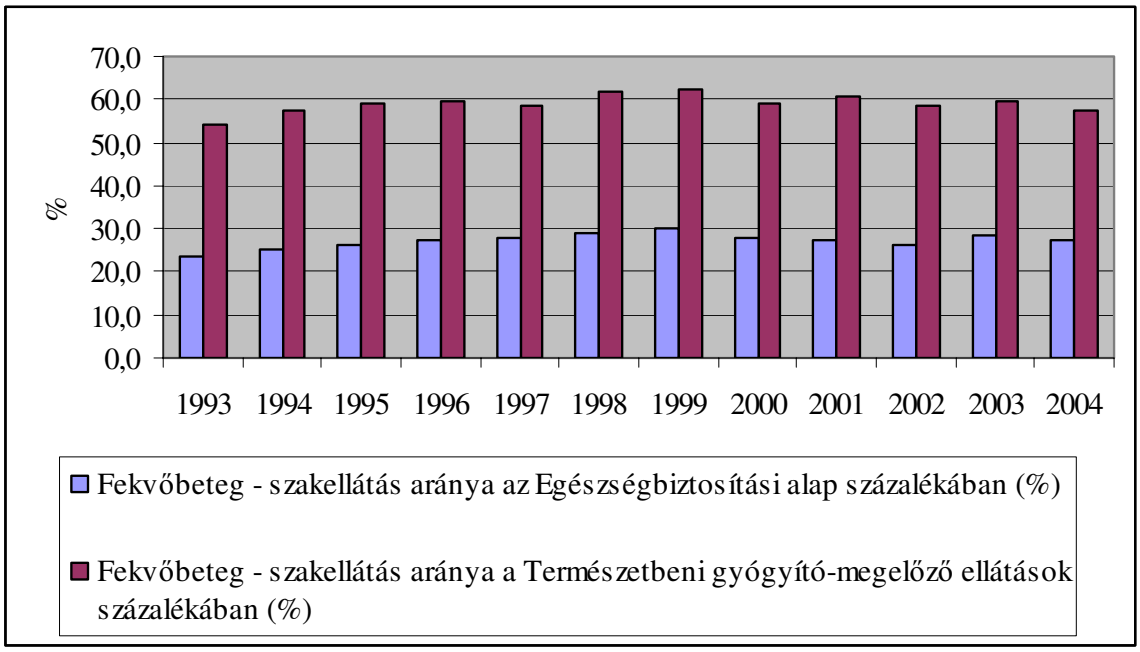
Ha intenzitási viszonyszámokat számítok, akkor a kórházak rangsora már nem lesz olyan egyértelmű. A 25 kórház esetében az egy ágyszámra jutó létszám és az egy ágyszámra jutó súlyszám Spearman féle rangkorrelációs együtthatója 0,52, ami rámutat, hogy az egy ágyszámra jutó súlyszám és az egy ágyszámra jutó létszám rangsora között közepesen erős kapcsolat van.
25 kórház rangkorrelációs együtthatójának (Spearman-féle) munkatáblája a XV. sz. mellékletben.

Spearman rangkorrelációs együttható = $\rho = 1 - \frac{6*\sum d_i^2}{n^3-n} = 1 - \frac{6*1259}{25^3-25} = 0{,}52$

Tehát ha egy kórházi ágyra jutó létszám vonatkozásában az adott kórház előkelő helyen van (jobb az ágykihasználtsága), abból csak közepes erősséggel következik, hogy egy kórházi ágyra jutó súlyszám szempontjából is az elsők között lesz. Így megállapítható, hogy az egy kórházi ágyra jutó létszám és az egy kórházi ágyra jutó súlyszám között közepesen erős korrelációs kapcsolat van.

3.4.4. Fekvőbeteg – szakellátás pénzellátási technikái napjaink gyakorlatában

A fekvőbeteg-szakellátás Magyarországon az Egészségbiztosítási alap kiadásból nominál értéken a 29. sz. ábra szerint részesült.



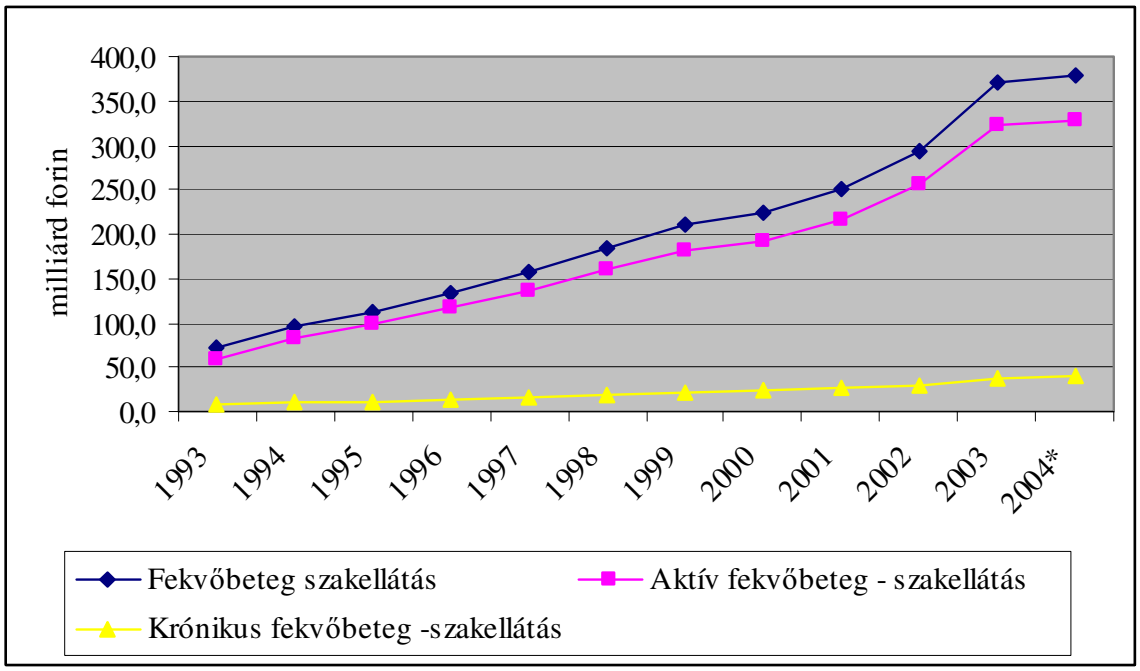
29. ábra: Fekvőbeteg-szakellátás részesedése (%)

Forrás: www.medinfo.hu: Egészségbiztosítási Alap bevételeinek, kiadásainak értéke Ealapki_p.xls

1993 – 2004 között a fekvőbeteg – szakellátás részaránya az Egészségbiztosítási Alapból 23,7 – 30,2 % között mozgott. Tendenciájában a növekedés figyelhető meg.
1993 – 2004 között a fekvőbeteg – szakellátás a Természetbeni gyógyító-megelőző ellátásból 54,2 – 61,8 % között részesült.

A továbbiakban az Egészségbiztosítási Alap fekvőbeteg – szakellátásra nyújtott kiadásait elemzem, majd a nagyon fontos jellemzővel, a duális finanszírozással foglalkozom.

A fekvőbeteg - szakellátás Egészségbiztosítási Alapból finanszírozott kiadásait mutatom be nominál értéken a XVI. sz. mellékletben.



30. ábra: Egészségbiztosítási Alap kiadásainak nominál értéke (milliárd forint)

Forrás: www.medinfo.hu: Egészségbiztosítási Alap bevételeinek, kiadásainak értéke Ealapki_p.xls

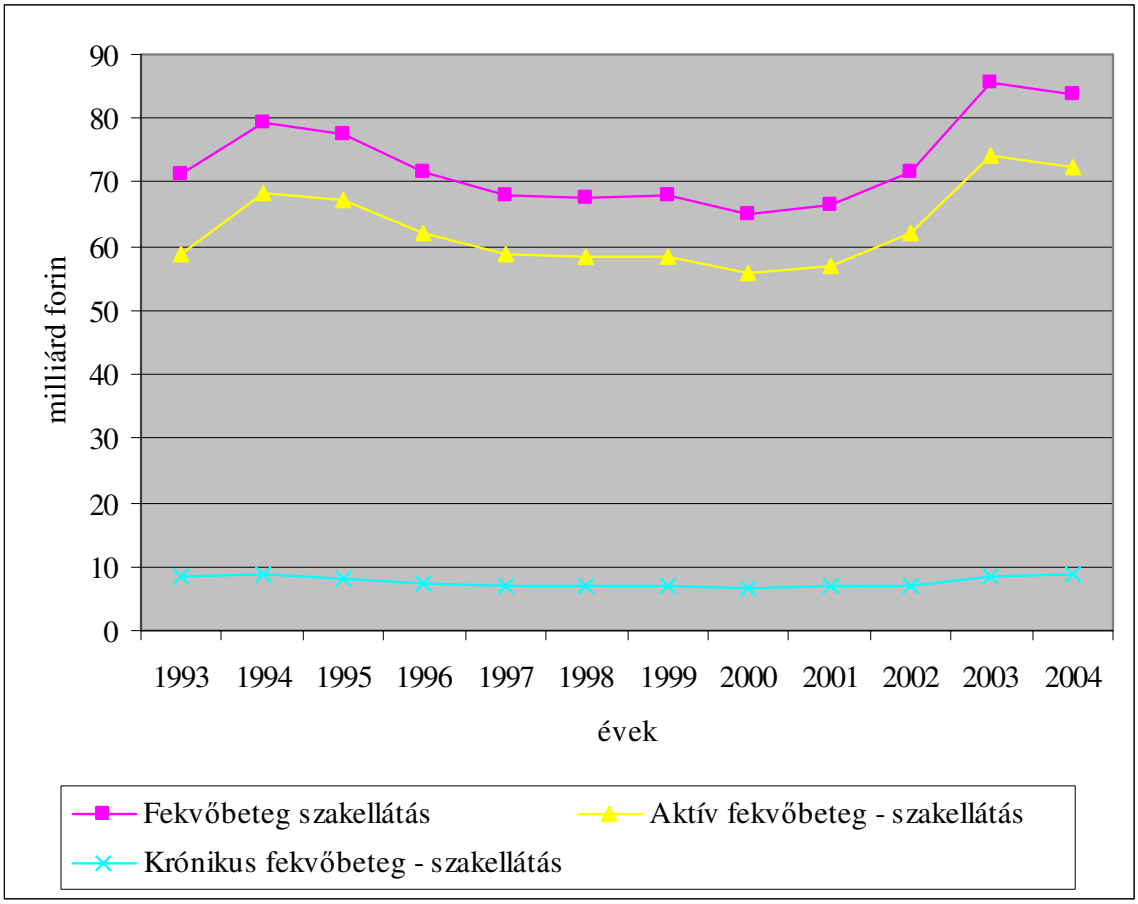
A fekvőbeteg – szakellátásra, valamint mindkét csoportjára nominál értéken növekvő pénzellátás a jellemző.

Kiszámítottam az évenkénti átlagos változást nominál értéken, az alábbi eredményeket kaptam:

- fekvőbeteg - szakellátás 114,9 %,
- aktív fekvőbeteg – szakellátás 115,4%,
- krónikus - szakellátás 113,9%.

Megállapítható, hogy legnagyobb mértékű évenkénti átlagos növekedés nominál értéken az aktív fekvőbeteg – szakellátást jellemzi, évenként átlagosan 15,4%-os. Nincs lényeges különbség a fekvőbeteg-szakellátás és a formáira fordított kiadások változása között.

A fekvőbeteg - szakellátás Egészségbiztosítási Alapból finanszírozott kiadásait mutatom be reál (1993 = 100 %) értéken a XVII. sz. mellékletben.



31. ábra: Fekvőbeteg-szakellátás Egészségbiztosítási Alapból finanszírozott kiadásai 1993-as árakon

Forrás: www.medinfo.hu: Egészségbiztosítási Alap bevételeinek, kiadásainak értéke Ealapki_p.xls

Kiszámítottam a évenkénti átlagos változást 1993-as árakon, az alábbi eredményeket kaptam:

- fekvőbeteg - szakellátás 101,3 %,
- aktív fekvőbeteg – szakellátás 101,8 %,
- krónikus - szakellátás 100,4 %.

2003-ra lényeges növekedést terveztek az előző évhez képest (fekvőbeteg – szakellátás esetében 19,7 %-os, aktív fekvőbeteg – szakellátás esetében 19,9 %-os és krónikus fekvőbeteg – szakellátás esetében 24,6 %-os növekedést), ez a fő oka annak, hogy az évenkénti átlagos változás mindhárom sor esetében növekedést jelez, ami minimális. Reál értéken inkább stagnálásról beszélhetünk.

3.4.4.1. Duális finanszírozás

Az egészségügy finanszírozása Magyarországon, az Alkotmány előírása, az önkormányzati törvény, az egészségügyi törvény alapján duális rendszerű, ami azt jelenti, hogy

- működési költségek fedezetét a közfinanszírozás forrásai közül jelentős arányban az Egészségbiztosítási Alapba befizetett járulékok, valamint az egészségügyi hozzájárulás képezik,
- a beruházásokra, a fejlesztésekre és eszközpótlásokra szükséges forrásokat a tulajdonosok az adóbevételek terhére az állami és önkormányzati stb. költségvetésből fedezik.

A civil szervezetek fejlesztésekhez, eszközpótláshoz biztosított összegéről, fedezetéről a Soproni Erzsébet Kórház gazdálkodásával összefüggésben szólok.

A közfinanszírozás két alappillére mellett a növekvő egyéni felelősségvállalás eredményeként a magánfinanszírozás is markánsan belép az egészségügyi finanszírozási rendszerbe.

Forrás: adó, egyéb		Forrás: adó, egyéb
▼		▼
SZAKMAI PROGRAMOK:		LÉTESÍTÉS, FENNTARTÁS:
Minisztérium		Önkormányzat
Alapítvány	↔ **KÓRHÁZ** ↔	Biztosító
Egyéb	▲ ▲	Minisztérium, Egyéb
	▼ ▼	
	Üzemeltetési, közvetlen ellátási költségek	
	ORSZÁGOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI PÉNZTÁR	

32. ábra: Duális finanszírozás sémája

Forrás: saját ábra

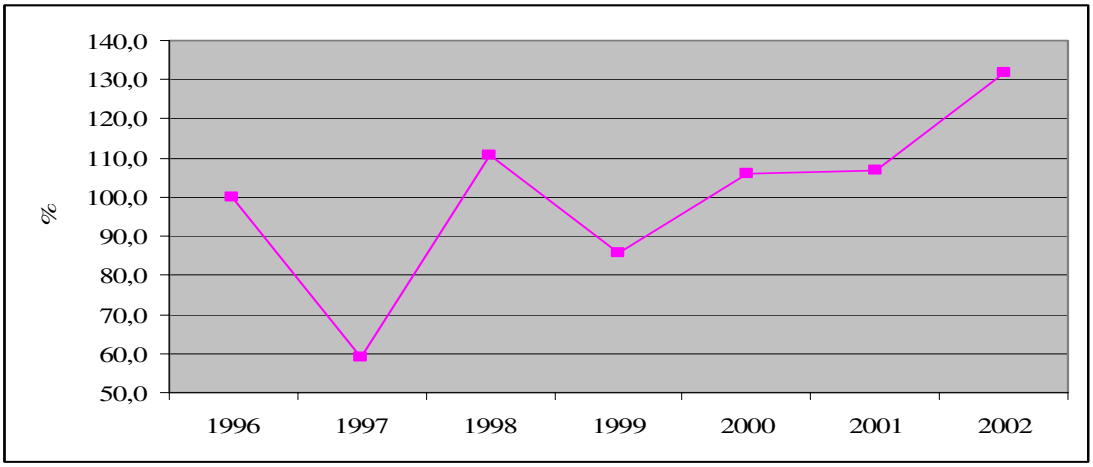
Önkormányzatok kórházi kiadásai saját forrásból nominál értéken, 1996-2002 közöt

14. sz. táblázat

Fekvőbeteg-szakellátás	**1996**	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**
Összesen mFt	32 863,628	19 362,016	21 449,973	18 351,808	19 469,836	20 792,347	27 431,850
Aktív fekvőbeteg - szakellátás mFt	28 633,942	16 486,615	18 498,377	16 247,355	17 279,037	18 490,608	23 209,354
Aktív fekvőbeteg - szakellátás 1996= 100 %	100,0	58,9	65,3	55,8	59,2	63,2	83,5
Krónikus fekvőbeteg - szakellátás mFt	2 692,104	1 679,513	1 623,226	859,699	1 021,502	1 424,684	2 300,751
Krónikus fekvőbeteg ellátás 1996 = 100 %	100,0	62,4	60,3	31,9	37,9	52,9	85,5

Forrás: www.medinfo.hu

Az önkormányzatok saját forrásból 1996-hoz képest nominálisan is egyre kevesebbet fordítanak kórházaikra. A krónikus fekvőbeteg-szakellátásra lényegesen kevesebbet költött az önkormányzat. Ezek az értékek nominálisak, reál értékben döbbenetes tulajdonosi hozzájárulás visszaesést tapasztalhatunk.



33. ábra: Önkormányzatok kórházi kiadásainak évenkénti változása 1996 – 2002. között

Forrás: www.medinfo.hu

Az önkormányzatok kórházi kiadásai saját forrásból nominál értéken 1996 – 2002. között 2,5 %-os évenkénti átlagos csökkenést mutat.

Az OEP a működési költségek finanszírozásával Endrőczi (2002) szerint az ellátással kapcsolatos tevékenységek költségének finanszírozásáról célszerű beszélni, mivel a működési költség feltételezi mindazon technikai feltételek fedezetét, amelyek a szakmai szempontból kielégítő működéshez szükségesek. Szerinte a gép- és műszerállomány amortizációját, a szolgáltatás szerkezetének regenerációját és fejlesztését célzó költségeket az önkormányzatoknak, vagy a szolgáltató saját anyagi forrásából kell biztosítani, ennek reális mértékét a döntéshozók nem pontosították és az igényeket a rendelkezésre álló anyagi erőforrások kielégítő mértékben nem is mindig tudják biztosítani.
Ehhez kapcsolódva kicsit részletesebben elemeztem az amortizáció hiányával összefüggésben jelentkező problémákat és megoldási javaslatokat tettem rendezésére.

3.4.4.2. Az amortizáció problémája az egészségügyben

Az eszközpótlás hiánya a költségvetési intézményi szféra egészében gondokat okoz. Az önkormányzati tulajdonosok alanyi jogú forrásképződése a rendszerváltás óta radikálisan csökkent, aminek következtében elmarad az elhasználódott eszközök ésszerű pótlása.
Az egészségügyi intézményhálózatban ez különösen nagy gondot jelent, hiszen az egészségügy eszközigénye a többi közszolgáltatáshoz viszonyítva igen magas, és a pénzügyi forrásokból adódó eszközhiány a szolgáltatásnyújtást nehezíti a minimum-feltételi jogszabályok bevezetése óta már jogilag is.
A költségvetési intézmények finanszírozási rendszere az eszközpótlást a 70-es évek óta alkalmazta, például felújítási hányad, felújítási hányad kiegészítés, gép-műszer cserepótlás. A felújítási hányadképzés 1990. évben szűnt meg az adórendszer reformjával, a személyi jövedelemadó bevezetésével, a személyi jövedelemadónak a helyi tanácsok részére történő átengedésével. Az adóreform bevezetését követően a tanácsi finanszírozási reformmal egyidejűleg az egészségügyi ellátások (szolgáltatások) finanszírozása a társadalombiztosításhoz került át. A kettős finanszírozás tehát 1990. évben az egészségügy társadalombiztosítási finanszírozására való áttérésével és a tanácsi finanszírozási reformmal jött létre.
Az alapellátás felhalmozási célú támogatását a 229/2001. (XII.5.) Korm. rendelet: a háziorvosok, házi gyermekorvosok és fogorvosi alapellátási vállalkozások támogatásáról

biztosítja. Az intézményi járó- és fekvőbeteg - szakellátásban az amortizációs költségek nem kerülnek elismerésre.

A fekvőbeteg – szakellátásban a súlyszám nem tartalmazza az amortizációt, mint korábban említettem, a tulajdonosok pedig nem biztosítják az amortizációnak megfelelő eszközpótlást. A tőkeköltségek hiánya nagy akadálya a hatékonyságnak. A mintegy 15 éve tartó amortizációs vita központi kérdése az egészségpolitikának.

„A jövő kórházainál a kórházi működés feltételei között a tulajdonos anyagi helyzetének változásaiból adódó problémákat mindenképpen ki kell küszöbölni. A kórház működése nem állhat meg azért, mert a tulajdonos anyagi problémák miatt nem tudja finanszírozni a kórházból rá háruló anyagi terheket. Egyre több olyan példa van - főleg a kórházaknál - amikor az önkormányzat fizetésképtelenségéből adódóan, problémát okoz az alapvető eszközök beszerzése, amelyre a tulajdonost funkciója kötelezi. A kórházi fejlesztések és a műszerek pótlása gyakran azért marad el, mert az önkormányzatok az ehhez szükséges összeget nem tudják pótolni. Ezt a helyzetet nem szabad megengedni. Olyan szabályozásra van szükség, amely biztos alapot teremt a kórházaknak. Ilyen célt szolgálna többek között az amortizációs költségeknek a működési költségekbe való elismerése."[49]

Az amortizáció elszámolásának hiányosságaiból adódó problémák

- Egymásnak ellentmondó hatékonysági elvárás, ösztönzés érvényesül a szolgáltatások előállításához szükséges különféle erőforrásokra (pl. munkaerő, tartósan lekötött eszközök).

  A működési költségekre bevezetésre került hatékonyságot ösztönző finanszírozási technikák költséghatékonyak. A tartósan lekötött eszközök pedig nem a szükséges mértékben vannak jelen az egészségügyben.

- A „működési költség" alapú díjak jelenleg is fedezetet biztosítanak - indirekt módon - az amortizációs költségek egy részére.

  Kis értékű eszközök beszerzésére felhasználható a működési költségként biztosított forrás.

49 Fecske Mihály (2001)

Az ellátás során alkalmazott gyógyszeres terápia tartalmaz amortizációs kiadásokat, ezért drágább, mint a műszeres terápia, amely nem tartalmaz amortizáció elszámolási lehetőséget.

A kisebb összegű eszközpótlások, értéknövelő felújítások sorra elmaradnak, aminek következtében az eszközállomány a szükségesnél gyorsabban használódik el, a minőségi hiány állandósul.

- Az egészségügyi ellátásban nem megoldott és nem rendezett a magánvállalkozások ún. szektorsemleges[50] befolyása.

  Az OEP térítési rendszerében a monopolizált területeken (pl. CT, MRI, ESWL) a működési költségek mellett, az amortizációra és tiszta tőkejövedelmekre is lehetőséget adó díjak találhatóak. A közintézményi tulajdonban pedig csak a működési költség kerül elismerésre.

  A hotelfunkcióknál a kórház által végzett szolgáltatás olcsóbb, mint a külső szolgáltató által igénybe vett szolgáltatás, hisz annak díja tartalmaz tőkeköltséget is.

- Az amortizációs fedezetek forrásallokációja nincs összhangban sem a szolgáltatók aktivitásával, sem az önkormányzati tulajdonosi szerep alapján nevesített ellátási felelősséggel.

  A tartós használati eszközök beszerzésére juttatott források nem arányosak a produkált teljesítménnyel. A fejkvóta összege sem függ attól, hogy az önkormányzatok milyen egészségügyi ellátási kötelezettséggel rendelkeznek.

A tulajdonos és az intézményi menedzsment számára nincs valós ára a tőkejavaknak, mivel a beruházási források legnagyobb részét a központi támogatások teszik ki. Ezért az egész rendszerre jellemző a kollektív felelőtlenség, a pazarlás, melynek következtében a felesleges, kihasználatlan eszközök a szolgáltatások tényleges költségeit alaposan megdrágítják. A jelenlegi rendszerben sem a tulajdonos, sem a menedzsment nem érdekelt az eszközökkel való racionális gazdálkodásban, a beruházások racionális megtervezésében. A hazai egészségügyben a drága orvostechnika kihasználatlansága együtt van jelen a műszerpark

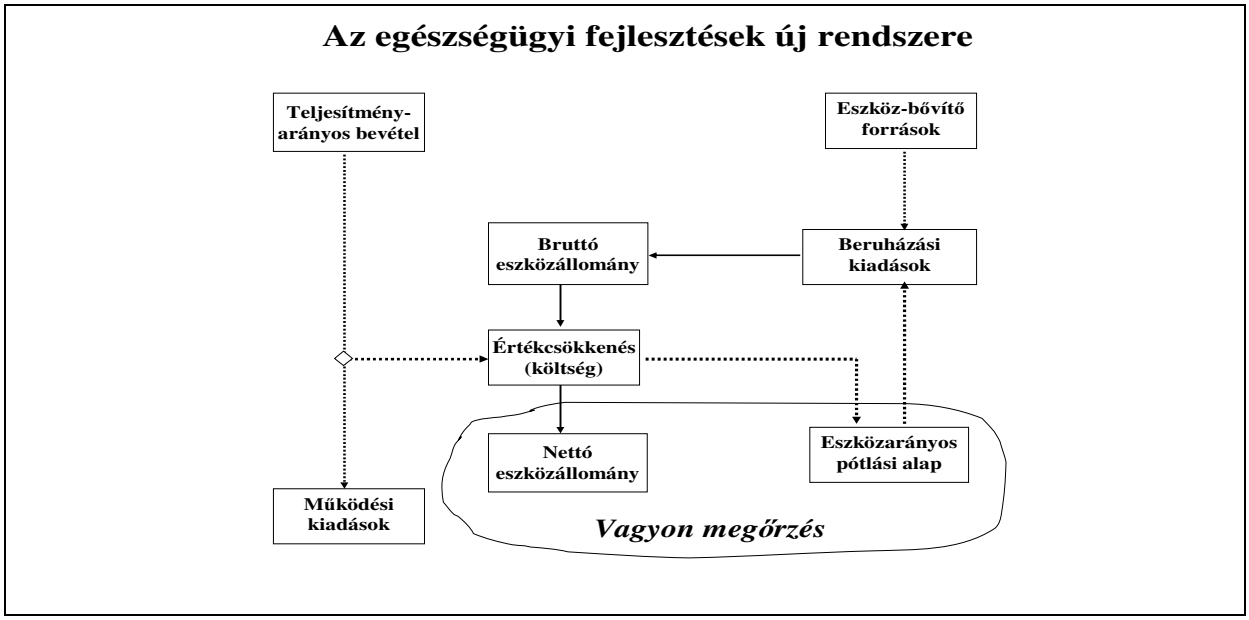
50 Szektorsemlegesség ugyanazért a szolgáltatásért az egészségbiztosítás a magán-vállalkozásoknak és az önkormányzati (vagy állami) tulajdonban lévő intézményeknek azonos árat fizet.

mennyiségi és minőségi hiányosságával. A tőkeköltségek elismerésének hiánya jelenleg a legnagyobb akadálya a hatékonyságnak.
A mintegy 15 éve tartó amortizációs vita elsődlegesen az egészségügy körül folyik, aminek alapja az egyes intézményeknél képződő eszköz-visszapótlási lehetőség.

Javaslatom az új eszközpótlási és eszközbővítési modellre az alábbi:

Továbbra is maradna a kétcsatornás finanszírozási rendszer:

1. Országos Egészségbiztosítási Pénztár a működési költségeket és az amortizációt finanszírozná teljesítményarányosan, csak azok a szolgáltatók jutnának az amortizációs költségeket fedező elegendő forráshoz, akik az eszközöket megfelelő eszközkihasználtság mellett üzemeltetik.
2. A tulajdonosok az eszközbővítés finanszírozását valósítanák meg, amiatt, hogy az állami felelősségvállalás kifejezést nyerjen, vagyis az egészségügyi ellátási struktúra tervszerű javítása megtörténjen, területi és szakmai egyenlőtlenségek felszámolásra kerüljenek, a tudományos fejlődéssel való lépéstartás biztosított legyen, címzett és céltámogatások formájában. Ehhez célszerű létrehozni egy központi intézményt. Úgy is el lehet nevezni, hogy Egészségügyi Tőkefejlesztési Pénztár. (ETP).



34. ábra: Egészségügyi fejlesztések új rendszere

Forrás: saját ábra

A 34. sz ábrából látható, hogy a beruházási kiadások két forrásból gyűlnének össze, egyrészt az OEP által teljesítményarányosan juttatott értékcsökkenésből, másrészt az ETP eszközbővítő forrásából.

Továbbá fontos lenne, hogy a költségekben az amortizáció a valorizált bruttó értékre képezve jelenjen meg. „A jelenlegi tőkevagyon értékelésénél figyelembe kell venni az inflációt, majd úgy számítani az amortizációt, mert ellenkező esetben az idő előrehaladtával nem fedezi a szolgáltatásból kivont tőke értékét és a vagyonvesztési mechanizmus lép működésbe. Inflációval korrigált, „értékkövetővé" tett amortizációt célszerű alkalmazni"[51].

A pótlás a kapacitás fenntartását (mennyiségi és minőségi szempontból) jelenti. A mai medicinában elképzelhetetlen, hogy egy elhasználódott gép helyébe egy ugyanolyat szerezzenek be, az eltelt évek alatt talán generációkat is fejlődött a technikai színvonal. Tehát valószínű, hogy korszerűsítés illetve bővítés történik. Ehhez viszont már a fejlesztési alap pénzére is szükség lesz, tehát megosztva célszerű a pénzt igényelni.

„Az amortizáció akkor tölti be az egészségügyben is közgazdasági tartalmát, ha gondoskodik a folyamatos eszközvisszapótlás lehetőségeiről; a fejlesztési politika a struktúra átalakítást is ösztönzi; a stuktúraváltással kialakított működési formák biztonságát garantálja; eszközpótlás pénzügyi forrásai finanszírozási rendszere illeszkedik; árképzést valós költségalapokra helyezi; valorizált értéket alkalmaz; tulajdonosi szerepkörből származó jogokat és kötelezettségeket egyértelművé teszi."[52]

Az általam javasolt eszközpótlási, eszközfejlesztési modell megvalósításával javítani lehetne az egészségügy rentabilitását.

Az egészségügy finanszírozási rendszere nem lehet csak egy szimpla költségmegtérítő rendszer. Ösztönöznie kell a hatékony ellátás megvalósulását.

Az egészségügyben komoly gond a forráshiány, ennek megoldására két lehetőség van:

- egyrészt az állam nagyobb anyagi szerepvállalásával,
- másrészt külső források igénybevételével.

A magánbiztosítók engedélyezése megfelelő szabályozással hatásos módja lehet a külső források bevonásának.

---

51 Juhász Lajos (2002)

52 Harsányi Imréné Dr. (2002)

4. A FINANSZÍROZÁSI RENDSZER TOVÁBBFEJLESZTÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI

Az egészségpolitikai cél a hatékony gazdálkodás, legkisebb költség mellett legnagyobb egészségnyereség biztosítása. Ezen cél eléréséhez megvizsgáltam a finanszírozási rendszer továbbfejlesztésének lehetőségeit.

Nemzetközi adatok szerint az orvoshoz fordulók körülbelül 80%-a olyan panaszokkal jelentkezik, amelyek járóbetegként, vagy háziorvos szintjén is elláthatók lennének. Mi indokolhatja, ezt? Egyrészt a betegek többsége jobban igényli és jobban bízik a kórházi kivizsgálásban, másrészt nyomósabb ok, a finanszírozási rendszerben keresendő. A kórházak jelenlegi finanszírozása a teljesítmény növelését ösztönzi. Költségcsökkentést lehetne megvalósítani, ha a finanszírozási rendszert úgy alakítanák át, hogy költséghatékony betegellátás valósuljon meg. Ehhez nyújt egyféle megoldást az irányított betegellátási modell. A kórházstruktúra megváltoztatásához, a költséghatékonyságra való tekintettel egy kiútkeresésnek tartanám a mátrixkórházi struktúra bevezetését. A fekvőbeteg - szakellátás finanszírozásában dolgozatom eddigi fejezeteiben számos problémát fogalmaztam meg. Sok szakirodalom áttanulmányozása során az általam legfontosabbnak vélteket gyűjtöttem össze.

4.1. Az irányított betegellátás – új ellátás-finanszírozási rendszermodell

Új finanszírozási modell, melyben a források szétosztása egy szervező segítségével fejkvóta[53] rendszer kereteibe ágyazottan történik. A szervező személyével egy olyan szereplő kerül a rendszerbe, aki makroszinten és mikroszinten is érdekelt az erőforrásokkal történő ésszerűbb gazdálkodásban és egy közös motivációs rendszer kialakításában a szolgáltatókkal és a beteggel.

53 Fejkvóta: a biztosító=finanszírozó által a szolgáltatónak=ellátásszervező fizetett fix összeg, amit meghatározott szolgáltatási csomagért, meghatározott biztosítottak után, meghatározott időszakra fizetnek. Magyarországon a fejkvóta megközelítőleg az ellátásoknak csak a 90 %-át fedi le (Nagy 2004).

4.1.1. Irányított betegellátási modell kialakulásának előzményei

A managed care modell 1960-as évek közepétől az Amerikai Egyesült Államokban honosodott meg, tárgyalása a 70-es években árasztotta el az irodalmat.

Nixon elnöksége idején az Amerikai Egyesült Államokban a Kongresszus elfogadta az egészségügyi intézmények közhasznú társaságok formájában való üzemeltetését, hogy fékezzék az egészségügyi kiadások növekedését és hogy piaci versenyhelyzetet teremtsenek. Mivel a közhasznú társaság nem piaci tényező, nem jött létre verseny. Pár évvel később a Kongresszus új állásfoglalást hozott, nevezetesen profit vállalatok üzemeltetését engedélyezték. Így tőkés csoportok kórházakat vásároltak meg, rövid időn belül az egészségügyi részvények megjelentek a tőzsdén, árfolyamuk jelentősen emelkedett. Az egészségügyi piac megnyitását követően a szolgáltatások összetételét, díjtételét és módját az üzemeltető menedzsment határozta meg. (Prémiummal ösztönözték azokat az orvosokat, akik a kisebb haszonnal járó betegeket elutasították.) A „managed care" koncepció alapjaiban azzal a szándékkal indult, hogy a piaci versenynek megfelelően minél kedvezőbben vásárolják meg a szolgáltatást, tehát a költségnövekedést megfékezzék. Megalakultak a „health management organization"-ok, HMO-k. Azonban a profit nem kerül vissza az ellátórendszerbe, csökken a rendelkezésre álló anyagi forrás, tehát magasabb hozzájárulást kell a beteggel, a munkáltatóval, vagy a munkavállalóval fizettetni, vagy a minőség romlása következik be (Endrőczi 2002).

A managed care a magyar szakirodalomban, mint „irányított kezelés" tűnt fel.
Az USA orvosi irodalma a managed care fogalmát, mint az eseti díjfizetés (fee for service) ellenpárjaként kezeli.
Úgy tűnt, hogy a hagyományos társadalombiztosítási térítési rendszer nem ösztönöz a költségek féken tartására. A hagyományos és irányított betegellátás strukturális elemei közötti különbséget a 15. sz. táblázat foglalja össze:

A hagyományos és irányított betegellátás közötti különbségek

15. sz. táblázat

Strukturális elemek	**Hagyományos egészségügy**	**Irányított betegellátás**
Tulajdonviszonyok	Önkormányzati tulajdon Állami tulajdon Magántulajdon Egyházi tulajdon	Nincs változás ezen a téren, Mivel nincs egyetlen forma sem kizárva az IBR-ből
Intézményi működési formák	Költségvetési intézmény Közhasznú szervezetek Gazdasági társaságként működő szervezetek	Nincs változás ezen a téren, mivel egyetlen tulajdon-forma sincs kizárva
Intézményirányítási technikák	Professzionális szervezetekre jellemző: bürokratikus, egyes alkalmazottak (orvosok) nagyfokú szakmai autonómiája mellett	Ehhez képest új elemek is megjelenhetnek, elsősorban a modellt irányító szervezet életében, pl. projektszerű működés
Finanszírozási csatornák, Forrásteremtés	Társadalombiztosítási járulék Adóbevételek Magánforrások (co-payment, paraszolvencia, magánbiztosítás)	Nincs változás ezen a téren. Az IBR keretei között is jelen van a paraszolvencia
Finanszírozási technikák	Fejkvóta (háziorvosi ellátás) Pontrendszer (járóbeteg szak-ellátás) HBCS (kórház)	Nincs változás
Forrásallokációs technikák	Nem válik el a finanszírozási technikától, a kettő ugyanaz	E kettő elválik egymástól, új elemként belép a fejkvótán alapuló – ellátásszervezőhöz történő – forráselosztás
Betegek irányítása a rendszerben	Szabad orvosválasztás van az Alapellátásban és néhány Járóbeteg szakrendelésnél, a mindennapi gyakorlatban azonban nincs betegirányítás, Nincs betegbeutalás	Nincs hivatalosan deklarált változás ezen a téren, a mindennapi gyakorlatban kismértékű elmozdulás regisztrálható a szigorodás irányába
Betegek helye a rendszerben	Kiszolgáltatottság, információs aszimmetria megléte, egészségügyi személyzet és beteg alá – fölérendeltségi Kapcsolat	Csökkenő kiszolgáltatottság a Felvilágosító, lakosságot bevonó programok, disease management technika alkalmazásának köszönhetően
Szolgáltatók helye a rendszerben	Nincs szabad piacra lépés Szerződéses kapcsolat a társadalombiztosítással	Nincs változás ezen a területen Új szerződéssel bővül, új típusú kapcsolat az ellátásszervezővel
Árképzés mechanizmusa	Központosított technika az OEP, GYÓGYINFOK, PM, ESzCsM közreműködésével	Nincs változás ezen a téren

Forrás: Sinkó Eszter (2002)

Látható, hogy a fejkvótán alapuló forrásallokáció újfajta érdekeltségi rendszer megteremtését teszi lehetővé, ugyanakkor csökkenti az orvos- beteg között meglévő információs asszimetriát azáltal, hogy a beteget mindinkább partnernek tekinti a gyógyítás folyamatában.

Az irányított betegellátás változatai megtalálhatók Nagy Britanniában, Svédországban, Finnországban, Dániában, Hollandiában és Spanyolországban is. A modellek között számos különbség van, a XVIII. sz. mellékletben bemutatom két konkrét rendszer és a jelenlegi magyar és a tervezett magyar IBR sajátosságait.
A különböző típusú irányított betegellátási modellek eltérő egészségügyi „környezetben" működnek. Az amerikai HMO piac típusú, az angol GP Fundholding és a jelenlegi magyar IBR nem piaci típusú és a jövőbeni magyar IBR vegyes rendszeren alapul. Az ellátásszervező szervezetek az angol GP Fundholding és a jelenlegi magyar IBR rendszerben a szolgáltatók, akik egyúttal pénzalappal gazdálkodnak, az amerikai HMO rendszerben és a jövőbeni magyar IBR biztosítóhoz hasonlítanak. A jellemzők nagy részénél az angol GP Fundholding és a jelenlegi magyar IBR megegyezik, a jövőbeni magyar IBR pedig az amerikai HMO-hoz hasonlít, pl. priorizált cél, ellátásszervezők működési elve.

4.1.2. Irányított betegellátás Magyarországon

Az irányított betegellátási modell Magyarországon 1999-ben kezdte meg hivatalos működését, részben az amerikai managed care rendszer egészségmegőrző szervezeteinek (HMO), részben a brit egészségügy háziorvosainak (GP Fundholding) korábbi pénzalap gazdálkodását vette alapul.
Az amerikai modellben *case- management* a beteg útjának a követését, a *care - management* vertikális integrációra utal az egymásra épített szolgáltatói hierarchiában. A háziorvosi szolgáltatókat fejkvóta vagy fix fizetés alapján finanszírozzák.
A másik alapforrás, melyre a hazai irányított betegellátási modell épül, a GP Fundholding rendszer, melyben a háziorvosok központi pénzalapból kiszámított fejkvóta alapján szolgáltatásokat nyújtó és vásárlói szerepköre valósul meg.
Az Irányított Betegellátási Modellkísérletben 1999-ben résztvevő szervezők felsorolása a XIX. sz. mellékletben.

A létszámhatárt 2001-ben mintegy 500 ezerre terjesztették ki. Megszüntette tevékenységét a Szent Pantaleon Kórház, Pándy Kálmán Kórház, Magyar Imre Kórház, Univerzmed Szakorvosi Kft.

A XX. sz. melléklet tartalmazza az Irányított Betegellátási Modellben résztvevő szervezőket és az ellátott populációt 2001. júniusában.

Új szervezőként csatlakozott a rendszerhez: NyírProMed Kft., Dentál Med Bt.

Az irányított betegellátási modellben részt vevő centrumok csoportosíthatóak aszerint, hogy a szervező milyen típusú egészségügyi szolgáltató. Így kórházi szervezőből kettő működik:

Margit Kórház Csorna

Dombóvári Integrált Egészségügyi Kht.

Szakorvosi rendelőintézet a szervező:

Misszió Egészségügyi Kht.

Meditres Kft.

A modell szervezői családorvosi közösségek:

Béke Téri Háziorvosi Szövetkezet

NyírProMed Kft.

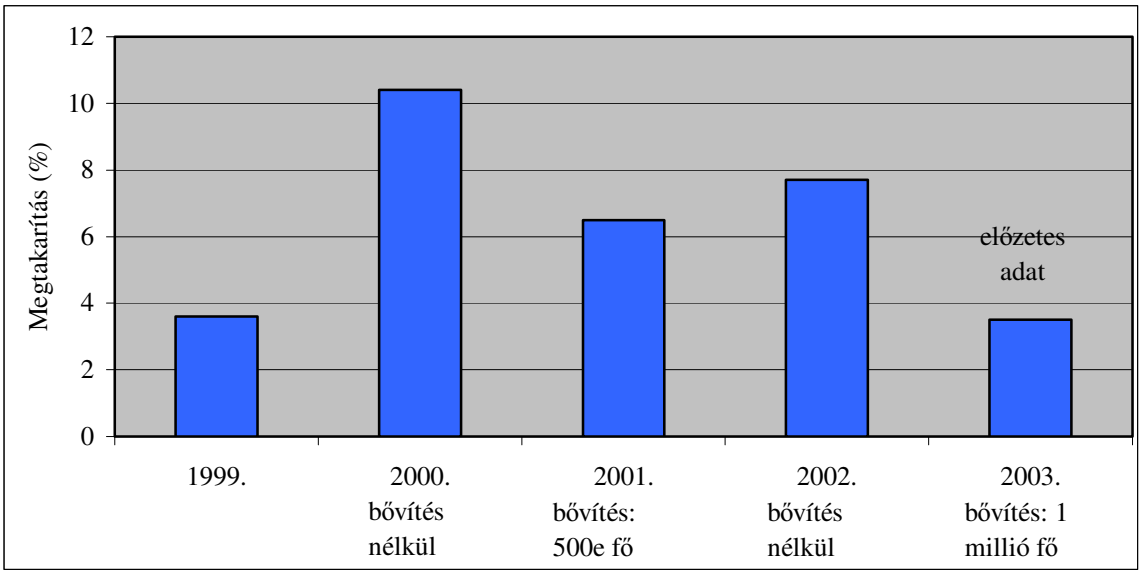
DentálMed Bt.

Milyen feladatokat kell egy szervezőnek ellátni? A szervező:

- aki felvállalja, az érintett lakosság ellátását, illetve az ellátások megszervezését, koordinálását, a betegútkövetést,
- a szerződött szolgáltatók teljesítménydíjának elszámolása rajta keresztül történik a rendszerben résztvevő TAJ számokra,
- a bevételi többlet terhére megállapodást köthet OEP által nem finanszírozott egészségügyi szolgáltatóval az érintett biztosítottak ellátására, igénybevételről és kifizetésről jelentést készít,
- a szerződéseket jelenteni kell az OEP felé,
- menedzsmentet megszervezi,
- prevenciós terv végrehajtásáért felel,
- pénzeszközök kezelését végzi, az ösztönzési rendszert kidolgozza,
- minőségbiztosítási rendszer meglétére törekszik,
- adatszolgáltatást, monitoring rendszert működteti,
- megállapodásos ellátásokat elemzi,

- keresőképtelenségi napokat elemzi,
- kapacitás kérelmeket véleményezi.

A rendszer eredményes működése azon múlik, hogy az adott területen működő egészségügyi szolgáltatók érdekeit milyen mértékben sikerül közös nevezőre hozni.
Valamennyi évben a bevétel egy része megtakarítás maradt, a legkiemelkedőbb év a 2000-es volt, amikor a bevételnek több mint 10%-a volt a megtakarítás.



35. ábra: Megtakarítások a bevétel százalékában 1999-2003 között

Forrás: Matejka Zsuzsa sajtótájékoztatója

A szervezők számláján jelentkező magtakarítások mérhető és objektív adatok, de ezek nem jelentik a siker kizárólagos mértékét.

A szervezők megtakarításai a bevétel százalékában 2000-2001 között

16. sz. táblázat

Szervező	**Megtakarítás a bevétel százalékában[%]**
Béke Téri Háziorvosi Szövetkezet	0,5
Misszió Kht.	11,0
Margit Kórház Csorna	14,4
Meditres Egészségház	0,1
Dombóvári Integrált Egészségügyi Kht.	4,8
NyírProMed Kft.	3,5
Dentál Med Bt.	6,9
Átlagos	6,5

Forrás: Nagy Balázs (2002)

Az a tény azonban, hogy ezek a megtakarítások évről-évre jelentkeznek, azt mutatja, hogy az alapkoncepció helyes, az allokációs arányok megváltoztatása képes forrásokat felszabadítani.

2002-ben hét szervező átlagosan 476 053 főt látott el, a kísérleten 298 háziorvosi praxis vett részt. 2002-ben összesen 2 579,4 millió Ft, ebből a gyógyító-megelőző kassza terhére 1 949,5 millió Ft megtakarítás került a szervezők számára kifizetésre. A megtakarítás 10 %-nak felel meg. Az IBR eredményei láttán a létszámhatárt 2003-ban 1 millió, 2004-re pedig 2 millióra emelték (MEDINFO 2004).

A költség megtakarításnak számos oka van:

- csökkentek a felesleges költségek a beteg útjának monitorozásával,
- receptfelírási szokások megváltozásával,
- költséghatékonysági vizsgálatok végzésével, a fejkvóta számítási metodikájából adódóan.

A hazai rendszerben a központilag döntően járulékból származó bevételekből az OEP a korrigált (jelenleg 3 tényezővel korrigálnak: kor, nem és a művesekezelés jellege) fejkvótának[54] megfelelő összeg minden egyes szervezet elvi folyószámláján landol, ebből finanszírozza az OEP a szolgáltatásokat.

54 A 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet 50 §-a szerint: a havi bevétel összegét az ország lakosságának nem és kor szerinti összetétele alapján, korosztályonként – az előző év azonos időszakának teljesítménydíja alapján – megállapított fejkvóta és az ellátásszervezőhöz tartozó

A korrigált fejkvóta alapján a finanszírozó a szolgáltatónak egy adott biztosított után meghatározott szolgáltatási csomagért adott időszakra fix összeget fizet. A szolgáltatási csomag meghatározása alapvető követelmény az irányított betegellátási modellben, azoknak a szolgáltatásoknak a körét tartalmazza, melyet a szolgáltató biztosítani köteles.
A fejkvótás modellek teljesítményét R^2 mutatóval számolják, ami azt mutatja meg, hogy az új modellben használt változók a valós költségek varianciájának hány százalékát magyarázzák meg. Így a demográfiai modellben szereplő 8 korcsoport és a 2 nem megközelítés esetén R^2 értéke 4,57 %; az előző évi költségek modell esetében R^2 értéke 6 – 10 %; a diagnózis alapú modell esetében R^2 értéke 8,1 – 19,1 %; gyógyszeralapú modellek esetében R^2 értéke 2,1 – 5 % (Nagy 2004). Az elsődleges cél nem a modell pontossága, hanem a megfelelő ösztönzők kiválasztása és a méltányos forráselosztás.
A fejkvóta számítás alkalmazását a XXI. sz. melléklet rögzíti nemzetközi környezetben.

Az év végi elszámoláskor a pozitív szaldó kifizetésre kerül, a negatív szaldó következmények nélkül marad.
Az irányított betegellátásban használt korrigált fejkvóta a finanszírozó és szolgáltató közötti kockázatmegosztás céljából került bevezetésre.
Az irányított betegellátásban való részvétel feltétele a szűrőprogramok elindítása, a bizonyítékon alapuló orvoslás költségkalkulációkkal kiegészítve.

A nemzetközi tapasztalatok elemzése kapcsán elmondható, hogy a magyar modell fejkvóta számítási módszertana korszerű. A kockázat kiigazítás további pontosítása érdekében a fejkvóta finomítása és a kockázat megosztás (fejkvóta körbe bevont és be nem vont ellátások) elemzésére egyaránt szükség van.

---

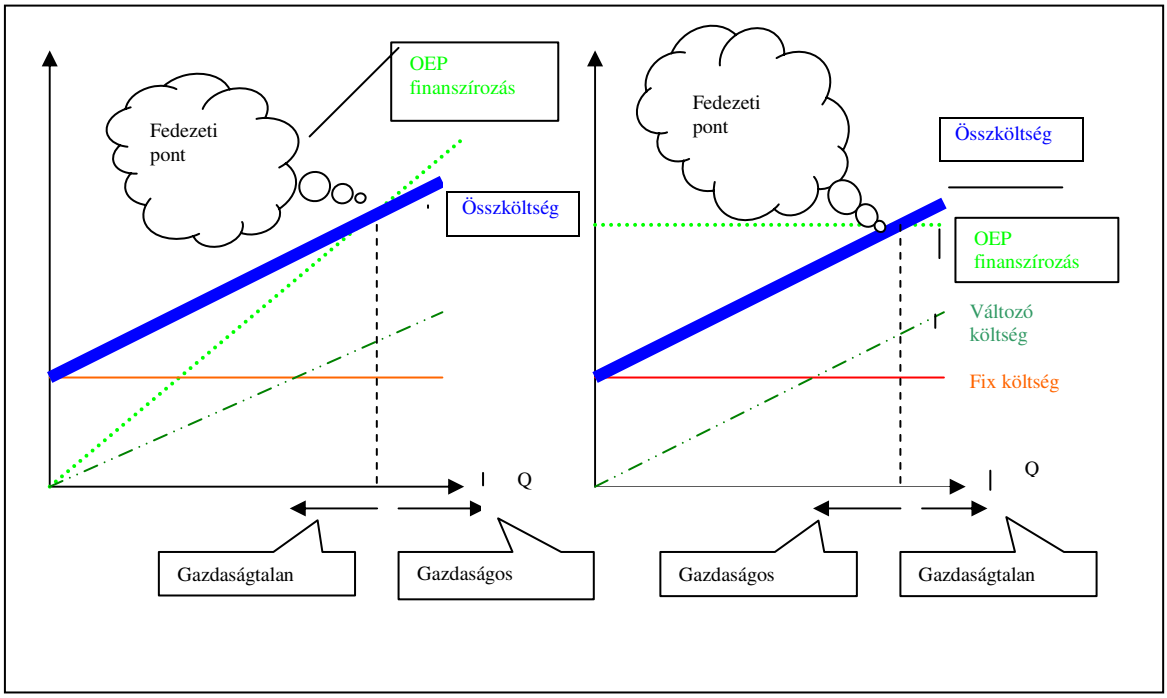
biztosítottak korosztályonkénti, nemek szerinti létszámának figyelembevételével kell meghatározni. A havi bevétel összegét az előirányzatok tárgyévi növekményével korrigálni kell.

Az irányított betegellátás előnyei:

- Lehetővé válik a betegút követése, mert a szűrés, a prevenció és az ellátás szakmai és költség adatai a háziorvos kezében összefutnak függetlenül attól, hogy azt az ő kezdeményezésére vagy anélkül vette igénybe a beteg. Láthatóvá válnak a felesleges párhuzamosságok.
- Az egészségfejlesztés, a prevenció ösztönzése hozzájárul a betegségek korai felismeréséhez és kezeléséhez.
- Megváltozik az érdekeltség, a teljesítmény finanszírozás előnyeit megtartva a teljesítmény indokolatlan fokozásában való érdekeltséget megszünteti. Ezt mutatom be a 36. sz. ábra segítségével.

Teljesítmény-finanszírozott szolgáltatók érdekeltsége IBR szolgáltatók érdekeltsége

Költség, bevétel adatok Költség, bevétel adatok



36. ábra: Teljesítmény-finanszírozott szolgáltatók érdekeltsége és az IBR szolgáltatók érdekeltsége

Forrás: Matejka Zsuzsanna Dr. (2001)

A bal oldali ábrán jól látható, hogy a szolgáltatók a teljesítmény fokozásában érdekeltek, míg a jobb oldali ábra azt mutatja, hogy az ellátás csökkentése a gazdaságos a szolgáltató számára.

Az irányított betegellátással kapcsolatosan felmerülő problémák:

- A költségek alakulását könnyebb ellenőrizni, mint az ellátás minőségét, így a betegebb, idősebb populáció az irányított betegellátásban rosszabbul járhat, mint a hagyományos költségfinanszírozási rendszerben.
- A fejkvóta megállapítása etikai kérdéseket is felvet, ugyanis a korlátozott ellátás a szerződés velejárója.
- A rendszeren belül nem érvényesül a szabad orvosválasztás lehetősége.
- A fejkvótás finanszírozások további finomítása is szükséges az erőforrások méltányosabb elosztása érdekében.
- Az orvosok egyéni ellenérdekeltsége jelenik meg. Ugyanis a modellkísérletben részt vevő orvosok érdekeltsége erőteljesen függ a paraszolvencia mértékétől és a gyártói dotációktól. Ezek a pénzek a tevékenységhez kötötten kvázi azonnal felvehetők, szemben a modellkísérleti megtakarításból származó érdekeltséggel, ami kifizetése csak esetleges és utólagos. Az orvos tehát a költségtakarékos megoldásban csak akkor érdekelt, ha az ebből származó jövedelme magasabb, mint a gyártói szponzorráció és fogyasztói paraszolvencia.
- Elmarad a szolgáltatók versenyeztetése.
- A rendszert profitorientált szervezetek működtetik, ahol a legnagyobb profit elérése a fő cél. Ha egy befektető az egészségügybe kívánja pénzét elhelyezni, azt nyilván azzal a céllal teszi, hogy nagyobb profitot érjen el, mint másutt, tehát pénz kerülhet ki az egészségügyből.

Az irányított betegellátási modell veszélyei

- A prevenciós programok növelik a kezelésre szoruló betegek számát, és ezzel esetlegesen költségnövekedést indukálnak.
- A megtakarításban való túlzott érdekeltség miatt ne csak a felesleges túlkezeléseket, párhuzamosságokat csökkentsék, hanem a szolgáltatást költséghatékony szint alá vigyék.
- A modell ellenzői azt állítják, hogy a megtakarítás arra utal, hogy tartalék van a rendszerben, tehát még több pénzt lehet kivonni belőle.

4.1.3. Konkrét esettanulmányok az irányított betegellátási rendszerhez

4.1.3.1. Csornai Margit Kórház és Rendelőintézet

A csornai Margit Kórház és Rendelőintézet a modellkísérlet indulása óta (1999. július 1.) vesz részt az irányított betegellátásban. Több mint négyéves tapasztalattal rendelkezik az irányított betegellátás területén.

A csornai kórház közel százéves múltra tekinthet vissza, 1914-ben kezdte meg a működését. Jelenleg öt aktív fekvőbeteg osztály (belgyógyászat, pulmonológia, sebészet, szülészet-nőgyógyászat, neurológia) és egy krónikus osztály található benne. A járóbeteg ellátást 27 szakambulancia és szakrendelés, továbbá 4 gondozó látja el.

A Csornai Margit Kórház és Rendelőintézet 2000. évi működésére vonatkozó főbb adatok

17. sz. táblázat

Aktív ágyszám (ágy)	191
Krónikus ágyszám (ágy)	30
orvosok száma (fő)	39
ápolók száma (fő)	225
gazdasági dolgozók száma (fő)	27
egyéb foglalkoztatottak száma (fő)	36
fekvőbetegek száma (fő)	5230
HBCS pontok száma	5471,34
case mix index	1,06
ágykihasználtság [%]	62,9

Forrás: Margit Kórház Igazgatósága, Csorna

A csornai Margit Kórház 1999-ben egyike volt annak a kilenc nyertes pályázónak, akik lehetőséget kaptak az irányított betegellátási modellkísérletben való részvételre. Kezdetben 20.419 biztosított ellátását vállalták az új rendszer keretei között. Ez a szám 54.273-ra növekedett a bővítés első körében. A 2001. májusi pályázaton is részt vettek és szerették volna a modell nagyságát 80.000-re növelni, de ez a pályázatuk nem volt sikeres.

Jelenleg a Margit Kórház ellátási körzetébe eső 23 családorvosi praxisból 16 tartozik a modellbe. Ez azt jelenti, hogy 41.000 biztosítottból 27.500 egészségügyi ellátása az irányított betegellátási modell keretei között történik.

A csornai modell többi biztosítottja Mosonmagyaróvári Városi Kórház ellátási területéhez tartozik. A mosonmagyaróvári kórház, mint partnerkórház csatlakozott a csornai rendszerhez, mert így nagyobb esélyt láttak a sikerre, mintha önállóan pályáztak volna. A csornai modell négyéves működése alatt egyetlen olyan csatlakozott családorvos volt, aki később a kívülmaradás mellett döntött.

Csornán az irányított betegellátási modell kezdettől sikeresen működik. A megtakarítások nagysága folyamatosan a legmagasabbak között van. Jelenleg szervezői támogatásban már nem részesülnek, prevenciós tevékenységükhöz az OEP a 2002. évre még biztosította az 500 Ft-os fejenkénti támogatást.

A szervező egyenlegéről az OEP havonta küld kimutatást, de csak félév végén van lehetőség az addig képződött megtakarítás 70%-ának a felvételére, az elszámolás pedig év végén történik meg. A fejkvóták aktuális nagyságát havonta állapítják meg, az előző havi országos teljesítményadatok ismeretében. A zárt kasszából adódó, a szolgáltatóknál jelentkező bizonytalanság tehát ebben a szisztémában is jelen van.

Csornán a megtakarítást felosztják a kórház (50%), a családorvosi praxisok (40%) és a számítástechnikai beruházó (10%) között.
A kórház a rá eső részt működési költségekre és fejlesztésekre fordítja. Az önkormányzat forrásai nem elegendőek a kórház fejlesztésére, így a modell működtetésével a kórház maga teremti elő a szükséges anyagi eszközöket. Gondosan ügyelnek arra, hogy csak olyan fejlesztéseket végezzenek, amelyeket hatékonyan tudnak üzemeltetni. Ennek a fejlesztésnek az eredménye az új audiológiai laboratórium, amellyel a betegek Győrbe utalása volt kiváltható.

A csornai szervezők a leglátványosabb eredménynek azt tarják, hogy az ellátási területükön a kórház profiljába illeszkedő betegek 95 % - a Margit Kórházat választja!
A betegek minimális elvándorlása hosszú távú stabilitást jelent a kórháznak, és egyúttal a betegek elismerését és bizalmát is kifejezi a helyi orvosok iránt.

A csornai rendszer egyik legfontosabb eredménye az, hogy családorvosok és a kórház között szoros szakmai együttműködés alakult ki. Megszűnt a kölcsönös bizalmatlanság és érdektelenség a másik munkája iránt. Az a korábbi szemlélet, hogy a családorvosok

elszigetelten a kórháztól elzártan dolgoztak, átadta a helyét egy pontos feladatmegosztáson alapuló csapatmunkának. A családorvosok rendszeresen részt vesznek a kórház vezető orvosai által szervezett továbbképzéseken, így a korábbi ad hoc kapcsolat helyett egy intézményesült munkakapcsolat alakult ki.

A szakmai protokollok kidolgozása és karbantartása segíti a családorvosokat mindennapi munkájukban és a tevékenységük korlátjainak felismerésében is. A gyógyszeres terápiára vonatkozó protokollok megalkotása a biztonságosabb ellátás mellett a költségek jelentős csökkentésére is alkalmas. A beteg gyógykezelése a kórház falain kívül és belül egységes elvek szerint folyik.

A kórház informatikai fejlesztése nagyrészt a modell működtetése során elért megtakarításokból történt meg. Mára családorvosok és a kórház számítástechnikai rendszere összekapcsolódott egymással, amely további lehetőségeket rejt magában. Az irányított betegellátás modern számítástechnikai háttér nélkül elképzelhetetlen.

A csornai rendszer tartós eredményessége a kórház sikeres ellátásszervezői tevékenységére világít rá. Az ellátás teljes folyamatára a kórháznak nagyobb ráhatása van, mint a többi szereplőnek. A legdrágább tevékenységek a kórházban folynak, amelyek gyakran generálnak további, a kórházon kívül jelentkező költségeket is.
Egy ilyen példa az innovatív gyógyszergyártók által alkalmazott módszer, amely abból áll, hogy a kórházak számára alacsonyabb áron adják a készítményeiket, abban bízva, hogy az orvos a zárójelentésen is ezt fogja javasolni a kezelés folytatásához, és a beteg is ragaszkodni fog, a megszokott szerhez. Az így felmerülő jelentős többletköltség a gyógyszerkasszát terheli, amely a hagyományos ellátási rendszer keretei között a kórházak számára nem jelent anyagi érdekeltséget.

A csornai népesség egészségi állapota jobb, mint az országos átlag és ez is hozzájárulhat a megtakarításokhoz, ennek mértéke azonban nehezen becsülhető.

A csornai modell sikerének legfontosabb eredménye mégsem a megtakarítás nagysága, hanem az, hogy a kórház köré szerveződve kialakult egy olyan rendszer, amely a kórházra, mint tudásbázisra alapozva képes volt az ellátás színvonalát emelni. A betegellátás teljes folyamata egységes alapelvek és érdekeltségi viszonyok szerint folyik. Ez csökkenti annak a lehetőségét,

hogy a különböző progresszivitási szinten elhelyezkedő szolgáltatók érdekellentéteit illetve érdektelenségét ki lehessen használni.
A betegellátás komplex egységként való kezelése révén felszabaduló forrásokat a rendszer fejlesztésére és a lakosság teljesebb ellátására lehet fordítani.

4.1.3. 2. Misszió Egészségügyi Kht Veresegyháza

A veresegyházi Misszió Egészségügyi Központ Kht. az irányított betegellátási modell kezdeményezője és úttörője. Jelenleg a Misszió a legnagyobb ellátásszervező, a 2001 májusi sikeres pályázatot követő bővítés óta 149 890 biztosított egészségügyi ellátását szervezi.
A Misszió tevékenysége a többi modell számára nem csak a mérete miatt fontos, hanem azért is, mert ebben a modellben gyűjtik a legtöbb adatot.

A prevenciós tevékenység az irányított betegellátás egyik legfontosabb része. Az irányított betegellátásban résztvevő modellekhez tartozó háziorvosok 2000-ben a következő típusú szűrési tevékenységet végezték el:

- Idegrendszeri vizsgálat
- Érzékszervi működés, dementia
- Életmódbeli rizikótényezők feltárása
- Vese, húgyúti fertőzés; diabetes szűrés
- Cardiovasculáris betegségek tájékozódó szűrése
- Gyomor – bélrendszeri eredetű vérzés vizsgálata
- Légúti betegségek szűrése (Nagy Béla 2001).

A primer prevenció (egészségfejlesztés, betegség megelőzés) költséghatékonysága egyértelmű. A szekunder prevenció (szűrőprogramok) vonatkozásában kevés hazai adat áll rendelkezésre a költséghatékonyság vonatkozásában.

Az alábbi adatok a Misszió Egészségügyi Központ által szervezett irányított betegellátási modell által végzett szív-és érrendszeri megbetegedések szűrésének eredményeit tartalmazzák.

A szekunder prevenció keretében többek között a szív-érrendszeri megbetegedések önkéntes kérdőíves rizikófaktor szűrésére kerül sor a modellhez tartozó lakosság körében. A cél az,

hogy a kérdőívek a civil csatornákon keresztül azokhoz is eljussanak, akik nem járnak orvoshoz. A magas rizikójú egyéneket vizsgálatra hívják be és amennyiben kiderül, hogy már betegek, akkor megtörténik a gondozásba vételük és elkezdődik a kezelésük.

A kérdőíves rizikófaktor szűrés költséghatékonyságának vizsgálata céljából, a 2000. évben szív-érrendszeri megbetegedésre magas rizikót mutató egyének, betegséggel összefüggően generált költségének vizsgálatára 2001. I. félévében került sor.

A rizikófaktor kérdőívet kitöltők és ennek alapján magas rizikóval kiszűrtek a vizsgálatra való behívás alapján három csoportba sorolódtak:

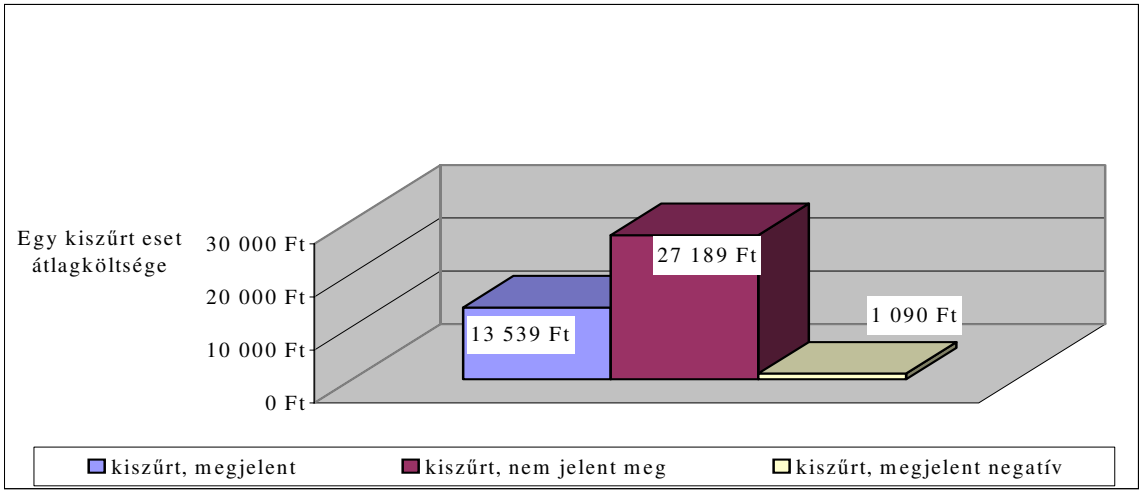
I. Behívásra megjelentek és valójában betegek, akik gondozásba vételre kerültek.

II. Többszöri behívás ellenére sem megjelenők, egészségüket elhanyagolók.

III. Behívásra megjelentek, de nem betegek.

A vizsgált magas szív-érrendszeri rizikófaktorú egyének, ezen három csoportjánál a kérdőív kitöltését követő év első félévében a betegséggel összefüggésben keletkezett kiadás jelentős különbséget mutatott. A kiszűrt és megjelent, valójában beteg és korábban nem kezelt csoportban az 1 főre eső átlagköltség 13.539 Ft volt 2001. I. félévében

Ezzel szemben a magas rizikóval kiszűrt, de a vizsgálaton nem megjelenteknél az 1 főre eső átlagköltség az előző duplája volt: 27.189 Ft. A kiszűrt, de még nem beteg csoportban az átlagköltség jóval alacsonyabb maradt: 1.090 Ft.

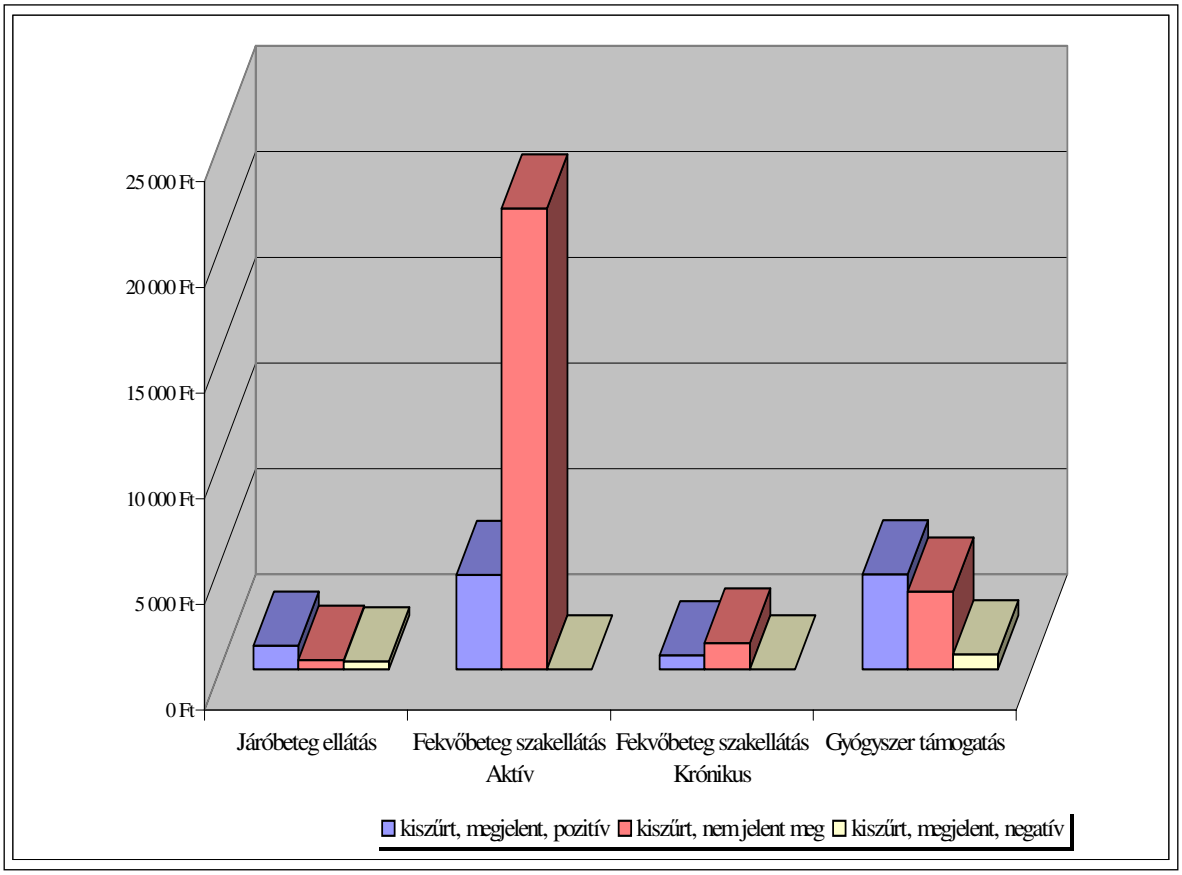


37. ábra: Szív- érrendszeri betegségek rizikófaktor felmérésén kiszűrt esetekben betegségre vonatkozó egészségügyi költségeinek alakulása

Forrás: Matejka Zsuzsanna (2001)

Kiadás-típusonként vizsgálva az adatokat kiderült, hogy a kiszűrt és gondozásba vett betegeknél értelemszerűen a járóbeteg-szakellátásban és a gyógyszerkasszában magasabb költség jelentkezett, hiszen a betegség kezelése, egyensúlyban tartása ezt indokolja.

Ezzel szemben azoknál, akik magas rizikójuk ellenére nem voltak hajlandók megjelenni a vizsgálatokon a kórházi kezelések jóval gyakoribbak és költségesebbek voltak, ami átlagköltség szinten közel ötször magasabb kiadást generált, mint a gondozásba vettek esetében.



38. ábra: Szív-érrendszer rizikófaktor szűrő kérdőívvel 2000-ben kiszűrtek betegséggel összefüggő átlag költségeinek alakulása

Forrás: Matejka Zsuzsanna [2001]

A bemutatott adatok természetesen további vizsgálatokat és utánkövetést igényelnek, de már most is felvethető néhány általános megfontolásra érdemes következtetés:

- Érdemes az egészségügyben a prevencióra költeni a szív-érrendszeri betegek esetében, mert a ráfordítás már egy éven belül is bőségesen megtérül.

- A jelenlegi betegségügy helyett valódi egészségügyet az intézmények falain belül és kívül, a civil szférával közösen célszerű művelni.

A Misszió Egészségügyi Központ által szervezett irányított betegellátási modellben az egészségügy az intézmények falain túlnyúlva a civil szerveződések, iskolák, önkormányzatok, egyházak bevonásával szervezi prevenciós programjait.
Több helyi civil kezdeményezésű egészségfejlesztési program támogatásával döntően a mozgást és a testsúly-optimalizálást preferálja a Misszió modell.

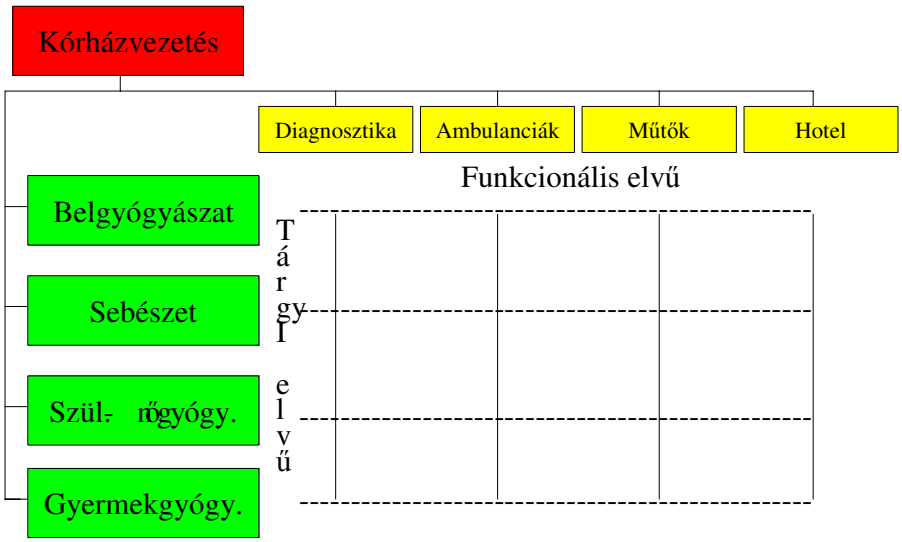
4.2. Mátrixkórházi struktúra

A jelenlegi finanszírozási rendszer mellett a költséghatékonyságra való tekintettel hatékony kórházi struktúra lenne kialakítható, a mátrixkórházi struktúra, mint a kiútkeresés egyik formájának általános bevezetésével.
Mi is az a mátrixkórház?
A mátrixkórház-szervezeti lényege, hogy a funkcionális és a tárgyi elvű munkamegosztás egyszerre történik, így a szervezeti egységek kialakításánál egy időben érvényesülnek a funkcionális és tárgyi szemléletű irányítás elvei. A mátrixkórház-szerkezet funkcionális elvű (horizontális) vonalán a diagnosztika, ambulanciák, műtők, hotel stb., míg a tárgyi elvű (vertikális) vonalán az egyes klinikai szakok, belgyógyászat, sebészet, szülészet-nőgyógyászat, gyermekgyógyászat helyezkednek el.
Jellemzői:

- a két dimenzió vezetői együtt döntenek, azonos kompetenciával a metszéspontban található tevékenységről, problémáról,
- új vezetési kultúra kialakítását teszi szükségessé,
- az irányítási szintek csökkennek,
- döntési centralizáció többvonalas irányítási elv mellett,
- betegforgalomhoz kapcsolódó valós munkakör és munkaerő tervezés, lehetővé válik, hogy az orvosok egy része ne főállásban dolgozzon az intézetben, hanem vállalkozási/megbízási szerződéssel kerüljön alkalmazásra,
- személyorientált ellátás,
- a nagy értékű eszközök és egységek jobb kihasználása, a gyógyításhoz szükséges berendezéseket, helyiségeket az egyes szakmák közösen használják,

- hatékonyabb és színvonalasabb szolgáltatásnyújtás.

A hagyományos kórházi osztályos szerkezet a funkcionalitás jegyében új, nagyobb egységekre bomlik. Általában külön szerkezeti egységet alkotnak az ún. műtétes vagy manuális szakmák és külön részlegen történik a belgyógyászati jellegű betegek ellátása.



A mátrixkórház szerkezeti felépítése

39. ábra: A mátrix kórház szerkezeti felépítése

Forrás: Kincses Gyula Dr. (1999)

Törvényileg meghatározott, hogy mely kórházak működhetnek ebben a formában, de ez eléggé szigorú előírásokat tartalmaz, ezen kellene változtatni.

A mátrix szervezeti struktúra működésének előnyei:

- a rugalmas ágykihasználattal jobb kapacitás-kihasználás érhető el,
- nincs ágyszámkorlát az OEP finanszírozás tekintetében,
- kevesebb főállású orvost kell alkalmazni, a szerződéses orvos alkalmazása olcsóbb,
- a tárgyi eszközök közös használatával növelhető a kihasználtság,
- a betegnek biztonságérzetet ad a szabad orvos-választás,
- az osztályszemléletet a kórházszemlélet váltja fel.

A mátrix szervezeti struktúra működésének hátrányai:

- a főorvosi kar ellenállása, hiszen sokkal kevesebb irányító szükséges,
- a költségelosztások ésszerűsítéséhez megfelelő gazdasági döntés hiánya,
- a nyitott osztálystruktúra miatt nagyobb a fertőzések terjedésének veszélye, ezért a higiénés szabályokra szigorúan oda kell figyelni,
- mivel bonyolultabb a szervezet, lassulhatnak a döntési folyamatok.

A nemzetközi gyakorlatban a szakorvosok viszik be a beteget a mátrix kórházakba, és vagy a kórház fizeti meg a munkájukat, vagy a szakorvosok bérlik a kórháztól a kórházi szolgáltatást. Így történik ez az osztrák Rudolfinerhaus magánkórházban is.

4.3. Finanszírozási problémák – megoldási javaslatok

Egészségügyi finanszírozási problémákkal foglalkozó szakirodalom áttanulmányozása során a legfontosabbakat emelem ki disszertációmban.

Átfogó reform szükséges, amit Radnai György (2004) egészségügyi reformért felelős kormánybiztos javaslata szerint az ellátásért felelős szervek jelenlegi köre – az állam, az ÁNTSZ, ill. az egészségbiztosító –ún. ellátásszervezőkkel bővülne. A koncepció szerint 300 ezer lakosonként tőkeerős gazdasági szervezetek biztosítanák az egészségügyi szolgáltatások megszervezését. Ezek a cégek főleg a területükön lévő emberek egészségmegőrzésében lennének érdekeltek és kevésbé az ellátórendszer maximális kihasználásában. Ha az adott területen élők éves fejkvótájánál kisebb összeget használnak fel az egészségügyi szolgáltatásokra, akkor a megtakarítás profitként náluk maradhatna és három éves türelmi idő után szabadon felhasználhatnák. Egy-egy terület egészségügyi ellátásának megszervezésére a kormányzat pályázatot írna ki. A jelentkezőknek legalább másfél milliárd forint tőkét kell befektetniük, nem pályázhatnak gyógyszer-és gyógyászati segédeszköz-gyártók, az egészségügyi szolgáltatók. A tervezet szerint a járulékot továbbra is az OEP gyűjtené, s a gyógyító eljárások díját továbbra is az egészségügyi intézményeknek utalná, ha az ellátásszervező igazolta, hogy a kórház, szakrendelő teljesítette a számlán lévő szolgáltatást. Az ellátásszervezők csak a betegségek megelőzési díját és a szervezői díjat, valamint a megtakarítást kapnák meg az egészségbiztosítótól. A biztosítottak a háziorvos segítségével választanak ellátás-szervezőt, aki a későbbiekben kijelöli, hogy mely intézményekbe mehet vizsgálatra, ellátásra.

Az egészségügy pénzellátása, finanszírozása elégtelen. Az Egészségbiztosítási Alap egyenlegét az előzőekben megvizsgáltam, megállapítottam, hogy deficites, tehát a forrásbővítés indokolt. A forrásbővítés egyik lehetősége a „magán" megjelenése az egészségügyi finanszírozásban. Alapelvként a szolidaritás elvű társadalmi kockázatközösségnek meg kell maradnia, nem, a társadalombiztosítás alternatívájáról kell beszélnünk, hanem a kiegészítő biztosítások lehetőségéről. Az igazságosságot, és a hozzáférési esélyegyenlőséget biztosítani kell. Ma a magánfinanszírozás jelen van az egészségügyben, eseti készpénzfizetésként – hálapénz -, de ez csak tovább növeli a betegek kiszolgáltatottságát, ellenőrizhetetlen, nem konkrét vásárlást jelent. Sokszor lehetetlen helyzetbe sodorja azokat a betegeket, akiknek gondot jelent az előre elvárt műtéti tarifa előteremtése. Ez tovább rontja a lakosság egészségügyről kialakított nem túl kedvező véleményét. Az egészségügyben dolgozók többsége „szabadulna" a hálapénz-rendszertől. A bérrendezés csak egyik eleme lehet a változásnak, szemléletváltásra is szükség van. Rendezett, átlátható piaci viszonyokat kell teremteni a finanszírozásban, ahol nincs helye a paraszolvenciának.

A finanszírozási hiányosság enyhítésére a döntéshozók az ellátórendszerbe a piacgazdaság feltételeit igyekeznek bekapcsolni, Endrőczi (2002) megállapítja, hogy nemzetközi tapasztalatok rámutatnak arra, hogy mindez az egészségügyi kiadások növelése irányába hat és a szolgáltatás minőségének a romlását idézi elő.

Edward Prescott (amerikai) és Finn Kydland (norvég) közgazdászok 2004. évben Nobel-díjat kaptak. A közös tanulmányukban megfogalmazták, hogy a politika ne saját akaratát érvényesítse a gazdaság felett, hanem hagyják a hosszú távú törvényszerűségeket érvényesülni. Így elkerülhetővé válik, hogy az alapos mérlegelés után meghozott politikai beavatkozás a visszájára forduljon. Ezt a gondolatmenetet az egészségügyben meglátásom szerint alkalmazva, például rövid távú politikai cél az egészségügyben a tőkebevonás privatizálással. Ennek lehet az a hosszú távú következménye, hogy – mivel a tőke természeténél fogva az értékesülésre törekszik - pénzt von el az egészségügy területéről. Így a tőkeelvonás miatt tehát hosszú távon pénz kerül ki az egészségügy szférájából. Ezért javasolom az egészségügy területén az állami tulajdon markáns jelenlétét.

Az egészségügyi finanszírozás bevételi forrásának növeléséhez fontos lenne, hogy mindenki után fizessenek járulékot (a jelenleg nem fizetők után a nyugdíjbiztosító, az állam vagy az önkormányzat). Az egészségbiztosítási járulékot a munkáltató és a munkavállaló is fizet, ez túl sok, felesleges adminisztrációt jelent. Megoldás lehetne a jelenlegi bruttó bérek munkáltatói járulékkal való további bruttósítása, így csak a munkáltató fizetne járulékot (Hidasi 2001).

Hidasi (2001) prezentációjában ural arra, hogy a költségmegtakarítás biztosítható lenne ha bevezetésre kerülne egy minimális egészségügyi ellátási csomag, alapellátási csomag, ami megteremtené a kiegészítő biztosítások lehetőségét is. A kiegészítő biztosítások az alapbiztosítási járulékkal együtt nem haladnák meg a jelenlegi járulékfizetés mértékét, hanem pusztán annak megosztását változtatnák meg. Így kövonalazódik egy olyan magyar egészségbiztosítási rendszer, amely három biztosítási pilléren nyugszik. Az egyik a szolidaritási elven működő társadalombiztosítási alapellátási csomag, a másik a kiegészítő biztosítások csomagja, a harmadik pedig a piaci elveken működő for-profit magánbiztosítók rendszere (kiterjesztve a co-payment önrészvállalási kötelezettséggel).

A gazdaságilag fejlett országokban az egészségügyi kiadások növekedése mögött nem a bérjellegű kiadások emelkedése húzódott meg, hanem Fuchs (1996) szerint a technológiai (technikai és gyógyszeripari) fejlődés játszott döntő szerepet.

Kincses (1999) tanulmányában megfogalmazza, hogy az egészségügyi reform kulcskérdése a „szerkezetváltás”. A szerkezetalakítás lényege az ellátások tömegének a lakosságközeli, alacsonyabb költségszintű ellátási formák felé terelése. Mindezt úgy célszerű megoldani, hogy az equity (az azonos minőségű ellátáshoz való hozzáférési esélyegyenlőség) elv ne sérüljön. Javasolja az egészségügyi ellátókat az alábbi három csoportba sorolni:

- Bázis szolgáltatók (biztosítják mindenki számára elérhető, megfelelő szintű ellátást),
- Kiegészítő „választékbővítő” szolgáltatók (jobb minőségű ellátást nyújtanak, kettős finanszírozásban: megkapják az OEP szerinti 80-80 %-os finanszírozást, illetve a betegektől térítési díjat),
- Szabadpiaci szolgáltatók (társadalombiztosítás által nem finanszírozott ellátások, pl.: plasztikai sebészet, ápolási otthon).

Javaslata előnyös, mert javul az ellátás minősége, nem nőnek a lakosság terhei, javítja a rendszer hatékonyságát, többletforrást visz a rendszerbe, a paraszolvencia csökkenése irányába hat, a beteg szabadon választhat az intézmények között.

Hátránya, hogy növekszik az egészségügy kettészakadásának veszélye, kialakulhat egy fapados, szegény-egészségügy és egy normális, de drága egészségügy, a kiegészítő szolgáltatások növelt árszínvonala visszahat az alaprendszerre és növeli annak összköltségét.

Győrfi István szerint a jelenleg kihasználatlan városi kórházakban az ápolás kiterjesztése mentőkötelet jelenthet.

Csáky (2001) szerint egy egészségügyi rendszer működése akkor hatékony, ha:

- a közfinanszírozással mindenki hozzájut a megfelelő és garantált minőségű egészségügyi szolgáltatáshoz (megjegyzem, hogy 2004. május 1-jétől minden beteget az ellátásban részt vevőktől elvárható gondossággal kell „csak" kezelni, a törvény már nem fogalmazza meg a gondosság mértékét, nem írja elő a legnagyobb gondosság alkalmazását),
- a szükségletekhez igazodik a szolgáltatás, követi a morbiditási, mortalitási és demográfiai változásokat,
- az elköltött közpénzek sorsa, a szolgáltatások rendszere átlátható,
- az egészségügyi rendszer finanszírozható,
- a felhasznált források hatékonysága nő.

A fekvőbeteg – szakellátás korszerű átalakításának szükséges lépései:

- a területi és szakmai aránytalanságokból eredő többletkapacitások – átgondolt, a szakmával egyeztetett – átalakítása,
- a feladatok egyértelmű meghatározása, a megfelelő progresszivitás miatt,
- pontosan meghatározandó az a szint, amely fölött állami feladat kell hogy maradjon a fekvőbeteg – szakellátás,
- a finanszírozás átalakítása úgy, hogy a költséghatékonyság szem előtt tartásával finanszírozzanak.

2004. május 1. után Magyarország lehetőséget kapott arra, hogy az EU strukturális alapjaiból támogatást igényeljen. 2004-2006. közötti időszakra a keretösszeg 500 milliárd Ft, amelyből az egészségügyi ágazatra 34,1 milliárd Ft jut (Vállalkozó egészségügy – egészségügyi vállalkozások Budapest, 2004. április 29. Az OEP egészség-finanszírozási feladatai az Uniós csatlakozást követően Dr. Kiss József Országos Egészségbiztosítási Pénztár). Felhasználható

egészségügyi infrastruktúra fejlesztésére az elmaradott régiókban (Észak-Magyarország, Észak-Alföld, Dél-Dunántúl).

Az alulfinanszírozottság, forráshiány megoldásához hatékonyságnövelő módszerek, technikák, szervezési megoldások kívánatosak, például véleményem szerint regionális szükséglet-elemzésen, kapacitástervezésen és működésszervezésen alapuló vizsgálatot kellene végezni, majd ez alapján átszervezni a fekvőbeteg-szakellátás szerkezetét. A finanszírozási problémák egy kórház esetében is különböző megoldási javaslatokra világítanak rá. A következőkben részletesen elemzem a Soproni Erzsébet Kórház gazdálkodását.

5. ESETTANULMÁNY - SOPRON MEGYEI JOGÚ VÁROS ERZSÉBET KÓRHÁZ

A leendő Soproni Erzsébet Kórházról (SEK) az első gondolatot egy 1890-ben írt polgármesteri jelentés fogalmazza meg. Építését 1909-ben kezdik meg 180 ággyal (a mai helyszínen), a régi Zita Kórház (Kazinczy utcának a Kőfaragó tér felé eső végén állt) helyett. 1915-ben I. Ferenc József hozzájárult, hogy a kórház Erzsébet királynő nevét viselje. A kórházat 1919. június 23-án nyitotta meg dr. Szilvási Gyula kórházi főorvos, Sopron város egészségügyi népbiztosa. 1919 – 1962. között 465 ágyra bővült a kórház kapacitása. 1962-ben a kórház ágyszáma 465-ről 601-re emelkedett. A kórház rekonstrukciója 1980-as évek első felében kezdődött, megyei célcsoportos beruházásként. A kórház rekonstrukcióját 1991 végétől (a Pénzügyminisztérium és Népjóléti Minisztérium közös állami beruházásaként) a költségvetés finanszírozza. Ennek megfelelően ezen időszaktól kezdődően a kórház pénzeszközeit az Állami Fejlesztési Intézet kezeli és egyben ellenőrzési jogot is gyakorol. Osztrák fővállalkozóval a vállalkozási szerződés 1991. november 4-én jött létre, s ennek megfelelően a rekonstrukció megvalósítása híd lehet a magyar és a nyugat-európai egészségügy között. A rekonstrukció több fázisban valósult meg, az utolsó épületet 2002-ben fejezték be. A Rekonstrukciós Program megvalósulásával emelkedett az ellátás és a hotelszolgálat színvonala. A kórház feladata természetesen elsősorban a magyar betegek ellátása (az integrált egészségügyi ellátásra jogosultak száma 127 ezer fő), de lehetőség kínálkozik számos szakmai területen osztrák betegek ellátására is.

A rekonstrukció (23 milliárd forint) eredményeként a kórház beépített területe csaknem megháromszorozódott, a felszereltsége és a betegeket kiszolgáló komfortfokozata messze az országos átlag felettire emelkedett. A kórházat műszerezettségében egyetlen városi kórház sem közelíti meg.

Megyei, városi, Soproni Erzsébet Kórház műszerezettségének összehasonlítása

18. sz. táblázat

Kórházak elhelyezkedés alapján	**Műszer/ágy db**	**Érték/ágy eFt**
Megyei átlag	1,692	1.523
Városi átlag	1,913	1.244
Országos összesen átlag	2,555	1.627
Soproni Erzsébet Kórház	5,910	6.099

Forrás: 2001: SEK; KSH

A 18. sz. táblázatból jól látható, hogy a Soproni Megyei Jogú Város Erzsébet Kórház műszer/ágy értékben több mint kétszeresen meghaladja a hasonló kategóriájú intézmények átlagát, új érték/ágy értékben háromszorosan meghaladja még az országos átlagot is.

Az eszközök korcsoportos megoszlása az országos átlagnál jobb. Az országos átlag kilenc év körül van, míg az Intézet eszközeinek átlag életkora 6 év. A kórház ellátottsági mutatói magyar viszonylatban kiugróan jónak nevezhetőek, bár a fejlett nyugati országok hasonló mutatói mintegy tízszeresen magasabbak a hazai átlagos értékeknél.

Mindezek az eredmények, amelyek a rekonstrukció során születtek, ma a kórház fő bajainak a forrását jelentik. A magyar kórházi átlagot meghaladó Soproni Erzsébet Kórház működtetésének költségeit a jelenlegi finanszírozás nem ismeri el. A Soproni Erzsébet Kórházban végzett gyógyításért a nálánál olcsóbban dolgozó kórházak költségeit téríti az OEP. Ennek megváltoztatásában Sopron Megyei Jogú Város Önkormányzatának, mint tulajdonosnak, nincs hatásköre.

A kórház vezetése látva az egyre növekvő veszélyt, a kórházban létrehozott egy olyan kontrolling rendszert, amellyel a gazdálkodás és a gyógyítás szinte minden mozzanatát pontosan követni lehet. A rendszer működtetésével a kórház vezetése és a tulajdonos bármikor választ kaphat a kórházban folyó gyógyító és a gazdálkodási műveletek mennyiségi, értékbeli mozgásáról.

A kórház jelenlegi formájában és vonzáskörzetében túlméretezett, a kapacitása csak részben kihasznált. A XXII. sz. mellékletben bemutatom a Soproni Erzsébet Kórházban az ágyak számát és kihasználtságát %-ban. 1989-ben 601 szervezett és működő kórházi ágy 2003-ra lecsökkent 519 szervezett és 516 működő kórházi ágyra. A kapacitáskihasználtsága változását 40. sz. ábra mutatja, látható, hogy az 1989-es 72,5 %-ról, 2003-ra 76,4, illetve 76,7 %-ra növekedett. A kórházi ágyszám-csökkenések, az országos intézkedések mellett a rekonstrukció során történt osztály, épület szüneteltetések következménye.

40. ábra: A kórházi ágyak kihasználtsága

Forrás: SEK

Mind a szervezett, mind a működő kórházi ágyak kihasználtsága alacsony, 85 % fölé kellene emelni. A kórház 2003 év folyamán összesen 20120 beteget ápolt, ebből mintegy 85 % került ki a kórház vonzáskörzetéből és 15 % a kórház vonzáskörzetén kívüli területről jött. A betegellátásban feltűnő, hogy Sopron város vonzáskörzetébe tartozó összesen mintegy 35 ezer betegből mindössze közel 50 % gyógyíttatta magát a Soproni Kórházban és a többség máshova ment kezelésre. Ezen változtatni kell.

A 19. sz. táblázat összefoglalva mutatja a Soproni Erzsébet Kórház pénzügyi egyensúlyát.

A Soproni Erzsébet Kórház pénzügyi egyensúlya

19. sz. táblázat

Év	**Bevétel**	**Kiadás**	**Egyenleg**
1994	663,0	699,5	-36,5
1995	1095,3	1244,8	-149,5
1996	1126,7	1299,4	-172,7
1997	1297,0	1374,0	-77,0
1998	1805,5	1774,1	+31,4
1999	2055,4	2017,7	+37,7
2000	2063,7	2124,9	-61,2
2001	2144,2	2388,4	-244,2
2003	3310,7	3207,4	103,3

Forrás: SEK

A kórház anyagi körülményeinek több éves áttekintése azt mutatja, hogy a rekonstrukció során keletkezett magas költségszint fedezetlenségéből már 1994-ben problémák adódtak.
1994-ben 36,5, 1995-ben 149,5, 1996-ban 172,7, 1997-ben 77 millió forint volt az a veszteség, amely a kiadás és a bevétel között keletkezett. Az ezt követő két év többlettel zárult. 2000 és 2001-ben ismét hiány mutatkozott. A 2003-as évben lett bevételi többlet.

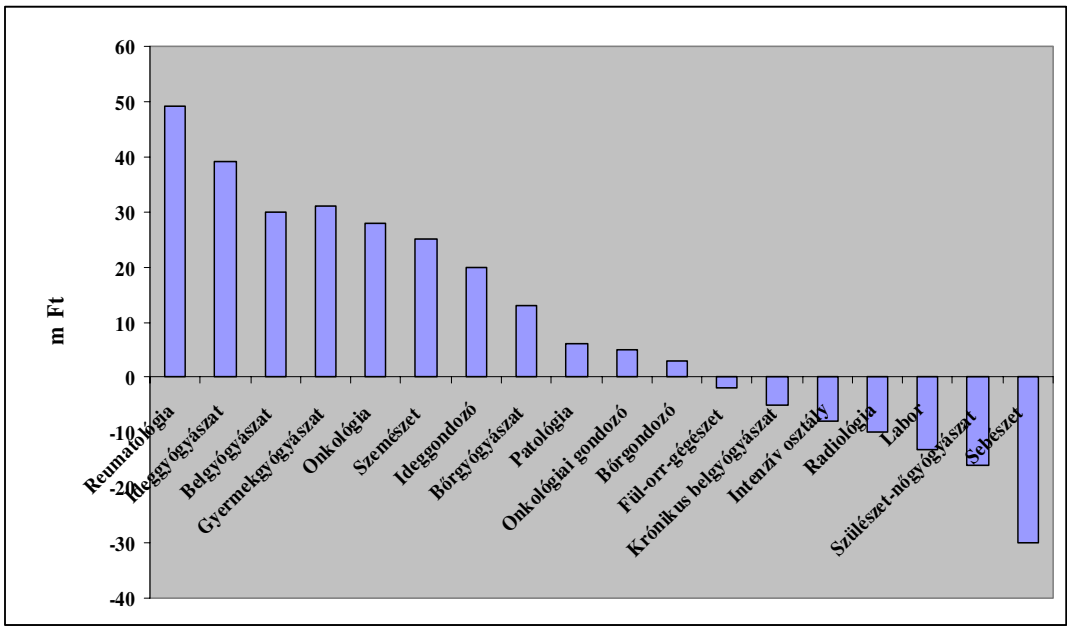
5.1. A finanszírozási rendszer buktatói és alkalmazkodási technikák országosan

Aktív fekvőbeteg – szakellátás területén

A harmadik fejezetben bemutattam a finanszírozási módokat, most pár gondolatot részletesebben kifejtek.
Az egészségügy finanszírozásában az aktív fekvőbeteg - szakellátás területén bevezetett HBCS-rendszerrel költséghatékonyságra akarták kényszeríteni az egészségügyi intézményeket. Azonban az egyes homogén betegségcsoportokhoz kalkulált költségösszetevők logikai kialakításánál számos tényező figyelmen kívül került:

- Az intézmények közel 80 %-os fixköltség - hányaddal dolgoznak.
  Nagyon hatékony a finanszírozás számára, hogy csak az ellátott betegek után fizet, de amennyiben nincs elegendő beteg, akkor is kell fűteni, világítani, stb.
  Ebből kifolyólag kettős ellentmondás is fennáll. Egyrészt az intézmény érdeke az lesz, hogy minél több betege legyen, tehát „beteggyártás” induljon el; a finanszírozás érdeke pedig az, hogy az intézmények a kapacitásaikhoz igazítsák a struktúrájukat, másrészt az intézmények tulajdonosainak az érdeke az, hogy az intézmény működjön (munkahely szempontjából stb..); a kormányzaté, hogy szűkítse az egészségügyi kiadásokat.
  Ezen ellentmondások a mai napig nem kerültek feloldásra.

- A HBCS-rendszerben a különböző szakmák fedezettartalma eltérő.



41. ábra: A különböző szakmák eredményessége egy minta városi kórházban

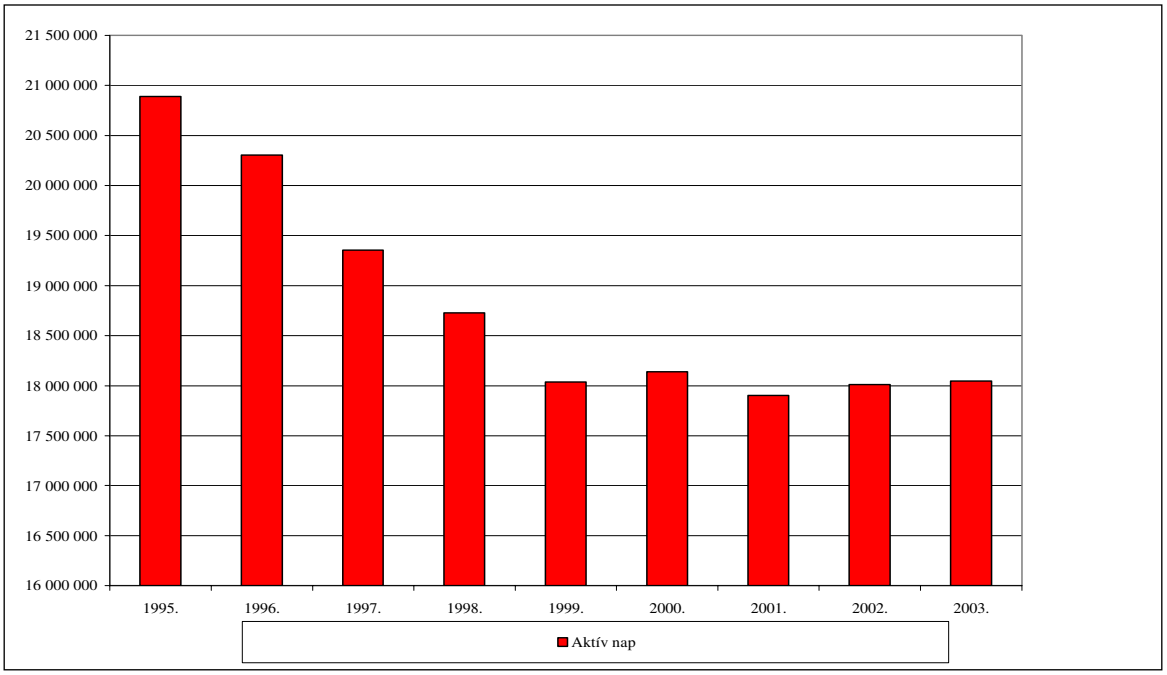
Forrás: SEK

A különböző szakmai összetételű egészségügyi intézmények között a rendszerből adódóan szélsőséges gazdasági különbségek adódnak. A jól finanszírozott szakmákkal nagyobb arányban rendelkező intézmények eredményessége biztosított.

Természetesen a finanszírozási rendszer központi változtatásával folyamatosan igyekeznek kiküszöbölni a finanszírozási rendszerből adódó szakmai igazságtalanságokat.

- A HBCS finanszírozási rendszer figyelmen kívül hagyja az egyes egészségügyi intézmények közötti szolgáltatás-minőségbeli különbségeket. A szolgáltatás minőségbeli különbsége jelentős költségkülönbségeket okozhat az egyes egészségügyi intézmények között.

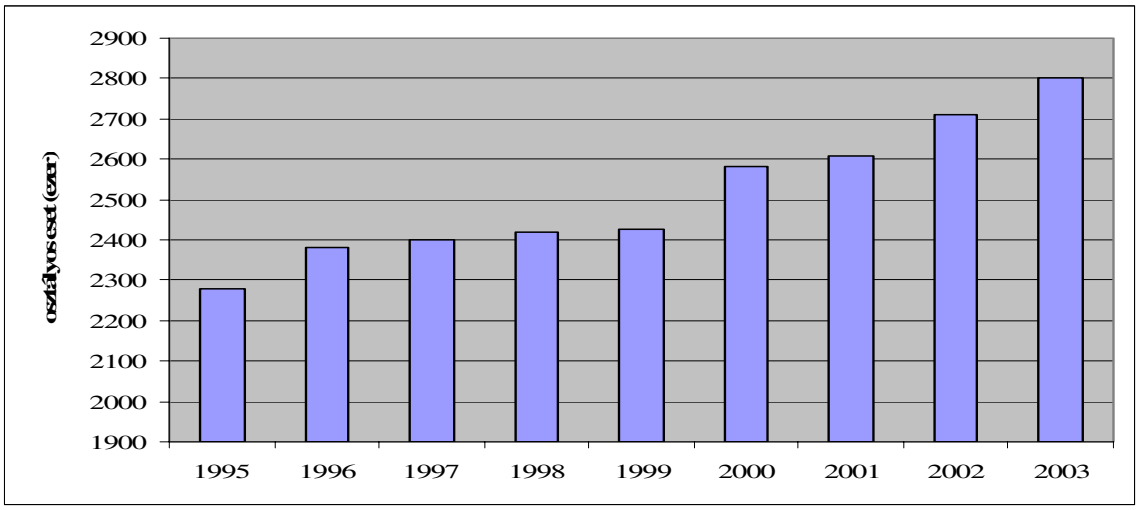
Összességében a fekvőbeteg – szakellátás finanszírozási rendszerében bevezetett teljesítmény-alapú finanszírozás az egészségügyi intézmények gazdálkodási gyakorlatában alapvető változásokat idézett elő, míg 1990-ben 104 ezer ágyon 2,2 millió elbocsátott beteget, addig 2002-ben 80 ezer kórházi ágyon 2,7 millió elbocsátott beteget regisztráltak. Ehhez kapcsolódóan a továbbiakban a betegforgalom, a súlyszám, a case-mix index alakulását szemléltetem a 42. sz. és a 43. sz. ábra segítségével.



42. ábra: Aktív nap változása 1995 – 2003. között országosan

Forrás: www.gyogyinfok.hu

Az aktív ápolási nap 1995-ről 1999-re 13 %-kal csökkent, majd nagyjából az 1999-es szinten maradt.



43. ábra: Osztályos eset változása 1995 – 2003. között országosan

Forrás:www.gyogyinfok.hu

Az országos osztályos eset adatokból látszik, hogy a „beteggyártás” folyamata a 1995. óta folyamatosan növekszik.
Így az 1 osztályos esetre jutó aktív nap országosan 30 %-kal csökkent (1995-ben 9,1, majd 2003-ban 6,4).

Az egyes HBCS-hez tartozó súlyszámon kívül befolyással van a finanszírozásra az alsó-, a felső határnap, a normatív nap.

- Alsó határnap elérése esetén teljes finanszírozást kap az intézmény.
- Felső határnap a beteg újbóli felvétele esetén az un. „garancia szabály”, amely a felső határnapon belüli ismételt felvétel esetén osztott finanszírozást jelent.
- Normatív nap, a krónikus osztályra való áthelyezésre már jár a krónikus ápolás.

A finanszírozási rendszerben szereplő alsó határnappal a betegek minél gyorsabb eltávoztatása érvényesül.

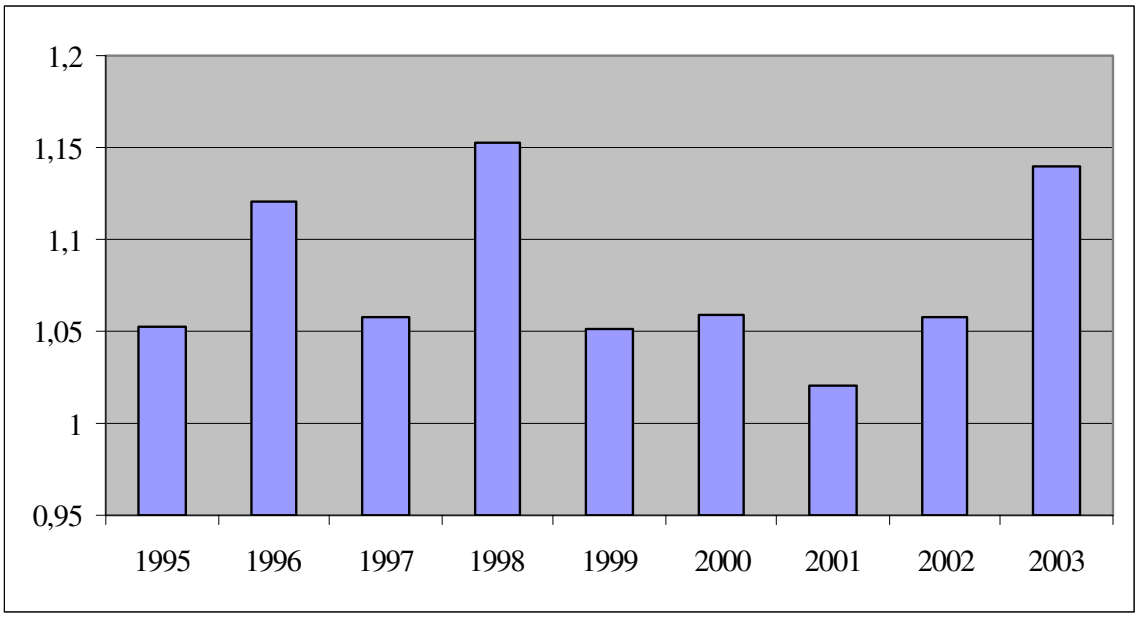
Az egészségügyi politikai beavatkozás során mindig kiadáscsökkentés, tehát forráskivonás történik az egészségügyi szférából. A kormányzat eszköze a forráskivonásra kettős:

- teljesítmény lenormálás,
- Ft szorzó változtatás.

Teljesítmény lenormálás (a HBCS történeténél részleteztem) 1997; 1999; 2001. években történt. Mindig a szakmai lobbyk határozzák meg a lenormálás mértékét.
A teljesítmény lenormálás technikája többféle lehet:

- adott HBCS-hez tartozó határ változtatása,
- adott HBCS-hez tartozó súlyszám leértékelése,
- adott HBCS-hez tartozó besorolási szempontok megváltoztatása,
- adott HBCS megszüntetése, más paraméterek szerinti szétbontása.

A lenormáláshoz való azonnali alkalmazkodás állandó, felkészült és online rendszert igényel az intézményektől. Mivel a nem időben történő hatásbeli elemzések és eredményekre történő reakciók az intézmények likviditását veszélyezteti.
A teljesítmény lenormálás a CMI – esetsúlyossági index visszaeséséből látható, de egy év csúszással, amit a 44. sz. ábra mutat.



44. ábra. Case-mix index változása 1995 – 2003. között országosan

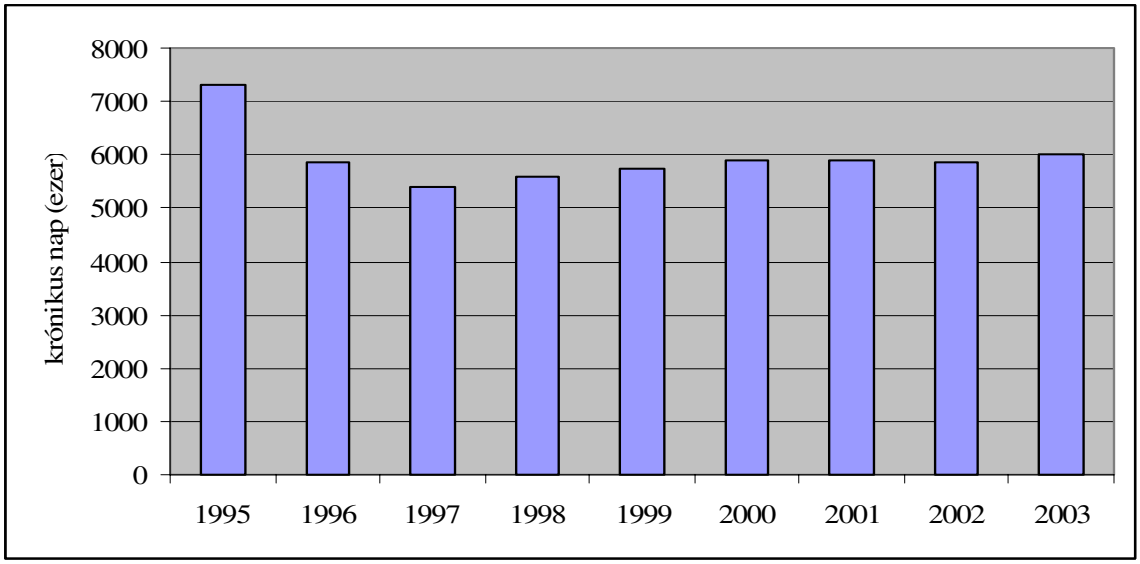
Forrás: www.gyogyinfok.hu

Ezen esetekben az összesített CMI csökken, azonban az egyes szakmák különbözőképpen megállapított CMI-je különböző arányban változik a lenormálások esetén. A CMI javulását a lenormálást követő évben az intézmények szakmai átrendeződése okozza. Egy lenormálásnál egy kevésbé leértékelt szakmát preferálnak, így biztosítva az intézmény jobb CMI-jét, illetve az egészségügyi intézmények alkalmazkodnak a kódolási szokásokhoz. Az alkalmazkodás viszonylag rövid ideig tart.

A *Ft szorzó változtatást* korábban mutattam be, reálértéken a HBCS forintértéke csökken.

Krónikus fekvőbeteg – szakellátás területén

A krónikus fekvőbeteg – szakellátás finanszírozásával összefüggésben fontos, hogy valamennyi krónikus ágy 100 %-ban kihasznált legyen. A beteget aktív területre célszerű átforgatni. A szakmaszorzók az ellátás minőségét hivatottak súlyozni.



45. ábra: A krónikus ápolási napok számának alakulása 1995 – 2003. között országosan

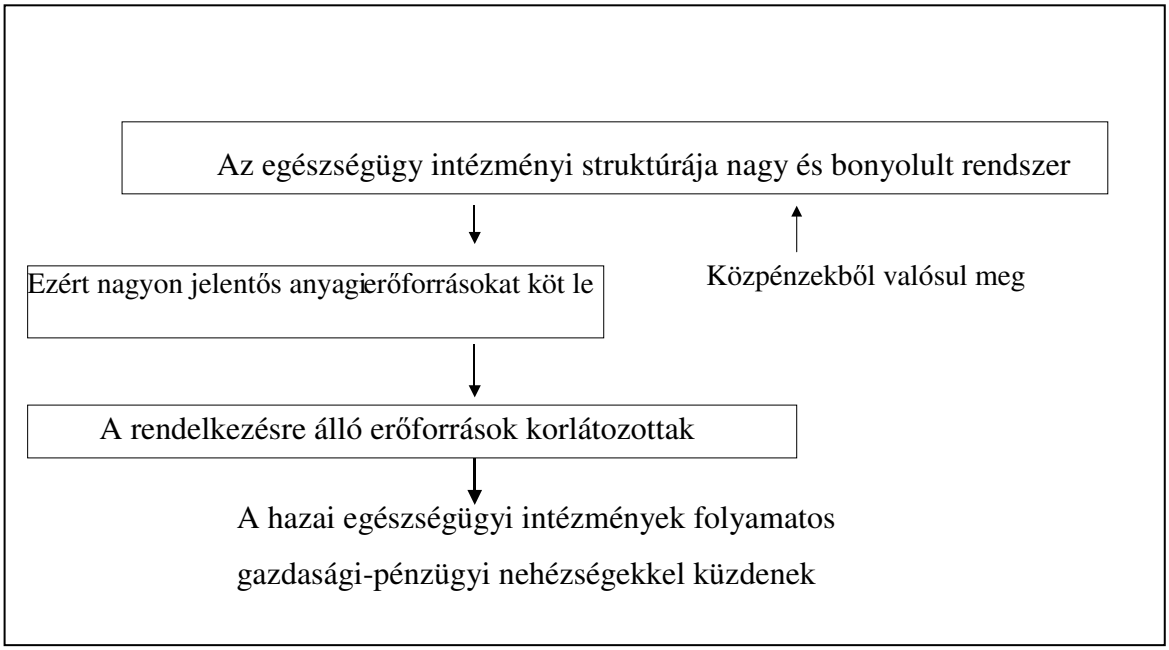
Forrás: www.gyogyinfok.hu

Országosan 1995-től 1997-ig csökkent a krónikus ápolási napok száma, majd utána lassú növekedés tapasztalható. 2002-ben van némi csökkenés az adatsorban.

A finanszírozási rendszer buktatóihoz való alkalmazkodási technikák országosan

Az állandó változáshoz való gyors alkalmazkodást követelve az intézmények többsége kialakítja a kontrolling rendszerét, amellyel megvalósítható a szemléletváltás, a naprakész információk begyűjtése. Ez azért is fontos, mert az intézmények érdekeltté válnak

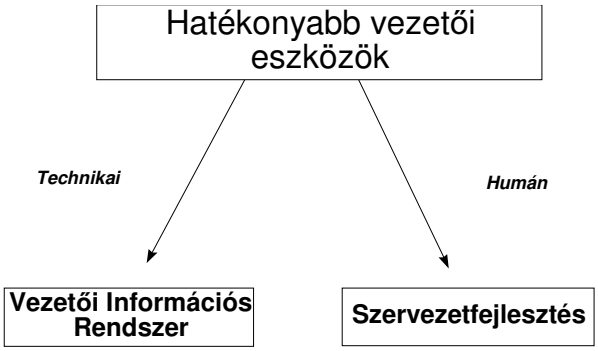
- a minél hatékonyabb gazdálkodásban,
- a pénz- és egyéb erőforrásokat kímélő erőforrások felkutatásában,
- a rendelkezésre álló kapacitások lehető legjobb kihasználásában.



46. ábra: A kontrolling szemlélet kialakulása az egészségügyben

Forrás: SEK

Az intézmények menedzsmentjeinek új szemléletben kell gondolkodni az intézmények vezetéséről és irányításáról. Ez a szemlélet gyors alkalmazkodást, megfelelő helyzetfelismerést, folyamatosan aktuális és friss információkat, és állandó döntéseket követel a menedzsmenttől.



47. ábra: Hatékonyabb vezetői eszközök

Forrás: SEK

A Vezetői Információs Rendszer célja, hogy egy kórház több, egymástól független adatbázisa alapján egyetlen közös adatbázisba – adattárházba – gyűjtse össze a betegellátás és az intézet bizonyos finanszírozási és költségadatait. Az így összeállított, rendszeres frissülő adatbázis

lehetővé teszi, hogy egy megfelelően kialakított lekérdező és elemző eszköz segítségével könnyen kivitelezhető, felsővezetők által is kényelemesen használható elemzések álljanak rendelkezésre. A rendszer könnyű használhatóságát az egységes, korszerű, magyar nyelvű, grafikus felhasználói felület biztosítja. A VIR megvalósítása igen korszerű software elemek felhasználásával valósult meg. A rendszer fő célja: pontos gyors információ, azonnali reagálás minden szinten.

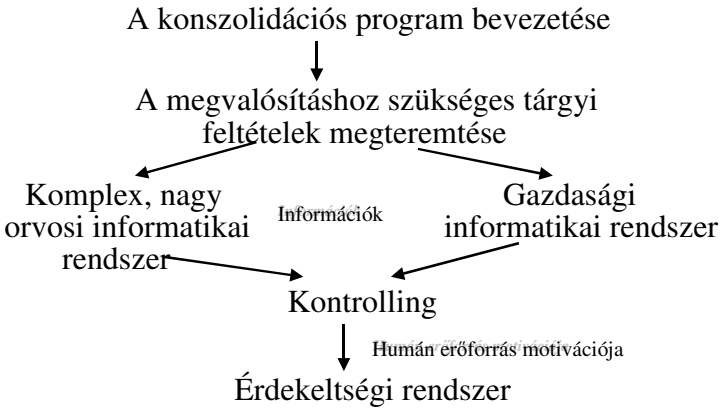
A kórházaknak ugyanannyi vagy kevesebb pénzből, egyre növekvő feladatot kell ellátniuk, a kilátástalanná vált fejlesztések, beruházások, korszerűsítések problémáinak megoldásához meg kellett vizsgálni, hogy a kórház működése mennyibe kerül, és konkrétan miért kerül annyiba, ezért

- a költségszámítás és teljesítménymérés az intézményi menedzsment egyik fő témája lett,
- az informatika és egész eszköztára rohamosan terjedt az intézményi infrastruktúrában,
- megnőtt az érdeklődés a külső megbízottak alkalmazására, vagyis szakmai segítség céljából szélesedtek a kapcsolatok,
- az intézmények menedzsmentjében gazdasági szakemberek kaptak helyet és teret.

5.2. A finanszírozási rendszer buktatói és alkalmazkodási technikák a Soproni Erzsébet Kórházban

Az 1993-ban megváltozott intézményfinanszírozás kihatott a kórház gazdálkodására, mindennapi működésére. A különböző szakmák eltérő finanszírozottságából adódóan fontossá vált az egyes szakterületek hangsúlyának figyelése és a finanszírozási összhang megteremtése. A közalkalmazotti törvény is jelentős költségnövekedést okozott. Az intézményi likviditást döntően befolyásolta, hogy a társadalombiztosítás a gyógyítás sajátosságait figyelmen kívül hagyva, linearizált havi pénzügyi keretjuttatást vezetett be. A finanszírozási rendszer (a nettó finanszírozás bevezetésével [1996] az intézmény jelentős kamatbevételtől esett el, a vezetés számításai szerint a módszer 20 %-kal rontja a likviditási helyzetet) és a kórház-rekonstrukció hatására 1996-ban eladósodási folyamat indult meg az intézményben, amelynek rendezése érdekében konszolidációs programot dolgozott ki a kórház vezetése. A program elsődleges célja az adósságállomány csökkentése volt, ennek elérése érdekében két fő területen indukált beavatkozást. Intézkedési terv irányult a bevételek

növelésére valamint a költségek optimalizálására, és mindkét iránynak úgy kellett megvalósulnia, hogy a betegellátás színvonala ne csökkenjen, a kórház mindenkor teljeskörűen képes legyen a város és vonzáskörzetéből jelentkező elvárásoknak megfelelni. A konszolidációs programban megfogalmazott célt a létező kapacitások jobb kihasználásával, a szakmai struktúrában meglévő, de még nem kellő intenzitással működő részlegekben új szakmai programok beindításával, a külföldi fizetős betegek ellátásával, keretgazdálkodás bevezetésével kívánta megvalósítani. A program célkitűzéseinek megvalósítása – a megvalósítás ellenőrzése - érdekében, megteremtette a szükséges tárgyi feltételeket. Kialakításra került egy komplex nagy orvosi, és gazdasági informatikai rendszer, amely a kórház bármely területéről képes adatokat, információkat szolgáltatni. Azonban szükség volt az adatokat összefogó, feldolgozó, átalakító és az információkat megfelelő formában közlő információs rendszerre, amely elősegíti a döntési folyamat hatékony működését és biztosítja a folyamatok ellenőrzését. Ez az igény tette szükségessé a kontrolling rendszer kiépítését a Soproni Erzsébet Kórházban is. Azonban a rendszer hatékony működése és a konszolidációs programban megfogalmazott célok megvalósítása elengedhetetlennek tűnik a humán erőforrások motivációja nélkül.



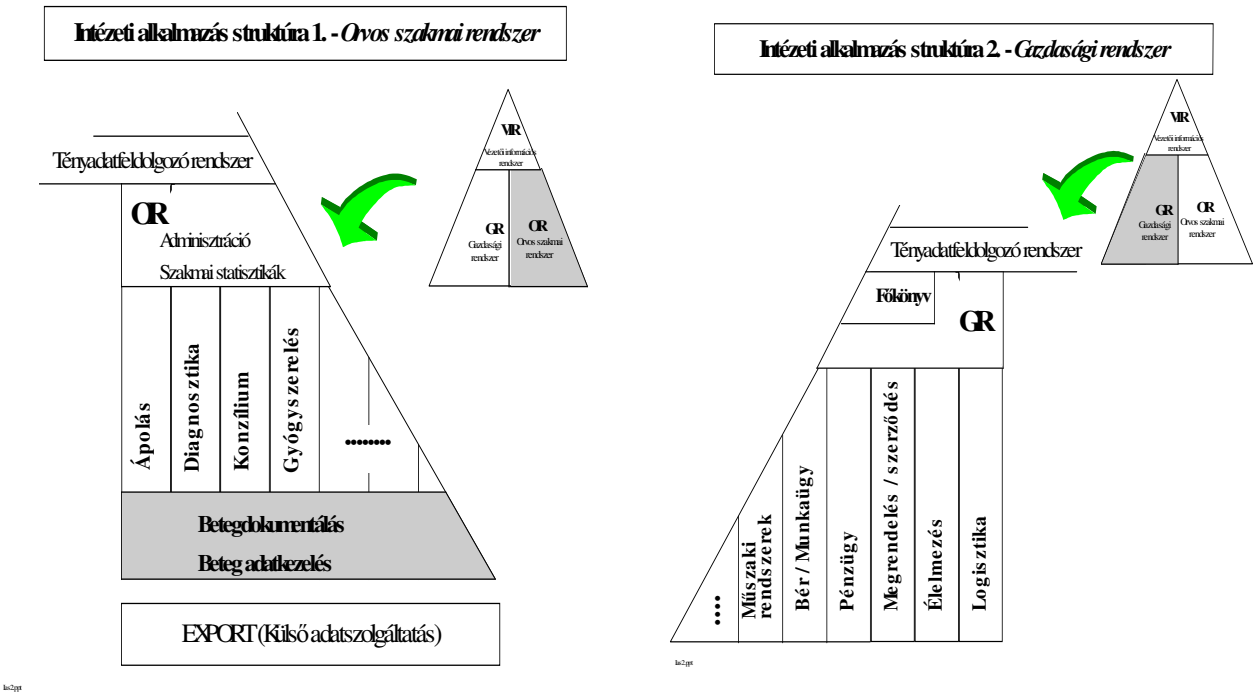
48. ábra: A kontrolling rendszer kialakulásának menete

Forrás: SEK

Az érdekeltségi rendszer nem csak „érdekeltté tételt” jelentett közvetlen premizálással, hanem egy új, korszerű és összetett szemléletmódot adott. Hatékonysága több tényezőből adódott:

- Kialakult a „figyelő szem” beidegződés, amely - a komplex informatikai rendszer és a keretgazdálkodás bevezetésének eredménye volt – biztosította a hatékonyságot és a racionalizálási folyamatot.
- Megteremtette a humán erőforrások mozgósítását az érdekeltség révén.

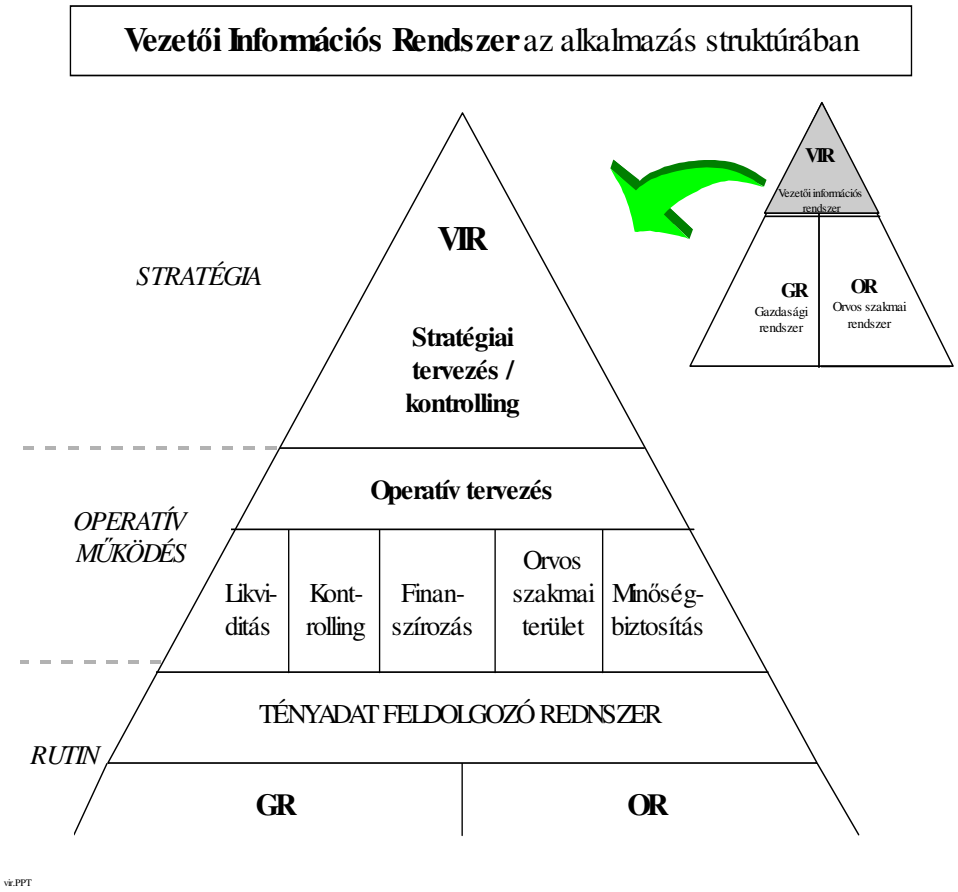
Az alábbi ügyviteli rendszer került bevezetésre, ami az országos koncepciókat is figyelembe véve került kialakításra:



49. ábra: Ügyviteli rendszer

Forrás: SEK

Külön Orvos Informatikai Rendszer (OR) és külön Gazdasági Informatikai Rendszer (GR) működik. Az orvos informatikai rendszer a beteg oldaláról készít szakmai statisztikát szakmánként, a gazdasági informatikai rendszer pedig a főkönyvi adatokra támaszkodva készít gazdasági statisztikát. Mind a két rendszer a Vezetői Információs Rendszer felé közvetíti statisztikáit, elemzéseit.



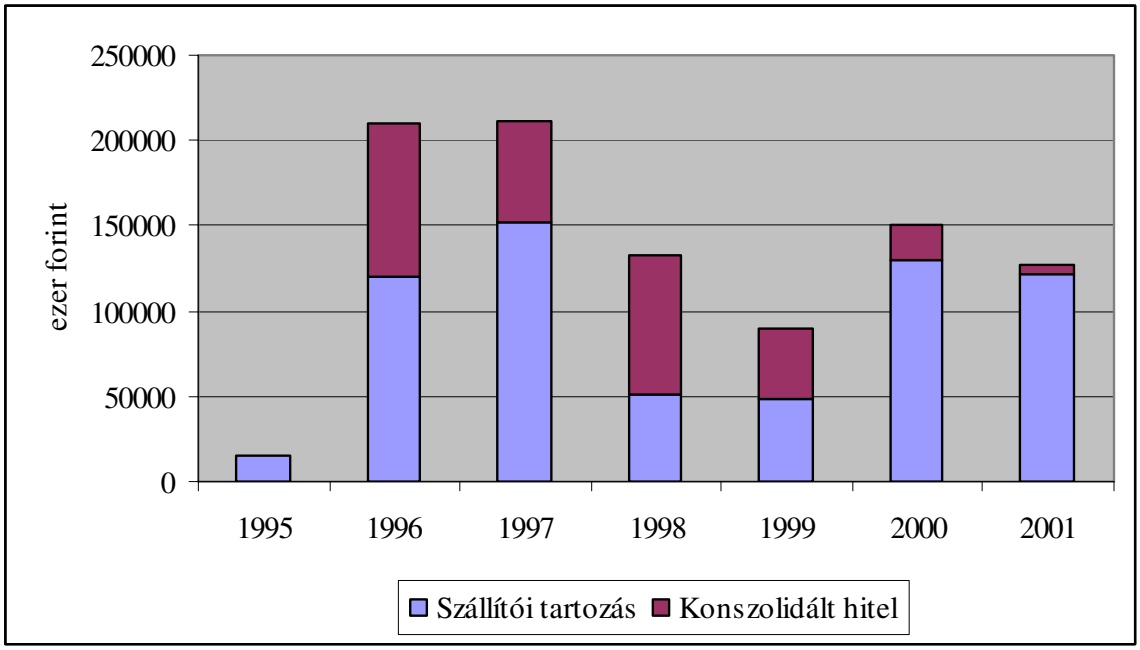
50. ábra: Vezetői Információs rendszer alkalmazása a Soproni Erzsébet Kórházban
Forrás: SEK

Így kellő alapossággal stratégiai tervet készíthet a kórház vezetése, ami az eredményesség javításában kulcsszerepet játszik.
A kontrolling tevékenységnek tehát kiemelkedően fontos szerep jut a finanszírozással összefüggésben is.

A kontrolling tevékenység folyamatábráját a XXIII. sz. mellékletben az alapvető kapcsolatok miatt mutatom be.

A rendszer hatékonysága több tényezővel igazolható:

- az eladósodás folyamatának megállítása és visszafordítása,

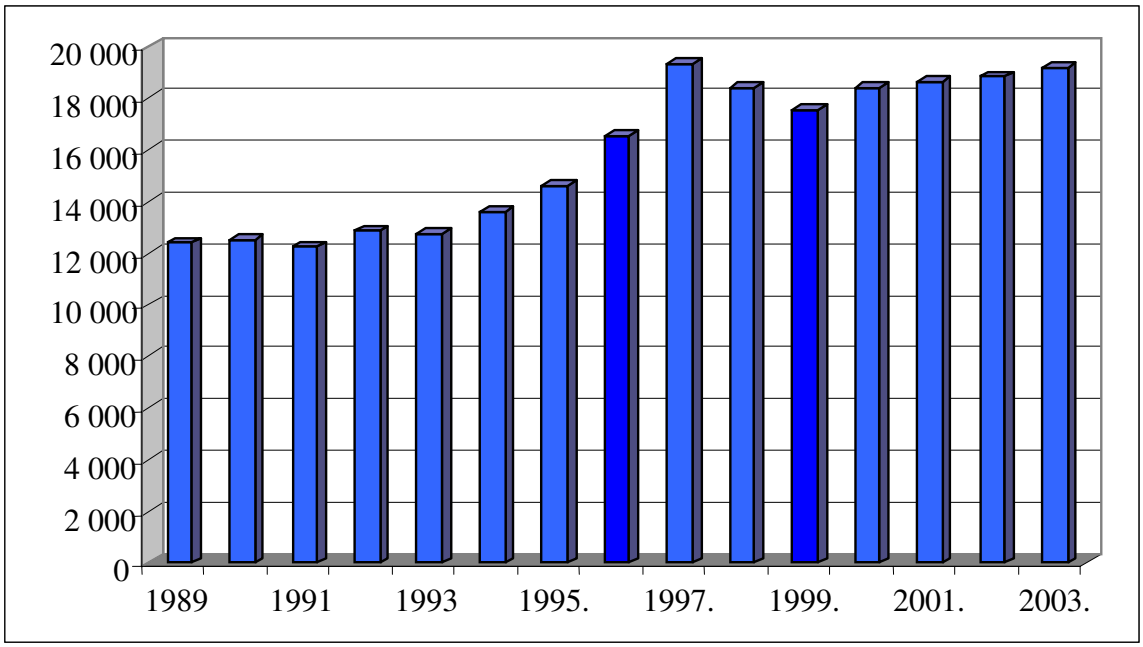


51. ábra: Szállítói tartozás és konszolidált hitel alakulása 1995 – 2001 ezer forintban

Forrás: SEK

1999-re lényegesen lecsökkent a mérleg szerinti szállítói tartozás, azonban ismét növekedés következett be. A konszolidált hitel összege jelentősen csökkent.

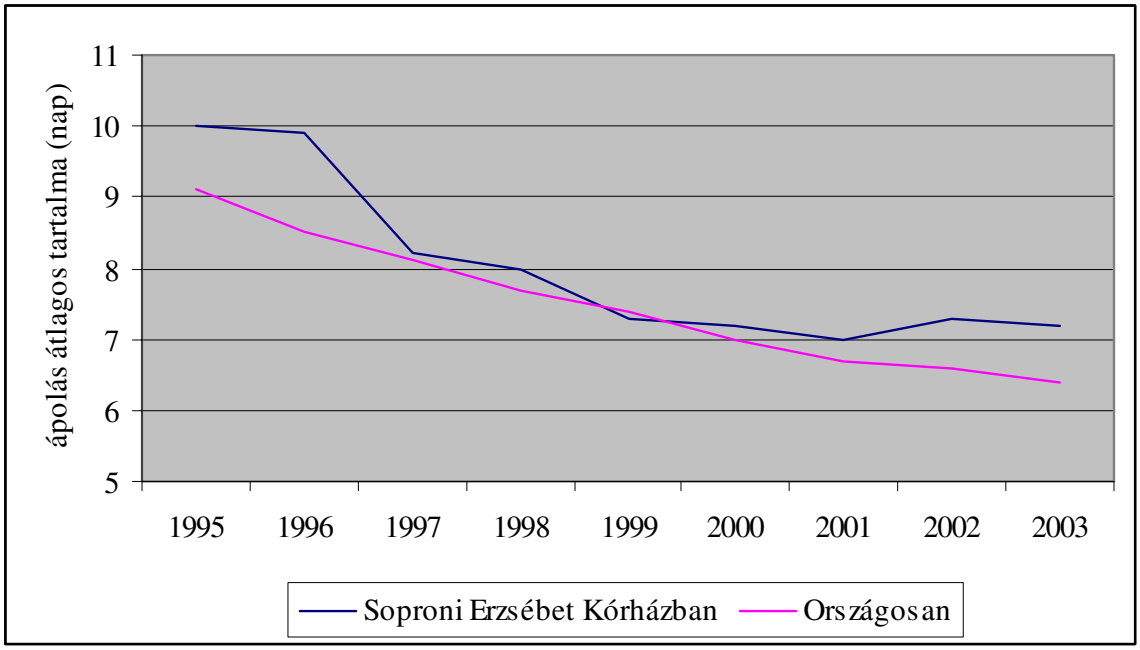
- erőteljes a fekvőbeteg – szakellátás teljesítményemelkedése, amelynek eredményeképpen bevétel-növekedés indult meg az intézetben.



52. ábra: Kiírt fekvőbetegek száma 1989 – 2003 között

Forrás: SEK

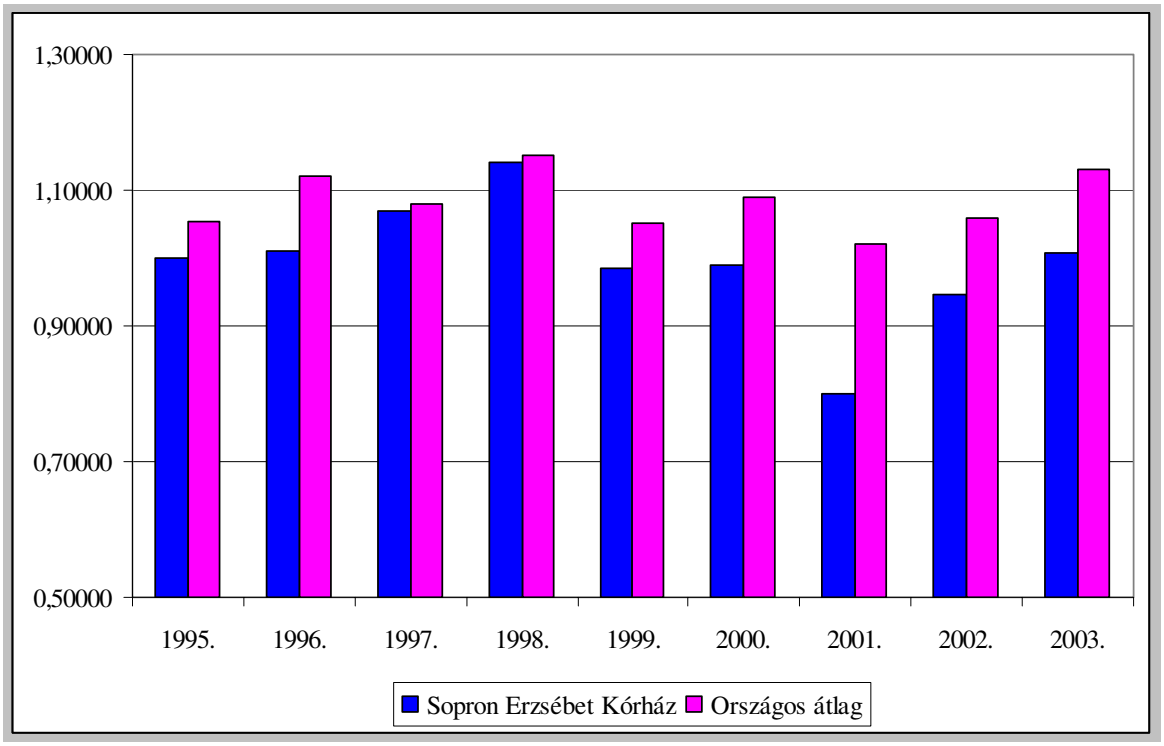
A betegforgalom emelkedik 1997-ig, majd szinte stagnál.



53. ábra: Az ápolás átlagos tartalma országosan és a Soproni Erzsébet Kórházban 1995 – 2003. között

Forrás: SEK; www.gyogyinfok.hu

Az átlagos ápolási idő mindkét függvény szerint csökkenést mutat, ami összességében költségcsökkenést jelent. Azonban a Soproni Erzsébet Kórház adatai többségében az országos átlag felett helyezkednek el, tehát további csökkenés lenne kívánatos.



54. ábra: Case-mix index alakulása országosan és a Soproni Erzsébet Kórházban

Forrás: www.gyogyinfok.hu; SEK

Hasonlóan változik a Soproni Erzsébet Kórház Case-mix indexe, mint az országos Case-mix index, csak valamennyi évben az országos alatt van. Ugyanúgy a lenormálás hatása érződik az Erzsébet Kórházban is.

- a kialakuló költség-tudatosság, hosszútávra meghatározta a költség-gazdálkodási koncepciót, és elősegítette az intézeti költségek inflációs szint alatti tartását (XXIV. sz. melléklet a költségszerkezet megoszlását mutatja 1999 – 2003. között).

  A bérek, bérjellegű juttatások és járulékaik részaránya az 1999. éves 44,0 %- ról 2003-ra 57,6 %-ra növekedett, az anyagjellegű ráfordítások, a közüzemi díjak részaránya nem változott, a diagnosztikák és egyéb költségek részaránya pedig csökkent.

- erőteljes humánus hatás, amellyel olyan közösségi elemek erősödtek, mint az összefogás, kötelességtudat,
- az egyéb beruházások lehetősége, amely elősegítette a piaci szemléletmód kialakítását, a civil szervezetekkel való kapcsolat elmélyítése, amivel később részletesebben is foglalkozom,
- számos új szakmai program indult be.

Tehát a kontrolling rendszer bevezetésével megvalósult az információs piramis, amelyből a gazdálkodáshoz ill. a tervezéshez lényeges információkat lehet szolgáltatni. Probléma azonban az, hogy a rendszerek, a részrendszerek és az adatok előállítása nem on-line módon történik. 2002. decemberéig a kórház üzemviteli és pénzügyi kimutatásai között nem volt szoros kapcsolat. A keretgazdálkodás nem működött, amely a pénzügyi stabilitást biztosította volna. A tervezési folyamat működött, de hozzá kapcsolódóan szankciókat nem alkalmaztak. Az információáramlásban hézagok alakultak ki.

Mindezen szervezeti változások, a kontrolling működése ellenére a kórház 2002. év végére pénzügyi kudarc-helyzetbe került. A krízishelyzet mögött az összkórházi kapacitáshoz képest igen alacsony fekvőbeteg forgalom, kis teljesítmények, hosszú ápolási idők; a klinikai és diagnosztikai területek létszámtöbblete; kiemelkedően magas gyógyítási költségek és a kiemelkedő színvonalú infrastruktúra miatt magas fenntartási, üzemeltetési költségek húzódnak meg. Az eladósodási folyamat legfontosabb belső tényezője az utóbbi években a létszám folyamatos növekedése volt, de ez főleg a munka színvonalának javulása miatt vált szükségessé. A létszám növekedése az egyes állományi kategóriákban 1993 – 2002. között az alábbi:

- orvosok 16 %,
- egyéb egyetemi végzettségűek 17 %,
- szakdolgozók 19 %,
- műszaki végzettségűek 5 %,
- fizikai dolgozók 22 %.

A kórház 2002. novemberében az Egészségügyi Szociális és Családügyi Minisztérium által az egészségügyi intézményhálózat komplex konszolidációs programja keretében kiírt pályázatra jelentkezve elnyert 69 millió forintos konszolidációs hitelt, amelyből 20 % tulajdonosi önrész, a többi pályázati támogatás.

Sopron Megyei Jogú Város Önkormányzata, az Egészségügyi Szociális és Családügyi Minisztériummal történt egyeztetés alapján az Államháztartás működési rendjéről szóló 217/1998. (XII. 30.) Kormányrendelet 153 §-a alapján 2003. februártól önkormányzati biztost rendelt ki a kórházhoz, aki személyesen felügyeli a kötelezettségvállalásokat és a teljesítmények alakulását.

Az intézmény jóváhagyott szakmai struktúrájában meglévő, de még nem kellő intenzitással működő osztályokon új szakmai profilok és programok kialakítása és fejlesztése érdekében – összhangban az intézmény ötéves szakmai koncepciójával – kezdeményezte a kórházba kilenc szakmai projekt befogadását az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnál. A kilenc szakmai projektből - az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter, valamint a pénzügyminiszter közleménye a befogadott egészségügyi szakellátási kapacitások értelmében - 1 került befogadásra, ez is pénzügyi kudarchoz vezetett.

Mitől javult a helyzet?

- Szervezeti átalakulásból is származott megtakarítás (2003. január 16-ával a Röntgen- és Izotópdiagnosztikai Osztály a Pannonlab Kft. működtetéséből visszakerült az intézmény szervezetébe.)
- A 2003-as év során megszüntették az intézményen belüli magánrendeléseket.
- Fizetőköteles szolgáltatások kiterjesztését biztosították bel- és külföldi polgárok részére. 2003. szeptember 1-jétől az intézményben beindult a fizetőköteles ápolási osztály, melynek feltöltöttsége stabilitást mutat.
- Továbbá a beküldő környezet motiválása és a kapacitások jobb kihasználása érdekében javították az intézmény és a háziorvosok kapcsolatain és biztosítottak négy háziorvosi rendelő on-line kapcsolatát.
- Szintén a kapacitások jobb kihasználása érdekében megvalósult az on-line laborrendelés lehetősége kórházon belül.
- A nagyértékű képalkotó diagnosztikai eszközök cseréje önkormányzati támogatással valósult meg, melynek jelentősége, hogy a bevétel-növekedése és a karbantartási költségek csökkenése, anyagköltség csökkenése révén várhatóan javul az intézet gazdasági pozíciója.
- Az intézmény struktúráját 2004. május 1-ével mátrix struktúrára állították át, amely lehetőséget biztosít a szűk keresztmetszetben dolgozó szakmák jobb kapacitáskihasználására és ezáltal biztosítja az intézményen belüli hatékony

költséggazdálkodást és bevétel-optimalizálást. A mátrix struktúrához igazították a humánerőforrások optimalizálását, illetve a megfelelő vezetői szinteket.

- A 2004. június 30-ával leadott ÁNTSZ engedély módosításban kezdeményezték az eddig nem nevesített, de az Ötéves szakmai fejlesztései tervben kitörési lehetőségként meghatározott szakterületek nevesítését. Fekvőbeteg ellátás területén így a kardiológiát, az onkológiát, a bőrgyógyászatot, a reumatológiát és a sürgősségi betegellátási osztályt nevesítették.

Egyszeri és tartós intézkedések és azok eredményei:

- Bevétel növelésére hozott intézkedések:

  A beküldő környezet motiválása és a kapacitások jobb kihasználása érdekében két alkalommal háziorvosi találkozót tartottak, amelyen a kórház minden szakterülete bemutatkozott a háziorvosoknak.

  2003. januárjában az osztályvezető főorvosokkal megállapodtak az osztály 2003. évi szakmai mutatóiban (CMI, átlagos ápolási idő, súlyszám-teljesítmény, járóbeteg-ellátás teljesítmény).

  Naponta figyelemmel kísérik - osztályonként - az üres ágyak számát és a műszakonkénti dolgozói létszámot.

  2003. április 1-jével megszervezték a kétszintű (mini-max) teljesítménytervezést, és a heti teljesítmény-elszámolási rendszert valamennyi szervezeti egység felé. A kontroll rendszer állandó, a menedzsment szükség szerint és folyamatosan beavatkozik a teljesítmények alakítása érdekében.

- Humánpolitikai intézkedések:

  Elkészítették az osztályok éves szabadságolási tervét, amelynek fontos kitétele volt, hogy minden szakterületen folyamatosan biztosított legyen a megfelelő gyógyító kapacitás jelenléte. Ennek eredményeképpen az előző évekkel összevetve a teljesítmények szezonális ingadozását jellemző nyári időszaki jelentős visszaesés nem következett be, amely az intézet pénzügyi stabilitása szempontjából lényeges.

  Azonnali létszám-stopot rendeltek el 2003. februárjában. Új felvétel csak, ahol csak visszapótlásról volt szó az önkormányzati biztos és a főigazgató főorvos engedélyével volt lehetséges.

Elrendelték a külső és belső helyettesítések munkaszervezéssel való megoldását. 2003. októbertől a helyzet stabilizálódása lehetővé tette a hiányzó orvosi munkaerő bővítését. 2003. februárjától korlátozták a túlóra elrendeléseket. Túlóra csak az önkormányzati biztos engedélyével lehetséges, amely gyakorlatilag nullára csökkent.
Csökkenttették a vezetők és vezetési szintek számát, így nincsen független főigazgató helyettes, felszámolták a kórház irodát, összevonták a kontrolling, finanszírozás és informatikai egységet egy szervezeti egységgé, csökkentve a vezetők számát, csökkentették a jogi tanácsadók létszámát.

- Kiadások csökkentésére hozott intézkedések:

Bevezették 2003. március 1-jétől az önkormányzati biztos által előírt kötelezettségvállalási rendszert, amelynek technikai hátterét egy ún. likviditási program adja. A program keretfigyelést végez, amelynek értelmében a megtervezett bevételek alapján behatárolták az intézményi havi kiadási szinteket. A program működése eredményeként a kötelezettségvállalás csak a bevételek erejéig terjedhet. Az állandó felügyelet érdekében önálló anyag- és gyógyszerfelhasználás figyelési rendszert alakítottak ki, aminek következtében lényegesen lecsökkent a megrendelések volumene és a havi szállítói állomány.
A keretgazdálkodás bevezetésével az elfekvő készletek folyamatosan felhasználásra kerülnek, és a készletfelhasználás mértékének tényleges megállapításában is meghatározó szerepe van.
Az osztályos gyógyszerkereteket felülvizsgálták és azt az ápolási nap alapján számított helyett a HBCS teljesítményekhez rendelték és ennek eredményeképpen elérték, hogy az intézeti gyógyszerfelhasználás csak teljesítményemelkedéssel arányosan növekedett.
Az összes szerződést felülvizsgálták, amelynek eredményeképpen azokat a szerződéseket, amelyeket a jövőre nézve nem tartottak indokoltnak, felmondták.
Az élelmezési nyersanyagnormát 350,- Ft-ra csökkentették, amely a költségeket éves szinten kb. 10 millió forinttal csökkenti.
A gazdálkodási felelősség érvényre juttatásához meg kellett teremteni az érintett középvezetők részére szükséges folyamatos információ-szolgáltatást, heti vagy ennél nagyobb gyakorisággal. Az információk megfelelő áramlásához egy belső információs portált alakítottak ki. A belső internetes honlap tartalmazza a lényeges finanszírozás és

kontrolling információkat, jogszabályfigyelést, belső körleveleket és információkat stb.

Az intézmény vezetése a labordiagnosztikai tevékenységre vonatkozó szerződés tartalmát – elsősorban a pénzügyi elszámolás gyakorlatát – az intézményre hátrányosnak és elfogadhatatlannak tartotta. Éppen ezért a ProDia Kft-vel újratárgyalták a labor diagnosztikai szolgáltatási szerződést. Tekintettel a magas színvonalú és problémamentes szakmai szolgáltatásra a szerződéses jogviszonyt továbbra is fenntartották, lényegesen kedvezőbb árfeltételekkel. A fentiek következtében a havi diagnosztikai költségek kb. 4 millió forinttal csökkentek.

Összegzésül: Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár finanszírozási politikájából adódóan - a szigorú kapacitás korlátai miatt, valamint a szakmák arányainak eltolódása következtében – az intézményt számos hátrány érte. Tekintve, hogy a kórház pályázott a kilenc szakmai projektből 1 került befogadásra, ezért szakmai és finanszírozási korlátok álltak fel.

A konszolidációs és reorganizációs program beindításával szoros költséggazdálkodás folyik az intézményben, azonban a finanszírozási rendszer kiszámíthatatlanságából adódóan a tartós fizetőképes állapot fenntartásához kapacitásátrendezésre kényszerülhet az intézmény menedzsmentje.

A szakmák az 5.0 HBCS-vel bevezetett arányeltolódása a kiépített és potenciálisan a működési költségeinek terhére kivitelezett programok finanszírozhatóságát és megtérülését veszélyezteti.

Megkezdődött a szükségletekhez igazodó új szakmai struktúra kialakítása, melynek célja a szakmailag indokolt és gazdaságilag megvalósítható ellátások kiválasztása, mely egyben alapot adhat a hatékony költséggazdálkodás megvalósításához.

Mindent meg kell tenni annak érdekében, hogy a kórház új bevételekhez jusson. Ez a szakmai és gazdasági területeken dolgozók közös feladata. Szakmai vonalon a kapacitások jobb kihasználásával, új szakmai tevékenységek bevezetésével érhető el, mint pl. plasztikai sebészet, természetgyógyászat megszervezésével, ultrarövid drogmegvonási program beindításával (a világon ötödikként Sopronban valósulna meg). Gazdasági vonalon az ingatlanok és egyéb vagyontárgyak bérbeadásával, felesleges kisegítő kapacitások hasznosításával lehet többletbevételeket elérni.

5.3 Soproni Erzsébet Kórház bevételi struktúrája, különös tekintettel a civil szférától származó bevételekre

A Soproni Erzsébet Kórház bevételeinek megoszlásváltozása 1998. és 2003. években szakfeladatonként

20. sz. táblázat

Bevételek szakfeladatok szerint	Bevételek (millió forint)	Megoszlás %	Bevételek (millió forint)	Megoszlás %
	1998 év		2003 év	
Gazdálkodási szakfeladatok	121,9	6,30	130,5	3,36
Ebből: gazdasági szolgáltatások	73,8	3,81	37,8	0,97
saját ingatlanok hasznosítása	31,5	1,63	32,4	0,84
alkalmazotti és idegen étkeztetés	12,5	0,65	22,5	0,58
OEP finanszírozási szakfeladatok	1813,6	93,70	3180,2	81,97
Ebből: aktív kórház	1116,9	57,71	2183,9	56,29
krónikus kórház	57,5	2,97	103,0	2,65
járó-beteg szakellátás	329,4	17,02	831,6	21,43
Egyéb	0,0	0,00	569,0	14,67
Intézményi szint	1935,5	100,00	3879,7	100,00

Forrás: SEK

Az intézményi szintű bevétel nominál értéken kétszeresére emelkedett (200,4 %), az aktív fekvőbeteg – szakellátás bevétele is megközelíti azt (195,5 %). Mivel 1998-ban a teljes bevétel 93,7 %-a származott az OEP által finanszírozott ellátásból, addig 2003-ban 81,97 %-a, meghatározó rész, ezért részletesebben a teljesítményváltozás hatását elemeztem.

A teljesítményváltozás pénzügyi veszteségeinek levezetése

21. sz. táblázat

	Kiinduló helyzet		Finanszírozási veszteség (súlysz.)	Intézményi teljesítmény változás (súlysz.)	Együttes hatás (súlysz.)	Együttes hatás (eFt-ban)
TELJESÍTMÉNYADATOK						
1998.						
Hbcs súlyszám 3.2 1998. évben	18 025					
Éves összes 3.2 Hbcs súlyszám	***18 025***					
1999.		Éves Hbcs súlyszám	15 500			
Hbcs súlyszám 3.2 (1999. 1-4 hó)	5 828	Éves Hbcs súlyszám értéke 3.2-ben	16 932			
Hbcs súlyszám 4.0 (1999. 5-12 hó)	9 672	***Finanszírozási veszteség***	***-1 432***			***-108 116***
Éves összes finanszírozott Hbcs súlyszám	***15 500***	Éves Hbcs súlyszám értéke 3.2-ben		16 932		
Hbcs súlyszám 3.2 (1999. 1-4 hó)	5 828	1998 éves Hbcs súlyszám 3.2		18 025		
Hbcs súlyszám 4.0 (1999. 5-12 hó) átszámítása 3.2-re	11 104	***Intézményi teljesítmény visszeesés***		***-1 093***		***-82 522***
Éves összes finanszírozott Hbcs súlyszám értéke 3.2-ben	***16 932***	***A két tényező együttes hatása***			***-2 525***	***-190 638***
2000.		Éves Hbcs súlyszám	15 710			
Hbcs súlyszám 4.0 (2000. 1-4 hó)	5 384	Éves Hbcs súlyszám értéke 4.0-ban	16 140			
Hbcs súlyszám 4.1 (2000. 5-12 hó)	10 326	***Finanszírozási veszteség***	***-430***			***-32 465***
Éves összes finanszírozott Hbcs súlyszám	***15 710***	Éves Hbcs súlyszám értéke 4.0-ban		16 140		
Hbcs súlyszám 4.0 (2000. 1-4 hó)	5 384	1999 éves Hbcs súlyszám 4.0		14 748		
Hbcs súlyszám 4.1 (2000. 5-12 hó) átszámítása 4.0-ra	10 756	***Intézményi teljesítmény növekedés***		***1 392***		***105 096***
Éves összes finanszírozott Hbcs súlyszám értéke 4.0-ban	***16 140***	***A két tényező együttes hatása***			***962***	***72 631***
Kapott 4.0 súlyszám átszámítása 3.2-re	18 531	Éves Hbcs súlyszám	15 710			
Éves összes finanszírozott Hbcs súlyszám értéke 3.2-ben	***18 531***	Éves Hbcs súlyszám értéke 3.2-ban	18 531			
		Finanszírozási veszteség	***-2 821***			***-212 986***
		Éves Hbcs súlyszám értéke 3.2-ben		18 531		
		2000 éves Hbcs súlyszám 3.2		18 025		
		Intézményi teljesítmény növekedés		***506***		***38 203***
		A két tényező együttes hatása			***-2 315***	***-158 578***
2001.		Éves Hbcs súlyszám	14 105			
Hbcs súlyszám 4.1 (2001. 1-3 hó)	4 034	Éves Hbcs súlyszám értéke 4.0-ban	16 452			
Hbcs súlyszám 4.3 (2001. 4-12 hó)	10 071	***Finanszírozási veszteség***	***-2 347***			***-211 230***
Éves összes finanszírozott Hbcs súlyszám	***14 105***	Éves Hbcs súlyszám értéke 4.0-ban		16 452		
Hbcs súlyszám 4.1 (2001. 1-3 hó)	4 034	2000 éves Hbcs súlyszám 4.0		16 140		
Hbcs súlyszám 4.3 (2001. 4-12 hó) átszámítása 4.1-re	11 760	***Intézményi teljesítmény növekedés***		***312***		***28 080***
Éves összes finanszírozott Hbcs súlyszám értéke 4.1-ben	***15 794***	***A két tényező együttes hatása***			***-2 035***	***-153 643***
Kapott 4.1 súlyszám átszámítása 4.0-ra	16 452	Éves Hbcs súlyszám	14 105			
Éves összes finanszírozott Hbcs súlyszám értéke 4.0-ban	***16 452***	Éves Hbcs súlyszám értéke 3.2-ban	18 133			
Kapott 4.1 súlyszám átszámítása 3.2-re	18 133	***Finanszírozási veszteség***	***-4 028***			***-362 520***
Éves összes finanszírozott Hbcs súlyszám értéke 3.2-ben	***18 133***	Éves Hbcs súlyszám értéke 3.2-ben		18 133		
		2000 éves Hbcs súlyszám 3.2		18 531		
		Intézményi teljesítmény növekedés		***-398***		***-35 820***
		A két tényező együttes hatása			***-4 426***	***-398 340***

Forrás: SEK

A lenormálások hatását, valamint a teljesítményváltozás pénzügyi veszteségeit mutatja az alábbi elemzés. Az elszámolás alapja teljesen a volumeneltérés, mindig a tényidőszaki finanszírozási szorzókat figyelembe véve. Ezek alapján a veszteségek:

- 1999-ben: 4.0 HBCS bevezetésével: 108 116 ezer forint az intézményi veszteség. (CT, MRI fekvőbeteg ellátás finanszírozásának bekerülése az aktív kasszába; Eddig az esetfinanszírozott kasszából történt a finanszírozás ebből eredő veszteség 5 112 ezer forint)
- 2000-ben: 4.1 HBCS bevezetésével: 32 465 ezer forint az intézményi veszteség.
- 2001-ben: 4.3 HBCS bevezetésével: 211 230 ezer forint az intézményi veszteség.

A magyar egészségügy pénzellátásának jelenlegi fő forrásai között megjelenik a civil szervezetek által nyújtott támogatás. A civil szektor és az egészségügy elméleti közgazdasági kérdéseit a XXV. sz. mellékletben mutatom be.

2003-ban a civil szféra mintegy 20 millió forinttal (a teljes bevétel 0,5 %-a) támogatta a Soproni Erzsébet Kórházat. Az összeg két területen került felhasználásra:

- eszközvásárlás
- továbbképzés, kutatás finanszírozása.

A civil szféra bevétele a kórház költségvetésében nem is jelenik meg, csak az év végi mérlegben tüntetik fel.

Az értekezésem részeként kérdőíves felmérést készítettem, amely a vizsgált civil szervezetek működésének formáit, alapításának célját, bevételi forrásait a Soproni Erzsébet Kórház pénzügyi és anyagi eszközökkel való támogatását, az önkormányzathoz való viszonyt vizsgálta. A kérdőív a XXVI. sz. mellékletben szerepel.

A kérdőívben 17 rövid, többségében eldöntendő kérdést fogalmaztam meg. Jól láthatóan feltüntettem, hogy a válaszokat az értekezésemhez felhasználom.

Mivel a Sopron Megyei Jogú Polgármesteri Hivatalban semmilyen nyilvántartással nem rendelkeznek, szinte tudomásuk sincs az egészségügy területén működő civil szervezetekről, a cégbírósági bejegyzés alapján a Soproni Erzsébet Kórház főigazgató főorvosa segítségével juthattam információhoz.

Vizsgált civil szervezetek (akik egyben a Soproni Erzsébet Kórház legjelentősebb támogatói) az alábbiak:

- Ápolásért Alapítvány
- Modern Képalkotó Eljárások Fejlesztéséért Egészségügyi Alapítvány
- Műszaki Fejlesztéssel a Soproni Kórházért Alapítvány
- Sopron Egészségügy Alapítvány
- Soproni Erzsébet Kórházért Alapítvány

- Sopron és Környéke Újszülöttjeiért Egészségügyi Alapítvány
- Sopron és Környéke Urológiai Betegeiért Egészségügyi és Oktatási Alapítvány
- Soproni Szemészeti Alapítvány.

A nyolc szervezet főleg magánszemélyek által alapított alapítvány, egy pedig Közalapítvány.

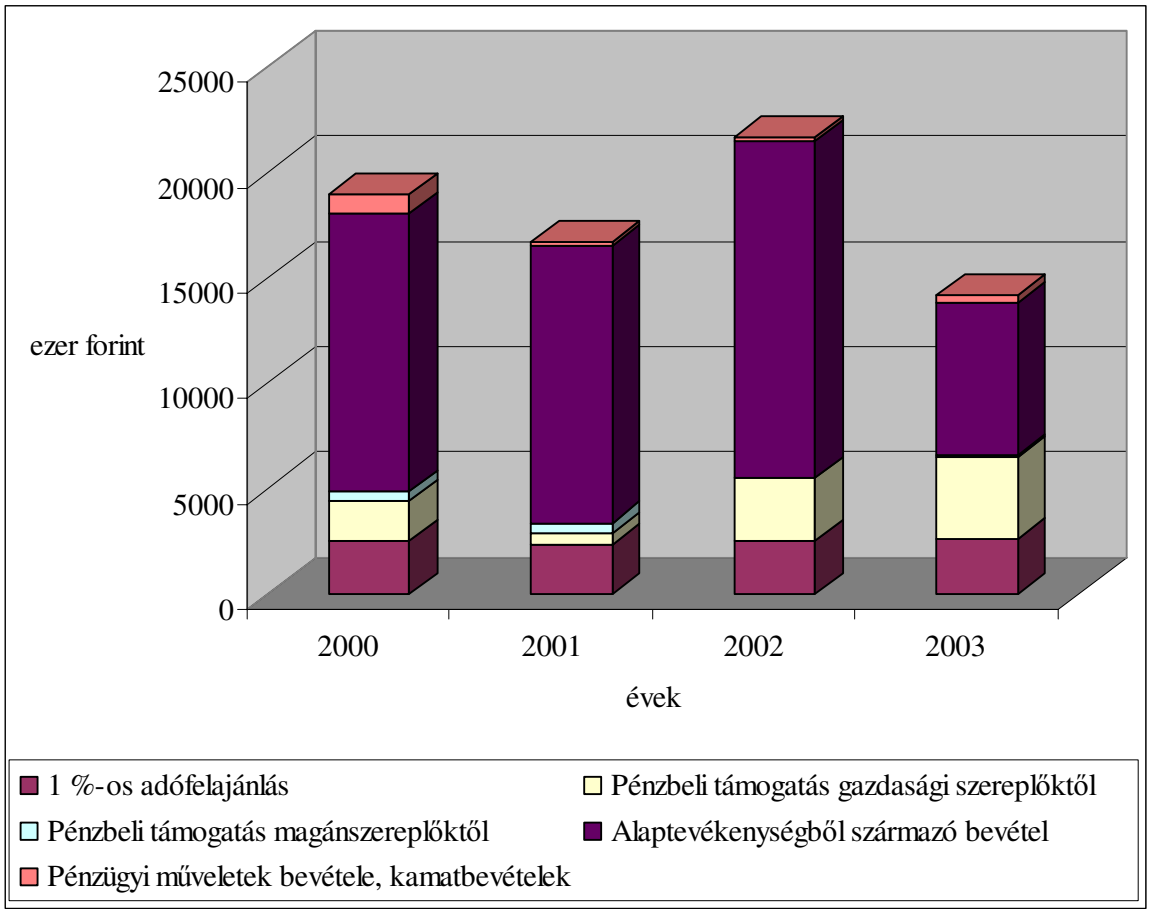
A vizsgált civil szervezetek létrehozásának céljait a XXVII. sz. melléklet tartalmazza.

Az alapítás céljaként főleg eszközbeszerzést, oktatást, kutatást jelöltek meg.

A szervezetek tevékenysége nagyrészt Sopron és környékére terjed ki, főleg különböző rendezvényeken próbálja magát népszerűsíteni, médiában, egy esetben internetes honlap útján, többségében a kórházban plakáton próbál támogatókat szerezni. Öt szervezet jogosult az SZJA 1 %-os adófelajánlásra, de nem túl jelentős ez az összeg, több esetben még csökkent is 2003-ra az előző évekhez képest.

A vizsgált civil szervezetek bevételi forrása a XXVIII. sz. mellékletben található.

A nyolc civil szervezet 2000 – 2003 években 14,1 és 21,7 millió forint közötti bevétellel rendelkezett, amelyben a legnagyobb arányt az alaptevékenységből származó bevétel képezi.



55. ábra: A vizsgált civil szervezetek bevételi forrásai (ezer Ft)

Forrás: saját számítások

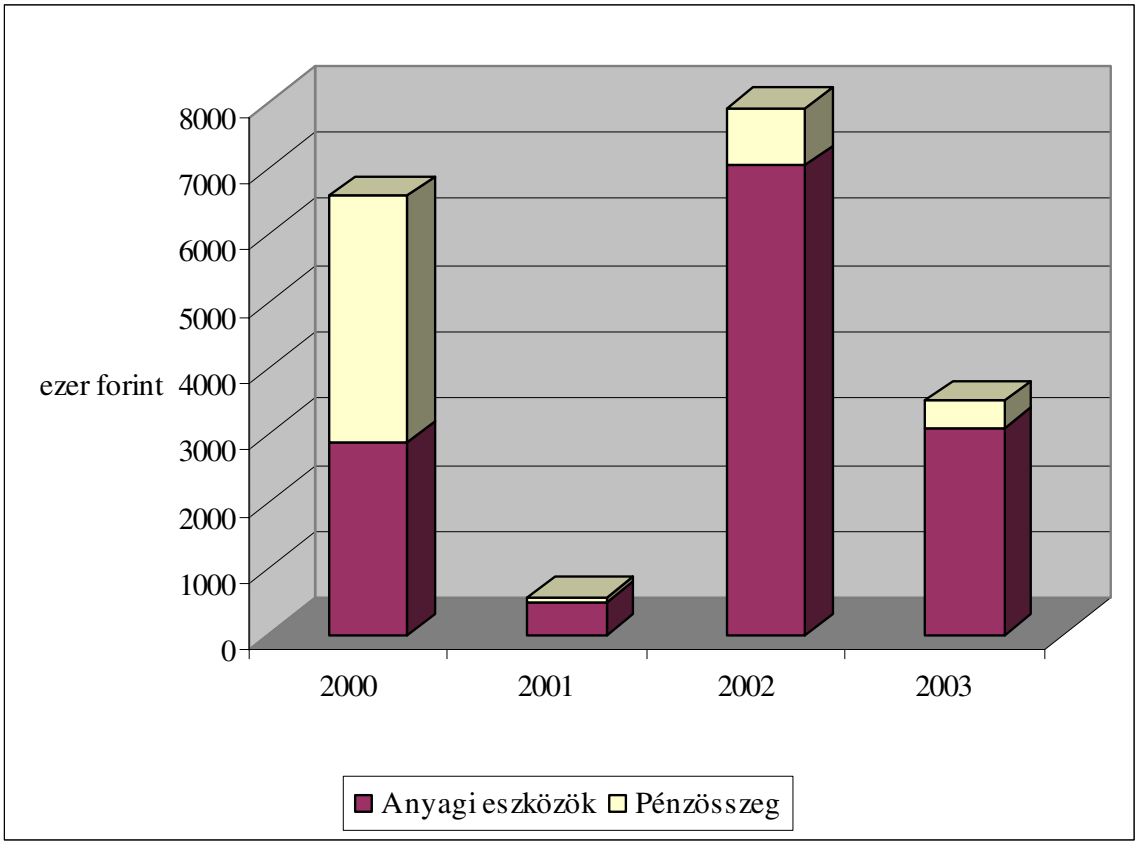
A befolyt bevételből részben anyagi eszközöket (videomagnó, televízió, fényképezőgép, magzati szívhanghallgató, pulzoxymeter, rectoscop, spermaanalizátor, holter-set, mérő műszerek, számítógépek, bordásfal, könyvek, folyóiratok) vásároltak, részben pénzösszeget nyújtottak a Soproni Erzsébet Kórház számára.

Soproni Erzsébet Kórház számára nyújtott anyagi eszköz és pénzeszköz támogatás (ezer forint)

22. sz. táblázat

Megnevezés	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**
Anyagi eszközök	2892	496	7039	3097
Pénzösszeg	3685	60	869	410
Összesen	6577	556	7908	3507

Forrás: saját számítások



56. ábra: Soproni Erzsébet Kórház számára nyújtott anyagi eszköz és pénzeszköz támogatás (ezer forint)

Forrás: saját számítások

A civil szervezetekre vonatkozó állításokkal való egyetértések átlaga (az 5-ös jelenti a teljes egyetértést, 1-es pedig azt, hogy egyáltalán nem értenek egyet) csökkenő sorrendben:

- Mivel a nonprofit szervezetek fontos feladatokat vesznek le az állam, ill. az önkormányzatok válláról, finanszírozásukban nagyobb hangsúllyal kellene, hogy megjelenjen a központi támogatás (átlag: 4,3).
- A település lakosságának szüksége van a helyi szerveződésekre, mivel azok jelentős szerepet töltenek be a település életének jobbátételében, a különböző feladatok ellátásban, a felmerülő problémák megoldásában (átlag: 4,1).
- Szervezetük egyre nagyobb mértékben vállal át állami/önkormányzati feladatokat (4,0).
- A társadalmi-gazdasági feltételek nem kedveznek ma Magyarországon a nonprofit szektor fejlődésének (átlag: 3,3).
- Finanszírozás tekintetében nagyfokú bizonytalanság jellemzi a szervezetet (átlag: 2,7).

Összefoglalva megállapítható, hogy szükség van a civil szervezetekre, az egészségügy területére pénzt szerveznek, segítenek a munkavállalók oktatásának, továbbképzésének finanszírozásában. A nonprofit szervezetek fontosságát az adja, hogy terepet biztosítanak az állampolgári öntevékenység számára.

ÖSSZEFOGLALÁS, KÖVETKEZTETÉSEK, EREDMÉNYEK

A témával kapcsolatos szakirodalom áttanulmányozása, a finanszírozással kapcsolatos számítások, valamint az esettanulmányok alapján átfogó kép alakult ki arról, hogy az adott időszakban néhány alapvető közgazdasági szabályozó elem hogyan hatott az egészségügyi ellátási rendszer fejlesztési lehetőségeire.

A tények alapján bizonyítható, hogy a rendszerváltást követően, az elmúlt időszakban különböző okok miatt nem volt olyan egészségpolitika és –stratégia, amely az egészségügyi ellátás szükséges átalakulását megalapozta volna. Az egészségügyi szabályozás azon elemei, amelyek a költséghatékonyságot és az ezen alapuló fejlesztést lehetővé tették volna, nem alakult ki. Mindez azzal a következménnyel járt, hogy kevés volt a működésre, az innovációra felhasznált pénzeszköz és területi aránytalanságok is kialakultak.

A jelenlegi ellátórendszer nem teszi lehetővé a szakmailag megfelelő és a gazdaságilag hatékony működtetést. Az egészségügyben egyre növekvő szakmai lehetőségek, és az ezzel párhuzamosan jelentkező igények mellett egyre szűkülő források, a finanszírozás ellentmondásai és a gazdaságtalan működtetés nehéz helyzetbe sodorta az egészségügyi ellátókat. Általános tendencia a lakosság elöregedése, születéskor várható élettartam növekedése, a születési arány csökkenése. Az idős, krónikus betegségekben szenvedő népesség több és költségesebb ellátásra szorul. A szükségletek és igények növekedése miatt növekednek az egészségügyi ellátás költségei, a forrásnövekedés azonban nem tud ezekkel lépést tartani, így állandósul a rendszeren belüli feszültség. Az egészségügy gazdasági mozgástere az elmúlt években beszűkült, a gazdasági ösztönző rendszer nem tudott kellőképpen érvényre jutni, tovább él a szakmailag és gazdaságilag egyaránt célszerűtlen struktúra. Az egészségügyi kiadások és a gazdaság fejlettségének nemzetközi tapasztalatai alapján megállapítható, hogy Magyarországon az egészségügyre fordított források GDP-hez viszonyított aránya nemzetközi összehasonlításban elmarad a fejlett országokéhoz képest. Empirikus elemzéseim a Sopron Megyei Jogú Város Erzsébet Kórházban készített esettanulmány alapján egyértelművé teszik a teljesítmény-finanszírozás hiányosságait is.

Kutatási eredményeim alapján az alábbiakban foglalom össze következtetéseimet:

- Az egészségügyet nem az államháztartás kiadási oldala egyik szükségszerű, de kellemetlen tételének kell tekinteni, hanem az egyik legfontosabb szolgáltatási ágazatnak, amely hozzájárul a nemzeti össztermékhez.
- Az egészségügyi ellátórendszer drága, miközben a hatékonysága nem igazolható. Szemléletváltást kell elérni a tekintetben, hogy az egészségügy nem pénznyelő automata, hanem a gazdaság innovatív húzóágazata.
- Politika mentes egészségügyi finanszírozás lenne szükséges. A korábban említett Nobel-díjasok szerint a politikusok még ha tisztában is vannak cselekedeteik időzítésével és hatásaival, az adott helyzetben általuk legjobbnak ítélt beavatkozással még így sem érik el a maximális eredményt az időszak végére.
- Sokoldalú népesedéspolitika kidolgozása szükséges a népességszám csökkenésének mérséklésére, a népesség állapotának javítására, a születéskor várható élettartam növelésére.
- Az Egészségbiztosítási Alap kiadása és azon belül a fekvőbeteg – szakellátás kiadása reálértéken csökkent 1994 – 1999 között, 2000 – 2004 között minimális növekedés látható, tehát a népesség számára nem nyújt megfelelő ellátást.
- Ha javul egy ország gazdasági fejlettsége, akkor a tercier ágazatok (ahova az egészségügy is tartozik) gazdaságon belüli aránya növekszik.
- Elsősorban finanszírozási díszfunkciók miatt nem válik lehetővé a szakmailag lehetséges, de gazdaságilag nem megengedhető ellentmondás.
- Csak a redisztribúció újragondolásával lehetne segíteni a magyar egészségügy helyzetén, beleértve bizonyos vállalkozási formákat. Egy radikális finanszírozási reformmal és a vele járó racionalizálással, ami a valós teljesítményt is kifejezi, el lehetne jutni egy olyan pozícióba, ahol a beteg, mint vevő jelenhetne meg az egészségügy piacán.
- Az Európai Unióhoz való csatlakozással új pályázati lehetőségek nyíltak meg, amelyek az elmaradott régiókban az infrastruktúra fejlesztésére használhatóak fel.
- A kiadások növekedésének megakadályozására szükséges a finanszírozás elveinek ismételt átgondolása, a mesterséges teljesítménynövekedés megakadályozása, a közpénzek felhasználásának átláthatóvá tétele, az önkormányzatiság és intézményi

autonómia tiszteletben tartása mellett szakmai és ellátási garanciák beépítése a jogi szabályozásba.

- A járulékrendszer forrásoldal reformja során minden állampolgár mögött legyen járulékfizető, és a befizetett járulék fedezze az igénybevett szolgáltatások átlagköltségét.
- Kutatásaim azt erősítették meg, hogy a kötelező járulékfizetésre alapozott társadalombiztosítás közelíti meg legjobban a hatékony finanszírozás biztosítását, mely ugyan talán a jelenleginél szűkebb körű, de semmiképpen nem minimálellátást ("szegényellátást") nyújt, hanem a szolgáltatások széles körét fedi le. A nemzetközi tapasztalatok is azt tükrözik, hogy a kötelező biztosítás intézménye hatékonyan működtethető és ezáltal biztosítható a széleskörű szolgáltatásokhoz történő hozzáférés, amit a jövedelemarányos járulékfizetésen alapuló jövedelemátcsoportosítás tesz lehetővé.
- Amíg az egészségügyi ellátórendszer struktúrája és az érdekeltségi rendszer nem alakul át úgy, hogy az ellátás tömege az alacsonyabb költségszintű ellátóhelyek (járóbeteg-szakellátás, alapellátás) felé mozduljon el, addig az egészségügy forrásgondjai a folyamatos konszolidálás ellenére konzerválódnak.
- A kórházi ágyszám és a HBCS súlyszám között szoros kapcsolat érvényesül. Számításom szerint egy plusz ágy a HBCS számot átlagosan 31,77-tel növeli. A kérdés az, hogy hol van az optimális ágyszám? Jelenleg erre a kérdésre a válasz még Magyarországon nem alakult ki.
- Összességében a fekvőbeteg – szakellátás finanszírozási rendszerében bevezetett teljesítmény-alapú finanszírozás az egészségügyi intézmények gazdálkodási gyakorlatában alapvető változásokat idézett elő, míg 1990-ben 104 ezer ágyon 2,2 millió elbocsátott beteget, addig 2002-ben 80 ezer kórházi ágyon 2,7 millió elbocsátott beteget regisztráltak.
- A kórházak helyzetét változatlanul az alulfinanszírozottság határozza meg. Az önkormányzati kórházak folyamatosan jelentősebb adóssággal küszködnek, ehhez hozzájárul az is, hogy az önkormányzatok saját forrásból egyre kevesebbet fordítanak kórházaikra. Ez a helyzet arra kényszeríti a kórházakat, hogy felmérjék adósságállományukat, átütemezzék tartozásaik kiegyenlítését, áttekinthetőbbé tegyék gazdálkodásukat (kontrolling rendszer bevezetése, üzemgazdasági szemlélet), ahol ez

sem hoz megoldást az intézményekhez kirendelt önkormányzati biztossal oldatják meg ideiglenesen a válságkezelést.

- A paraszolvencia a rendszerben számos díszfunkciót hoz létre, ennek felszámolása összetettsége miatt, igen hosszú idő alatt képzelhető el Magyarországon.
- A finanszírozás ellenőrzéséhez szükséges létrehozni olyan minőségi protokollokat, standardokat, amelyek a minőségügy követelményeit szolgálják.
- Az irányított betegellátási rendszer számos előnye mellett pl. a prevenció előtérbe helyezése, sok veszély is jelen van pl. az egészségügyből lehet még kivonni pénzt. A csornai modell sikerének legfontosabb eredménye nem a megtakarítás nagysága, hanem az, hogy a kórház köré szerveződve kialakult egy olyan rendszer, amely a kórházra, mint tudásbázisra alapozva képes volt az ellátás színvonalát emelni. A felszabaduló forrásokat a rendszer fejlesztésére és a lakosság teljesebb ellátására lehet fordítani. A Misszió Egészségügyi Kht vizsgálatával megállapítást nyert, hogy érdemes a prevencióra költeni, mert a ráfordítás már egy éven belül megtérül. Az IBR kritikai feldolgozásával előtérbe került, hogy az erőforrás-kivonás veszélye jelentős, emiatt széleskörű bevezetését át kell gondolni.
- A mátrix kórház alkalmazásával jobb kapacitás-kihasználás érhető el, de bonyolultabb, lassabb a döntési folyamat. A Soproni Erzsébet Kórházban így növelni lehet az ágykihasználtságot.
- Az intézmények menedzsmentjeinek új szemléletben kell gondolkodni az intézmények vezetéséről és irányításáról. Ez a szemlélet gyors alkalmazkodást, megfelelő helyzetfelismerést, folyamatosan aktuális és friss információkat, és állandó döntéseket követel a menedzsmenttől. A Soproni Erzsébet Kórházban kialakításra került egy komplex nagy orvosi, és gazdasági informatikai rendszer, kiépült a kontrolling, aminek a finanszírozással összefüggésben fontos szerepe van.
- Szükség van a civil szervezetekre, az egészségügy területére pénzt szerveznek, segítenek a munkavállalók oktatásának, továbbképzésének finanszírozásában.

Kutatásaim, elemzéseim alapján az alábbi eredményekre jutottam. Új és újszerű eredménynek tartom a fekvőbeteg – szakellátás finanszírozás teljes körű áttekintését, összefoglalását, értékelő feldolgozását. Emellett az amortizációval kapcsolatban tett javaslatomat, továbbá az irányított betegellátási rendszer értékelő feldolgozását, amit empirikus vizsgálatokra alapozva végeztem.

Eredményeim a következők:

- Alapvető értékrendi kérdés, hogy minden állampolgár hozzájusson az egészségügyi ellátáshoz, működjön a szolidaritás, véleményem szerint a társadalombiztosítás rendszerével kell biztosítani ehhez a forrást. A közfinanszírozás dominanciáját meg kell őrizni, ez biztosítja a populációs szintű egészségnyereség maximalizálását. A privatizáció bizonyos területeken hasznos lehet, de csak mint eszköz és nem cél.
- Az állami szerepvállalás biztosítaná mindenki számára hozzáférhető egészségügyi ellátást, ami két vonatkozásban is nélkülözhetetlen. Egyrészt a hatékonyságnövelés miatt, ami az adminisztrációs tevékenység növekvő költségeinek csökkentését biztosítaná és lehetővé tenné pl. az externáliák költségeinek, a kutatásnak, továbbképzésnek a finanszírozását. Másrészt a társadalmi igazságosság elvének érvényesülése miatt, ami az egyenlő esélyt az egyenlő igénybevétel lehetőségéhez is jelenti.
- Az egészségügy egy olyan terület, ahol szinte minden részterület le van szabályozva, de önmagában az egészségügy, mint ágazat nincs. Az Országgyűlés a „ - lakosság egészsége iránt érzett felelősségétől áthatva”[55] törvényt alkotott az egészségügyről de nem fogalmazta meg az alapvető, a rendszer szabályozott működéséhez elengedhetetlen rendező elveket, aminek következménye a jelenlegi zűrzavaros finanszírozásban csapódik le. Tehát a döntéshozók részére javaslatom az, hogy tekintsék át az összefüggés-elemzések azon eredményeit, amelynek alapján legalább megközelíthetően definiálható az egészségügy feladatköre.
- Politikamentes civil szerveződéseket kellene létrehozni az egészségügy forrásallokációja miatti döntésekhez, ami ne legyen alárendelve az államnak, az önkormányzatoknak.

[55] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

- A választási ciklusok végére jellemző, politikai rövid távú beavatkozó szándékot megfékezné például, ha a finanszírozás elveit érintő jogszabály vagy módosítás csak 2 év elteltével lépne hatályba.
- Az egészségügyi ellátórendszer bevételi oldalát célszerű lenne kiegészíteni az élvezeti cikkek és táplálékok adójából származó bevétel egy részével, ami fedezi az adott termékek által okozott egészségkárosodás kezelési költségeit.
- Reorganizációs típusú konszolidáció szükséges, ami azt jelenti, hogy az állam nem az adósságát akarja az intézménynek kifizetni, hanem szakmai átalakítást is kell végezni a területi szükségleteknek megfelelően. Magyarország régióit megvizsgálva megállapítható, hogy a jelenlegi elosztó rendszerben oda jut kevesebb pénz, ahol a születéskor várható élettartam a legalacsonyabb, nagy a szegénység. Tehát regionális morbiditás-felmérés alapján, amely a népesség jelenlegi és várható egészségügyi állapotfelmérésén alapul, az egészségügyben a kórházstruktúra átalakítandó.
- Optimális erőforrás-elosztást elméletileg az a megoldás jelentené, amely erőforrás felhasználása mellett az egészségi állapotban elérhető pozitív változás, az „egészségnyereség" maximális.
- Átláthatóvá kell tenni a szolgáltatások rendszerét, az egészségügyben elköltött közpénzek sorsát, elsősorban a költségnyomon követés és a finanszírozás oldaláról.
- Kórházakban a népesség elöregedése miatt célszerű lenne a szerkezetátalakításban az ápolási ellátást szolgáló ágyak számát növelni.
- A HBCS kalkulációnál az a célszerű, ha a súlyszámok inflációt követő mértékben változnak és közvetlenköltség-arányokat fejeznek ki. Így keletkezik érdekeltség az igényesebb, bonyolultabb esetek vállalásában. Ha a súlyszámok inkább fejeznek ki ápolási időt, mint költségarányokat, akkor az alacsony közvetlen költségű esetek vállalásában érdekeltek a kórházak.
- A HBCS súlyszámoknál alkalmazott lenormálásokhoz az intézményeknek fel kell készülniük, például a szakmai struktúra finanszírozási rendszerhez való hozzáigazításával, a kódolási lehetőségek kiaknázásával.
- A vegyes, kettős, duális finanszírozási rendszer, bizonyos módosításokkal képes betölteni a szerepét:
    - Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár a működési költségek mellett az eszközpótlást is finanszírozza meg, mégpedig teljesítményarányosan, így az amortizáció költsége is kerüljön beépítésre.

- A tulajdonosok az eszközbővítés finanszírozására elegendő nagyságú pénzügyi forrásokat biztosítsanak.
- Célszerű lenne létrehozni egy központi intézményt az eszközbővítés finanszírozásának biztosítására, javaslatom szerint az Egészségügyi Tőkefejlesztési Pénztárat (ETP), amelyet az állami költségvetés, alapítványok, egyéb források finanszíroznának.

Összefoglalva megállapítható, hogy a magyar egészségügy átalakítására, racionalizálására van szükség, amihez a forrásokat nagyrészt a költségvetés biztosítaná.

ÖSSZEFOGLALÓ

A rendszerváltás során a magyar egészségügy átalakulása nem gazdasági szempontok szerint, hanem politikai meggondolások alapján történt, nem gazdasági ésszerűség és hatékonyság szerint zajlott. Ezért a többszörösen hátrányos helyzetű egészségügy tartós válsághelyzetbe került, átalakítása kiemelkedően fontos feladat.

Az egészségügy a nemzetgazdaság rendszerének szerves része, a maga sajátos jellemzőivel. Az egészségügy működésének három központi kérdése került előtérbe a napjainkban zajló vitákban, a piac szerepe, az állami beavatkozások látóköre és a finanszírozási rendszer.

A piac az egészségügyben, szemben az ismert kompetitív piaccal, nem rendelkezik a szabad verseny ismérveivel, korlátozott, kínálati piac három szereplővel a szolgáltatást nyújtó intézménnyel, a pácienssel és a finanszírozó intézménnyel. E sajátos vonások következtében nem érvényesülnek az egészségügy piacán a kompetitív, vagy a monopolpiac törvényszerűségei sem.

Az egészségügyi ellátás biztosításában az államnak meghatározó szerepe van, egyrészt a hatékonyság javításában, az igazságosság elvének biztosításában, az externáliák költségeinek finanszírozásában és a fejlesztés megvalósításában. Ehhez a szemponthoz szükséges hozzárendelni a finanszírozási rendszereket, amelynek nemzetközi összehasonlításában 3 fő csoportját és két elvi alapját különböztetjük meg, a költségvetési alapra, a piaci rendszerre és a biztosítási elvekre épülő finanszírozási rendszerek. Az elvi alapjait tekintve szétválik a szolidaritás és a kockázatvállalás elvére épülő finanszírozási rendszer.

Az értekezésem célja egyrészt annak vizsgálata volt, hogy milyen mélyebb közgazdasági összefüggések alakították az egészségügy közgazdasági alapjaiban bekövetkezett változásokat. Az egészségügy gazdálkodása szorosan összekapcsolódik az erőforrások allokációjával, ami regionálisan súlyos aránytalanságot mutat, továbbá az egészségügyi szükségletet befolyásoló tényezők alakulásával, amely a népesség elöregedésén keresztül a népességszám csökkenésének mérséklését, a kedvezőtlen egészségi állapot miatt pedig annak javítására tett központi intézkedéssorozat megtételét irányozza elő. A közgazdasági szabályozó rendszer mielőbbi átalakítása, racionalizálása szükséges.

Másrészt célként tűztem ki a fekvőbeteg – szakellátás finanszírozási sajtosságainak rendszerbe foglalását. Nem ismert átfogó tanulmány erre vonatkozóan. A bőségesen rendelkezésre álló szakirodalmat felhasználva a fekvőbeteg – szakellátás korábbi és jelenlegi formáit elméleti és gyakorlati megközelítéssel igyekeztem feldolgozni.

Harmadik célként a fekvőbeteg – szakellátás finanszírozási rendszer továbbfejlesztési lehetőségeinek bemutatása szerepel disszertációmban.

Empirikus vizsgálatokat végeztem a Csornai Margit Kórház és Rendelőintézetben, a Misszió Egészségügyi Kht-ban Veresegyháza és a Soproni Erzsébet Kórházban ami alapján a finanszírozási rendszer továbbfejlesztési lehetőségeire mutatok rá. A jelenlegi finanszírozási rendszer mellett a mátrixkórházi struktúra lehetne célravezető, új finanszírozási rendszerként pedig, az irányított betegellátási rendszer széles körű bevezetése.

Értekezésem gerincét alkotja az egészségügyi ellátás finanszírozásán belül a fekvőbeteg – szakellátás finanszírozása, ami a leginkább megoldásra váró kérdés. Az egészségügyi kiadások és a gazdaság fejlettségének nemzetközi tapasztalatai alapján megállapítható, hogy Magyarországon az egészségügyre fordított források GDP-hez viszonyított aránya nemzetközi összehasonlításban elmarad a fejlett országokéhoz képest.

A disszertációm egyrészt országos adatok alapján, másrészt a fent említett három kórház adata alapján tartalmaz statisztikai táblákat, grafikus ábrázolást, elemzést. Kapcsolatvizsgálati módszereket, empirikus eloszláselemzéseket, indexszámítást, korreláció- és regresszió-számítást alkalmaztam.

A disszertációm alapgondolata az, hogy a közgazdasági szabályozók egészségügyre gyakorolt hatását abból a szempontból érdemes meghatározni és értékelni, hogy milyen lehetőséget biztosítottak a szolgáltatást nyújtók számára, illetve milyen fejlesztési lehetőségektől fosztották meg a gazdálkodást, amely a fejlesztések alapjául szolgálhatott volna. Gondolok itt a HBCS folytonos változtatásával együtt járó forráskivonásra, az egészségügyi inflációt figyelmen kívül hagyó normatív output-finanszírozásra, az amortizáció finanszírozatlanságára. A válsághoz az is hozzájárult, hogy a szabályozási rendszer egyes elemei közötti szükséges konzisztencia nem érvényesült, például a háziorvosok „kapuőr” szerepe elveszítette jelentőségét.

Az amortizáció változtatására kidolgozott modell alkalmas lehet arra, hogy segítségével az állami közgazdasági szabályozó eszközöket úgy alakítsák, hogy azok a fejlődőképes, a forrásokat jó hatékonysággal felhasználó ellátóhálózatot segíthesse a műszaki színvonal tekintetében előnyösebb fejlesztések megvalósításában. Ez az EU tagság miatt is létkérdése az egészségügyi szférának. Az Európai Unió Bizottsága megfogalmazta, hogy neki kell kezdeni az egészségügyi szektor mélyrehatóbb megreformálásának.

Új és újszerű eredménynek tartom a fekvőbeteg – szakellátás finanszírozás teljes körű áttekintését, összefoglalását, értékelő feldolgozását, emellett az amortizációval kapcsolatos

javaslataimat, továbbá az irányított betegellátási rendszer értékelő bemutatását, amit empirikus vizsgálatokkal támasztok alá.

Végeredményben az egészségügy fejlesztésében és az ellátás biztosításában a korlátozott piac, a felelős állami szerepvállalás és az igazságosság elvének együttes érvényre juttatása hozhat eredményt. A leszűrt következtetések hasznosítása különösen fontos az egészségügyi ellátás jelenleg folyó visszaélésekkel telített átalakítási folyamatában.

Igazán hatékony és betegelégedettség szempontjából megfelelő finanszírozási formát még nem találtak ki.

SUMMARY

In the course of the change of the system the transformation of the Hungarian public health did not take place in line with economic standpoints but rather on the basis of political considerations in other words it did not happen according to economic rationality and efficiency. Therefore public health being in many times disadvantagous situation has got into a critical situation and its reorganization is significant.

Public health is the organic part of the national economy with its particular features. Three main questions of the function of public health have become conspicuous in nowadays' debates: the role of the market, the horizon of the state intervening and the financing system.

The market in the public health, in contrast with the competitive market, does not possess the criteria of free competition, it is limited and it is a service market with three parts: the institution that provides services, the patient and the financing institution. In consequence of these particular features the rules of competitive or monopol market do not succeed at the market of public health.

The state has a dominant role in the provision of public health services: improving efficiency, enhancing equity, financing of costs of externalities and investing. In addition financing systems should be taken into consideration. In international comparation three main financing systems and two conceptual basis are being distinguished. The financing systems can be built on the central budget or on the private market system or on the insurance principles. As far as conceptual basis concern the financing system can be based on the solidarity and on the risk-taking principles.

The aim of my dissertation was first to examine what kind of deeper economic relations formed the changes in the economic basis of public health. The economics public health is closely connected to the allocation of resources which shows a serious regional disproportion, furthermore to the formation of the factors effecting public health demands, which appropriates the moderation of the decrease of the population through the ageing population and the accomplishment of central measures to improve the unfavourable health conditions. It is essential to modificate and rationalize the economic regulatory system.

On the other hand my second aim was to systematize the features of the in-patient professional supply. Using the plentifully available special literature I endeavoured to discuss the ways of the previous and present in-patient professional supply with a practical and theoretical approach.

The third aim was to present the possibilities of developing the in-patien professional supply system.

I have made empirical tests in Margit Hospital and Surgery in Csorna, in the Mission Public Health non-profit company in Veresegyháza and in Erzsébet Hospital in Sopron and through this I point out the possibilities of developing the financing system. Apart from nowadays' financing system a matrix-hospital structure could be suitable and as a new financing system, a wide introduction of the controlled health care system.

The main body of my dissertation is about the financing of the in-patient professional supply within financing health care, which is the most significant question to solve. According to the indicators of public health expenses and economic development in international comparison it can be stated that the share of public health expenses in GDP is lower in Hungary than in the developed countries.

My dissertation contains statistical charts, graphic representations and analysis based mainly on national data and on the data of the three hospitals mentioned above. For analyzing relations I applied different methods like effect analysis, empirical distribution analysis, index calculation, correlation and regression calculation.

The basic thought of my dissertation is the effects of economic regulation on public health should be analyzed and evaluated in a view that what possibilites the service providers had and what development possibilities were taken away from the economy that could have been the resources for developments. Now thinking of the decreasing financial sources as a consequence of the permanent changes of the HBCS, the normative output-financing that disregards inflation in the public health sector and the effects of central amortization policy. The crisis was deepened by the facts that the necessary consistency did not work between the individual elements of the regulation system for example the „gateguard" role of the family doctor lost its importance.

The model worked out to change the amortization policy could be suitable for forming the state economic regulation in a way that it could help the supplier network capable of development and efficient use of resources realizing technically advanced investments. This is a basic question of the public health sector in the light of EU membership. The Commission of the European Union requested that a deep reform in the public health sector must be started. I think that my dissertation gives new results in the fields of the thorough review, summary and evaluation of the in-patient professioal supply, besides my suggestions in connection with the amortization policy and the evalutory presentation of the controlled health care system supported by empirical analysis.

In conclusion, a limited market, a responsible state regulation and enhanced equity together could bring results in the development of public health and provision of services. The utilization of the results is significant in the ambigous process of reforming the health care.
A really efficient and in the view of the satisfaction of the patients convenient financing form has not been invented.

TARTALOMJEGYZÉK

BEVEZETÉS 2

1. GAZDÁLKODÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN – KÖZGAZDASÁGI ALAPOK 5

1.1. GAZDÁLKODÁS – EGÉSZSÉGÜGY KAPCSOLATA 5

1.1.1. Az egészségügyi rendszer fogalma 5

1.1.2. Az egészség fogalma 7

1.1.3. Egészségügy - gazdálkodás 7

1.2. PIAC SZEREPE AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN 14

1.3. AZ ÁLLAM SZEREPE AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN 18

1.4. SZÜKSÉGLET EGÉSZSÉGÜGYI KÖZGAZDASÁGI KÉRDÉSEI 20

1.4.1. Az egészségügyi szükségletet befolyásoló tényezők a fogyasztók oldaláról.. 22

1.4.1.1. Demográfia 22

1.4.1.2. A lakosság egészségi állapota 26

1.4.1.2.1 Mortalitás 26

1.4.1.2.2. Morbiditás 32

1.4.1.3. Életmód 33

1.4.1.4. Környezet 35

1.4.1.5. Az egészségi állapot mérése 40

1.4.2. Az egészségügyi szükséglet oldaláról megfogalmazható feladatok 41

2. TÖRTÉNELMI GYÖKEREINK AZ EGÉSZSÉGÜGY GAZDÁLKODÁSÁBAN, KIEMELTEN A FEKVŐBETEG - SZAKELLÁTÁS TERÜLETÉN 43

2.1. A FEUDALIZMUS KORSZAKÁBAN 43

2.2. A KAPITALIZMUS KORSZAKÁBAN 44

2.3. A SZOCIALIZMUS KORSZAKÁBAN 48

2.4. A GAZDASÁGI RENDSZERVÁLTÁS KORSZAKÁBAN 49

3. EGÉSZSÉGÜGY FINANSZÍROZÁSA 54

3.1. AZ EGÉSZSÉGÜGYI FINANSZÍROZÁSI MODELLEK NEMZETKÖZI ÖSSZEHASONLÍTÁSBAN 54

3.1.1. Bismarck-i modell (társadalombiztosítási rendszer) 55

3.1.2. Szemaskó modell (szovjet modell) 57

3.1.3. Beveridge modell – NHS rendszer (adóból finanszírozott nemzeti egészségügyi rendszer) 58
3.1.4. Szabad piaci modell (amerikai vegyes rendszer) 60
3.1.5. „Out-of-pocket" modell 61
3.1.5.1. Az átalánydíjas, vagy előtakarékossági finanszírozás (önkéntes kiegészítő biztosítások, egészségcélú megtakarításszámla-rendszer = MSA) 63
3.1.5.1.1. A szingapúri 3 M modell 64
3.1.5.1.2. Az amerikai MSA modell 64
3.1.5.1.3. MSA kísérlet Dél-Afrikában 65
3.2. AZ ÁLLAM SZEREPVÁLLALÁSA A KÜLÖNBÖZŐ FINANSZÍROZÁSI MODELLEKBEN 67
3.3. PÉNZELLÁTÁS FORRÁSAI A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYBEN 75
3.3.1. Az Egészségbiztosítási Alap bevételének elemzése 78
3.3.1.1. A járulékmértékek változásának hatása 79
3.3.1.2. A biztosított létszám változásának hatása 81
3.3.1.3. Az egészségügyi infláció változásának hatása 82
3.4. EGÉSZSÉGÜGYI FINANSZÍROZÁSI TECHNIKÁK ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA MAGYARORSZÁGON, KIEMELTEN A FEKVŐBETEG – SZAKELLÁTÁS TERÜLETÉN 83
3.4.1. Egészségügyi finanszírozási technikák elméleti megközelítésben 83
3.4.2. Egészségügyi finanszírozási technikák napjaink gyakorlatában 86
3.4.3. Fekvőbeteg – szakellátás és finanszírozási technikái elméleti megközelítésben93
3.4.3.1. Fekvőbeteg-szakellátás küldetése, csoportosítása, főbb mutatószámai ... 93
3.4.3.2. A fekvőbeteg – szakellátás finanszírozási technikái napjainkban elméleti megközelítésben 99
3.4.3.2.1. Normatív finanszírozás (napi-, átalánydíjas esetátalány) 99
3.4.3.2.2. Normatív finanszírozás (HBCS). 102
3.4.4. Fekvőbeteg – szakellátás pénzellátási technikái napjaink gyakorlatában 118
3.4.4.1. Duális finanszírozás 121
3.4.4.2. Az amortizáció problémája az egészségügyben 123
4. A FINANSZÍROZÁSI RENDSZER TOVÁBBFEJLESZTÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI 128
4.1. AZ IRÁNYÍTOTT BETEGELLÁTÁS – ÚJ ELLÁTÁS-FINANSZÍROZÁSI RENDSZERMODELL128
4.1.1. Irányított betegellátási modell kialakulásának előzményei……....129
4.1.2. Irányított betegellátás Magyarországon 131

4.1.3. Konkrét esettanulmányok az irányított betegellátási rendszerhez 138
4.1.3.1. Csornai Margit Kórház és Rendelőintézet 138
4.1.3. 2. Misszió Egészségügyi Kht Veresegyháza..... 141
4.2. MÁTRIXKÓRHÁZI STRUKTÚRA 144
4.3. FINANSZÍROZÁSI PROBLÉMÁK – MEGOLDÁSI JAVASLATOK 146
5. ESETTANULMÁNY - SOPRON MEGYEI JOGÚ VÁROS ERZSÉBET KÓRHÁZ 151
5.1. A FINANSZÍROZÁSI RENDSZER BUKTATÓI ÉS ALKALMAZKODÁSI TECHNIKÁK ORSZÁGOSAN 154
5.2. A FINANSZÍROZÁSI RENDSZER BUKTATÓI ÉS ALKALMAZKODÁSI TECHNIKÁK A SOPRONI ERZSÉBET KÓRHÁZBAN 161
5.3 SOPRONI ERZSÉBET KÓRHÁZ BEVÉTELI STRUKTÚRÁJA, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A CIVIL SZFÉRÁTÓL SZÁRMAZÓ BEVÉTELEKRE..... 173
ÖSSZEFOGLALÁS, KÖVETKEZTETÉSEK, EREDMÉNYEK 180
ÖSSZEFOGLALÓ 187
SUMMARY..... 190

ÁBRAJEGYZÉK

1. ÁBRA: A LAKOSSÁG EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK 8
2. ÁBRA: GAZDASÁGI ÁGAK RÉSZESEDÉSE ÉS GAZDASÁGI FEJLETTSÉG ÖSSZEFÜGGÉSE 13
3. ÁBRA: A MASLOW-FÉLE SZÜKSÉGLETHIERARCHIA..... 21
4. ÁBRA: A MAGYAR NÉPESSÉG SZÁMÁNAK ALAKULÁSA 1970-2002 KÖZÖTT..... 23
5. ÁBRA: ÉLVESZÜLETÉS, HALÁLOZÁS, TERMÉSZETES SZAPORODÁS/FOGYÁS 1950-2002 .. 23
6. ÁBRA: SZÁZEZER FŐRE JUTÓ ELVESZETT ÉLETÉVEK A POTENCIÁLIS 70 ÉVBŐL, HALÁLOKOK SZERINT, 1970 27
7. ÁBRA: SZÁZEZER FŐRE JUTÓ ELVESZETT ÉLETÉVEK A POTENCIÁLIS 70 ÉVBŐL, HALÁLOKOK SZERINT, 2002 28
8. ÁBRA: SZÜLETÉSKOR VÁRHATÓ ÁTLAGOS ÉLETTARTAM, NEMENKÉNT 1949-2002 29
9. ÁBRA: SZÜLETÉSKOR VÁRHATÓ ÁTLAGOS ÉLETTARTAM NEMEK SZERINT MAGYARORSZÁGON 1970-2002 KÖZÖTT 29
10. ÁBRA: VEZETŐ HALÁLOKOK RÉSZESEDÉSE AZ ÖSSZHALÁLOZÁSBÓL, HAZÁNKBAN 2001. ÉVBEN 31
11. ÁBRA: MAGYAR VÁROSOK LEVEGŐMINŐSÉGE, 1995-2000 KÖZÖTT 37
12. ÁBRA: MUNKAHELYI TERHELÉSNEK ÉS KÓROKI TERHELÉSNEK KITETTEK MEGOSZLÁSA MAGYARORSZÁGON 2001-BEN 39
13. ÁBRA: A SZOLIDARITÁS ALAPVETŐ KÉT DIMENZIÓJA..... 55
14. ÁBRA: KÖZFINANSZÍROZÁS ARÁNYA A BISMARCK FÉLE MODELLT KÖVETŐ ORSZÁGOKBAN 2000. ÉVBEN..... 68
15. ÁBRA: KÖZFINANSZÍROZÁS ARÁNYA A BEVERIDGE FÉLE MODELLT KÖVETŐ ORSZÁGOKBAN 2000. ÉVBEN..... 69
16. ÁBRA: KÖZFINANSZÍROZÁS ARÁNYA AZ ERŐS ÖNGONDOSKODÁSI MODELLT KÖVETŐ ORSZÁGOKBAN 2000. ÉVBEN..... 69
17. ÁBRA: A KÖZFINANSZÍROZÁS ARÁNYVÁLTOZÁSÁNAK GRAFIKUS ÁBRÁZOLÁSA A BISMARC FÉLE MODELLBEN 1960 – 2000. KÖZÖTT 70
18. ÁBRA: A KÖZFINANSZÍROZÁS ARÁNYVÁLTOZÁSÁNAK GRAFIKUS ÁBRÁZOLÁSA A BEVERIDGE FÉLE MODELLBEN 1960 - 2001. KÖZÖTT..... 71
19. ÁBRA: A KÖZFINANSZÍROZÁS ARÁNYVÁLTOZÁSÁNAK GRAFIKUS ÁBRÁZOLÁSA AZ ERŐS ÖNGONDOSKODÁSI MODELLT KÖVETŐ ORSZÁGOKBAN 1960 - 2001. KÖZÖTT..... 72

20. ábra: Az egészségügyi kiadások a GDP százalékában, 2001 76
21. ábra: Az elvesztett életévek és a gazdasági teljesítmény összefüggése 77
22. ábra: Finanszírozási technikák Magyarországon 83
23. ábra: Az Egészségbiztosítási Alap kiadásainak és a fekvőbeteg szakellátás kiadásainak kapcsolata 1993 - 2004 között 89
24. ábra: Az Egészségbiztosítási Alap egyenlege nominál értéken 1993 – 2004. között (milliárd forint) 90
25. ábra: Az Egészségbiztosítási Alap egyenlege 1993-as árakon 91
25/a. ábra: Az Egészségbiztosítási Alap egyenlege nominál értéken és 1993-as árakon 92
26. ábra: Kórházi ágyak száma (10.000 főre) az alábbi országokban 95
27. ábra: Kórházi ágyak száma ezer főre 2002. december 31-én 97
28. ábra: Kórházi ágyszám és a HBCS súlyszám összefüggése 116
29. ábra: Fekvőbeteg-szakellátás részesedése (%) 118
30. ábra: Egészségbiztosítási Alap kiadásainak nominál értéke (milliárd forint) 119
31. ábra: Fekvőbeteg-szakellátás Egészségbiztosítási Alapból finanszírozott kiadásai 1993-as árakon 120
32. ábra: Duális finanszírozás sémája 121
33. ábra: Önkormányzatok kórházi kiadásainak évenkénti változása 1996 – 2002. között 122
34. ábra: Egészségügyi fejlesztések új rendszere 126
35. ábra: Megtakarítások a bevétel százalékában 1999-2003 között 133
36. ábra: Teljesítmény-finanszírozott szolgáltatók érdekeltsége és az IBR szolgáltatók érdekeltsége 136
37. ábra: Szív- érrendszeri betegségek rizikófaktor felmérésén kiszűrt esetekben betegségre vonatkozó egészségügyi költségeinek alakulása 142
38. ábra: Szív-érrendszer rizikófaktor szűrő kérdőívvel 2000-ben kiszűrtek betegséggel összefüggő átlag költségeinek alakulása 143
39. ábra: A mátrix kórház szerkezeti felépítése 145
40. ábra: A kórházi ágyak kihasználtsága 153
41. ábra: A különböző szakmák eredményessége egy minta városi kórházban 155
42. ábra: Aktív nap változása 1995 – 2003. között országosan 156

43. ábra: Osztályos eset változása 1995 – 2003. között országosan 156
44. ábra. Case-mix index változása 1995 – 2003. között országosan 158
45. ábra: A krónikus ápolási napok számának alakulása 1995 – 2003. között országosan 159
46. ábra: A kontrolling szemlélet kialakulása az egészségügyben 160
47. ábra: Hatékonyabb vezetői eszközök 160
48. ábra: A kontrolling rendszer kialakulásának menete 162
49. ábra: Ügyviteli rendszer 163
50. ábra: Vezetői Információs rendszer alkalmazása a Soproni Erzsébet Kórházban 164
51. ábra: Szállítói tartozás és konszolidált hitel alakulása 1995 – 2001 ezer forintban 165
52. ábra: Kiírt fekvőbetegek száma 1989 – 2003 között 166
53. ábra: Az ápolás átlagos tartalma országosan és a Soproni Erzsébet Kórházban 1995 – 2003. között 166
54. ábra: Case-mix index alakulása országosan és a Soproni Erzsébet Kórházban 167
55. ábra: A vizsgált civil szervezetek bevételi forrásai (ezer Ft) 177
56. ábra: Soproni Erzsébet Kórház számára nyújtott anyagi eszköz és pénzeszköz támogatás (ezer forint) 178

TÁBLÁZATJEGYZÉK

1. SZ. TÁBLÁZAT A NÉPESSÉG KORCSOPORT SZERINTI ÖSSZETÉTELÉNEK ALAKULÁSA, 1920-2001-IG (%) 25
2. SZ. TÁBLÁZAT KÁBÍTÓSZERFOGYASZTÓK SZÁMA 35
3. SZ. TÁBLÁZAT A FINANSZÍROZÁSI ÉS A TULAJDONFORMÁK ÖSSZEFÜGGÉSEI 73
4. SZ. TÁBLÁZAT EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI JÁRULÉK ÉS HOZZÁJÁRULÁS ALAKULÁS 1992 – 2004. KÖZÖTT 80
5. SZ. TÁBLÁZAT A BIZTOSÍTOTTAK SZÁMÁNAK, ARÁNYÁNAK VÁLTOZÁSA MAGYARORSZÁGON 1990 – 2003 KÖZÖTT 81
6. SZ. TÁBLÁZAT AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÁRINDEX ÉS A FOGYASZTÓI ÁRINDEX ALAKULÁSA 1990 – 2003 KÖZÖTT 82
7. SZ. TÁBLÁZAT AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAP EGYENLEGE NOMINÁL ÉRTÉKEN 1993 – 2004. KÖZÖTT (MILLIÁRD FORINT) 90
8. SZ. TÁBLÁZAT AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAP EGYENLEGE REÁL ÉRTÉKEN(MD FT) L993. ÉVHEZ VISZONYÍTVA 91
9. SZ. TÁBLÁZAT KÓRHÁZI ÁGYSZÁM NEMZETKÖZI ÖSSZEHASONLÍTÁSBAN 2001. ÉV VÉGÉN94
10. SZ. TÁBLÁZAT KÓRHÁZAK ÉS ENGEDÉLYEZETT KÓRHÁZI ÁGYAK SZÁMA TULAJDONOSOK, ...
ILLETVE AKTÍV ÉS KRÓNIKUS ELLÁTÁS SZERINT, 2002. DECEMBER 31-ÉN.....
(ORSZÁGOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI PÉNZTÁRRAL SZERZŐDÉST KÖTÖTT INTÉZMÉNYEK) ... 96
11. SZ. TÁBLÁZAT FEKVŐBETEG – SZAKELLÁTÁS MUTATÓSZÁMAI 2001. ÉV ELEJÉN..... 98
12. SZ. TÁBLÁZAT KRÓNIKUS ELLÁTÁSOK SZORZÓI..... 100
13. SZ. TÁBLÁZAT EGÉSZSÉGÜGYI ÁRINDEX SEGÍTSÉGÉVEL AZ AKTÍV FEKVŐBETEG – SZAKELLÁTÁS FINANSZÍROZÁSÁNAK VÁLTOZÁSA 1993 – 2004. ÉVEKBEN 109

14. SZ. TÁBLÁZAT ÖNKORMÁNYZATOK KÓRHÁZI KIADÁSAI SAJÁT FORRÁSBÓL NOMINÁL ÉRTÉKEN, 1996-2002 KÖZÖT 122
15. SZ. TÁBLÁZAT A HAGYOMÁNYOS ÉS IRÁNYÍTOTT BETEGELLÁTÁS KÖZÖTTI KÜLÖNBSÉGEK 130
16. SZ. TÁBLÁZAT A SZERVEZŐK MEGTAKARÍTÁSAI A BEVÉTEL SZÁZALÉKÁBAN 2000-2001 KÖZÖTT 134

17. SZ. TÁBLÁZAT A CSORNAI MARGIT KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET 2000. ÉVI MŰKÖDÉSÉRE VONATKOZÓ FŐBB ADATOK 138
18. SZ. TÁBLÁZAT MEGYEI, VÁROSI, SOPRONI ERZSÉBET KÓRHÁZ MŰSZEREZETTSÉGÉNEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA 151
19. SZ. TÁBLÁZAT A SOPRONI ERZSÉBET KÓRHÁZ PÉNZÜGYI EGYENSÚLYA 153
20. SZ. TÁBLÁZAT A SOPRONI ERZSÉBET KÓRHÁZ BEVÉTELEINEK MEGOSZLÁSVÁLTOZÁSA 1998. ÉS 2003. ÉVEKBEN SZAKFELADATONKÉNT 173
21. SZ. TÁBLÁZAT A TELJESÍTMÉNYVÁLTOZÁS PÉNZÜGYI VESZTESÉGEINEK LEVEZETÉSE 174
22. SZ. TÁBLÁZAT SOPRONI ERZSÉBET KÓRHÁZ SZÁMÁRA NYÚJTOTT ANYAGI ESZKÖZ ÉS PÉNZESZKÖZ TÁMOGATÁS (EZER FORINT) 177

IRODALOMJEGYZÉK

Albert Bela Janko, M.D.[2001]: Amerikai Egészségügy: nagy port kavart HMO-k *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 39. évf. 1 sz. 33-37.

Ari Lajos Dr. - Forgách Lajos Dr. [2001]: Új finanszírozási rendszer a német kórházakban *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 39. évf. 2. sz. 129-133

Ádány Róza [2003]: A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón *Medicina* Budapest

Balázs Péter, Dr [1997]: Managed care az USA egészségügyben *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 35. évf. 317-330

Baráth Lajos - Lányi Gyuláné - Horváth Endre [1999]: A megváltozott körülményekről, avagy milyen legyen a jövő kórházgazdálkodása? *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 37. évf. 6. sz. 599-606

Baráth Lajos [1999]: Az egészségügyi gazdálkodás legfontosabb kérdéseiről, kiemelten a költséghatékonyságról *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 37.évf. 4. sz. 421-426

Baráth Lajos Dr. [2003]: A paradigmaváltás szükségessége az egészségügyben és a privatizáció *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 41. évf. 5. sz. 43-48

Besorolási kézikönyv a homogén betegségcsoportok képzéséhez [2001] *Egészségügyi Minisztérium Gyógyító Ellátás Információs Központ* Szekszárd

Bodenheimer, T.[2000]: Disease management int he American market. BMJ 320: 563-567

Bódi György Dr. [2004]: A civil partner, mint gazdálkodó szervezet www.nonprofit.hu

Bognár Ilona Dr. – Dr. Nagy Júlia –Dr. Mikola István – Dr. Várhelyi Krisztina - Dr. Géher Pál [2000]: Az egészségügyi rendszer finanszírozásának forrásai, makroösszefüggései *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 38. évf. 3. szám 249-271

Boncz Imre, Dr. [2001]: A magán- és közkiadások aránya az egészségügyi finanszírozásban nemzetközi összehasonlítások alapján *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 39. évf. 5. szám 420 – 427.

Boncz Imre, Dr. – Donkáné Verebes Éva – Oberfrank Ferenc, Dr. [2001]: Közpénzek és magánfinanszírozás az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által finanszírozott gyógyító-megelőző ellátások területén *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 39. évf. 6. szám 559 - 567

Boncz Imre, Dr.- Dózsa Csaba [2002]: Az egészségbiztosítási és egészségfinanszírozási rendszer változásai 1992-2002 *MOTESZ Magazin* 4.szám

Boncz Imre [2002]: Magánbiztosítások az európai országok egészségügyi rendszerében *Egészségügyi menedzsment* március-április 56-60

Boncz Imre [2002]: Magán egészségbiztosítások az Európai Unió tagországaiban *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 40. évf. 3. sz. 292-301

Boncz Imre [2003]: A magán- és köztulajdonú kórházak és kórházi ágyak aránya az Európai Unióban *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 41. évf. 1 – 2. sz. 45 - 49

Boncz Imre, Dr. - Dr. Nagy Júlia [2003]: 10 éves a HBCS *Egészségügyi menedzsment* 3.sz

Boncz Imre Dr., Dózsa Csaba [2003]: Irányított Betegellátási Modell (IBM): A fejkvótaszámítás szerepe és módszertana *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben* II. évfolyam 6.szám

Bordás István [1998]: Finanszírozási reform a magyar egészségügyben *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 36. évf. 3. sz. 225-239

Bordás István [1998]: Költség-eredményesség értékelése a fekvőbeteg-ellátásban *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 36. évf. 4. sz. 346-352

Bordás István [2000]: Bevétel/közvetlen költség arány vizsgálata HBCS 4.2 adatok alapján. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 38. évf. 5. sz. 512-517

Bordás István [2001]: A HBCS 4.3 hatástanulmánya *Egészségügyi Menedzsment* III. 2. 26-28

Bordás István [2001]: A közvetett költségek felosztásának vizsgálata kórházi szempontból *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 39. évf. 2. sz. 124-128

Bordás István, Dr. [1999]: Mit fejeznek ki a HBCS súlyszámok? *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 37. évf. 1. sz. 44-52

Bornemissza Tamás – Kameniczkí István – Károlyi Miklós – Simsa Péter [1994]: A társadalombiztosítás – önkormányzati irányítással in: Magyarország politikai évkönyve 1994 Budapest, *Demokrácia Kutatások Magyar Központja Alapítvány* 198-212

Britain's sickly health reforms [1994]: *The Economist* 330. 7851. P16-17.

Brückner Ö. [1992]: A német betegbiztosítási rendszer *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 30. évf. 2. sz. 67-70

Cf: World Health Organization [1999]: The World Health Report . Making a Difference. Genf; *WHO*, 36-42

Chikan Attila [2002]: Vállalat-gazdaságtan *Aula* 462-540

Consensus on principles of cost-sharing in education and health in sub-Saharan Africa [1997] *Reports of an International Forum* Addis Ababa

Csáky András – Fejér László – Misz Irén Irisz – Kis Gyula József – Kovács József – Urbán László [2001]: Egészségügyünk az ezredfordulón In: Egészségügy Magyarországon, Magyarország az ezredfordulón: Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián, Az életminőség tényezői Magyarországon *Magyar Tudományos Akadémia* Budapest

Csermák Judit – Dér Géza – Nagy Istvánné – Pintérné Csermák Jolán [2000]: Költségvetési szervek gazdálkodása *Aula Kiadó Kft* Budapest

Czégény Tünde Dr. [2001]: Költségek az egészségügyben, kiemelve a fekvőbeteg ellátás területét *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 39. évf. 4. sz. 345-354

Czipszer Károlyné [2001]: Az értékcsökkenési leírásról, *Adó* 16

Daragó László [2003]: Javaslat a homogén betegségcsoportok (HBCS) rendszerének korrekciójára *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 41. évf. 3.sz. 35-38

Daragó László [2004]: Caseview_HUN: eszköz a homogén betegségcsoportok (HBCS) áttekintéséhez *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 42. évf. 1. sz. 47-50

Donalbedian A, Wheeler J. R. C,Wyszewianski L. [1982]: Quality, cost and health: an integrative model. *Medical Care,* 20. 975-992

Dózsa Csaba – Borcsek Barbara- Dr. Boncz Imre [2003]: Az Egészségbiztosítási Alap bevételi és kiadási oldalának elemzése 1994-2002 *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 41. évf. 5. sz. 9-17

Dózsa Csaba [2004]: HBCS verziófrissítés 4.3-ról 5.0-ra *Kórház* XI. évfolyam június 16-19

Dubos, R. J. [1959]: Mirage of Health utopias, *Progress and Biological Change*

Egészségügy Magyarországon [1998]: In. MTA Magyarország az ezredfordulón, *Akadémiai Kiadó*

Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséhez [2002] *Egészségügyi Közlöny* LII. évfolyam ll. szám

Endrőczi Elemér, Dr. [2002]: Az egészségügyi ellátás fejlesztési kérdései a nemzetközi tapasztalatok tükrében *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 2. sz. 129 - 143

Fecske Mihály [1999] A magyar egészségügy alapvető problémái különös tekintettel a kórházak helyzetére, In: Magyarország az ezredforduló után *Magyar Tudományos Akadémia Jövőkutatási Bizottság* Budapest 277-287

Fecske Mihály Dr. [2001]: Az egészségügy néhány makroösszefüggése *Gazdaság & Társadalom* 1-4. szám

Fecske Mihály Dr. [2001]: Az ideális kórház-modell és a mai valóság, In: Egészségügy Magyarországon *Magyar Tudományos Akadémia* Budapest 111-132

Fecske Mihály [2004]: T31874 OTKA nyilvántartási számú kutatás eredményei alapján készült *OTKA zárójelentés*

Fuchs, VR. [1996]: Economics, values and health care reform. Am. Econ. Rev., 86 – 124

Fülöp Rudolf Dr. [2001]: Gondolatok a finanszírozási rendszer feszültségeinek feloldására *Menedzser Recept* 5. sz.

Fülöp Rudolf Dr. [2003]: Teljesítményfinanszírozás, avagy a finanszírozási rendszer feszültségei *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 41. évf. 5.sz. 39-43

Géher Pál [2001]: Besorolási kézikönyv a HBCS képzéshez *Egészségügyi Minisztérium – Gyógyinfok* Budapest

Gidai Erzsébet Dr. [1990]: Jövőalternatívák A társadalmi-gazdasági fejlődés előrejelzésének lehetőségei *Akadémiai Kiadó,* Budapest

Gidai Erzsébet Dr. [1998]: A piac szerepe az egészségügyben – nemzetközi összehasonlítás, Egészségügy és piacgazdaság *Magyar Tudományos Akadémia* Budapest 5 – 26

Glatz Ferenc [2001]: Egészségügy Magyarországon, In: MTA Magyarország az ezredfordulón *Magyar Tudományos Akadémia* Budapest

Gulácsi László [1998]: Az egészségügy tudományos alapjai *Egészségügyi Gazdasági Szemle,* 36. évf. 2. sz. 157 - 165

Győrfi István [2002]: „Az egészségügy részleteit tilos külön szabályozni" *HVG* 2002. 08. 10.

Hahn Géza Dr. [1960]: A magyar egészségügy története *Medicina Könyvkiadó* Budapest

Harsányi Imréné Dr. [2002]: Az amortizáció elvi kérdései *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 40. évf. 4. szám 457-460

Harsányi László [2004]: A harmadik szektor www.nonprofit.hu

Hártó György Dr. – Somogyi Ferenc – Dr. Szalkai Iván – Zsipi Róbert [2002]: Amortizációs és eszközbiztosítási lehetőségek *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 40. évf. 4. szám 460-463

Herczeg János Dr. - Kocsisné Kópházi Andrea [2000]: Vezetéselméleti és módszertani alapok, *Nyugat-Magyarországi Egyetem*, Vezetés - Szervezési Intézet, Sopron

Hidasi Zsolt Dr. [2001]: Az egészségügyi finanszírozás forrásképzési rendszerének lehetséges alternatívái Magyarországon *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 39. évf. 4. sz. 336 - 345

Hidasi Zsolt Dr. [2002]: A magyar egészségügyi ellátórendszer strukturális és forrásallokációs ellentmondásai *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 40. évf. 2. sz. 181 - 192

Josef Dézsy Dr. Prof. [2001]: Mi az egészségünk értéke? *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 4. sz. 316 - 324

Josef Dézsy, Dr., Prof. [2002]: Az egészségügyi szolgáltatások termelése és a betegek szükséges közreműködése akadályainak okai *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 5. sz. 531 - 539

J. Tobin [1970]: On Limiting the Domain of Inequality", *Jorunal of Law and Economics*, 263-277

Juhász Lajos [2002]: Egyes adózási és támogatási feltételek változásának hatásai a mezőgazdasági vállalkozások fejlesztési lehetőségeire *PhD értekezés* Debrecen

Kaló Zoltán [1999]: Az életminőség mérésétől a költség-haszon elemzésig In: Klinikai kiválóság Budapest, *Springer Orvosi Kiadó* 220-242

Kapronczay Károly Dr. [2000]: Gondolatok a hazai kórházügy történetéhez *Kórház* 7. évfolyam 3. szám 24-27

Karner Tamásné [2001]: Magyarország lakosságának egészségi állapota az externáliák tükrében *Gazdaság & Társadalom* 1-4. szám 124-150

Karner Tamásné [2003]: Egészségpolitika *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 41. évf. 5. sz. 58-62

Karner Tamásné [2003]: Az egészségügyi igazgatás szerepe az egészségügyi gazdálkodásban, kiemelten az Erzsébet kórházban *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 41. évf. 6. sz. 55-64

Karner Tamásné [2004]: Az egészségügyi marketing szerepe *Marketing&Menedzsment* XXXVIII. évfolyam 1. szám 62-76

Kincses Gyula Dr. [1994]: Drága egészségünk *Praxis Server Kft.* Budapest

Kincses Gyula Dr. [1996]: Egészségpolitikai ábragyűjtemény *Praxis Server* Budapest

Kincses Gyula Dr. [1999]: Egészség (?) – gazdaság(?) *Praxis Server Kft* Budapest

Kincses Gyula Dr. [2000]: A keresleti oldal élénkítésének lehetőségei az egészségügyi magánszolgáltatások piacán: a magánfinanszírozás kérdései az egészségügyben *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 38. évf. 5. sz. 483-492

Kincses Gyula Dr. [2002]: A magyar egészségügy finanszírozási rendszere, *MEDINFO* Budapest

Kopányi Mihály [2002]: Mikroökonómia *Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó Kerszöv.* Budapest

Kornai János [1998]: Az egészségügy reformjáról *Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó* Budapest

Kövesi Ervin [1995]: A kórház nagyüzemi jellegével kapcsolatos meggondolások, *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 33. évf. 6. sz. 682-692

KSH [2002]: Demográfiai évkönyv

KSH [1997-2003]: Demográfiai évkönyvek

KSH [2001-2003]: Egészségügyi statisztikai évkönyvek

KSH [2001-2003]: Magyar statisztikai évkönyvek

KSH[2002]: Nonprofit szervezetek Magyarországon 2000

Kuti Éva [1992]: A harmadik szektor helye és szerepe a magyar társadalom és gazdaság szerkezetének átalakulásában. A nonprofit szektor Magyarországon (*Tanulmányok), Nonprofit Kutatócsoport* Budapest

Kuttner,R.:[1999]: The American Health Care System: Wall Street and Health Care. *New Eng.J.Med.* 340, 664-668

Lentner Csaba Dr. [2001]: Adózási pénzügytan *Nyugat-Magyarországi Egyetem*, Sopron

Lentner Csaba Dr. – Turján Sándor Dr. – Varga József Dr. [2001]: Költségvetési pénzügyek *Nebuló 2001 Kiadó* Budapest

Lentner Csaba Dr [2001]: Tudományos értékeink Magyarország Európai Uniós csatlakozásának nyitott kérdései – különös tekintettel a pénzügyi szektorra *NYME-KTK* Sopron

Losonczi Ágnes [1998]: Utak és korlátok az egészségügyben, Egészségügy és piacgazdaság, In: MTA Magyarország az ezredfordulón *Magyar Tudományos Akadémia* Budapest

Magyarország egészségügye és szociális rendszere [2004] *MEDINFO Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet* Budapest

Marc J. Roberts [1999]: Egészségügyi rendszer és fenntartható finanszírozás *Semmelweis Orvostudományi Egyetem FLAGSHIP program* Budapest

Matejka Zsuzsanna Dr. [1999]: Langyosított modellkísérlet *Egészségügyi Menedzsment*, 2, 4

Matejka Zsuzsanna Dr. [2001]: Az irányított betegellátás a szervező szemével *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 39. évf. 4. sz. 355-362

Matejka Zsuzsanna [2001]: A prevenció költséghatékonysága, A Misszió modell előadásanyaga.

Mihályi Péter [1998]: A magyar privatizáció krónikája 1989-1997 *Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó* Budapest

Mihályi Péter Dr. [1999a]: Alulfinanszírozott-e a magyar egészségügy? *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 35. évf. 6. szám 584

Mihályi Péter [1999b]: Egészségügyünk jövője *Magyar Tudományos Akadémia* 106. évf. 12. sz. 1457-1471

Mihályi Péter [2000]: Magyar egészségügy: diagnózis és terápia *Springer Orvosi Kiadó* Budapest

Mihályi Péter [2003]: Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába *Veszprémi Egyetemi Kiadó* Veszprém

Mihályi Péter Dr. – Dr. Pete Péter [2001]: A közösségi döntések problémái az egészségügyben *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 39. évf. 4. sz. 309 - 316

Mihályi Péter Dr. [2002]: Az egészségügyi és egészségbiztosítási piacok sajátos vonásai *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 40. évf. 5. sz. 509-524

Mihályi Péter Dr. [2002]: Az egészségügyi előtakarékossági számlák rendszere – nemzetközi tapasztalatok *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 40. évf. 5. sz. 525-530

Mikola István [1998]: A „köz" és a „magán" viszonya az egészségügyi ellátórendszerben, Egészségügy és piacgazdaság, In: MTA Magyarország az ezredfordulón *Magyar Tudományos Akadémia* Budapest 13-22

Mikola István [2002]: Lehetetlen négyévente mindent újra kezdeni *Világgazdaság Egészségügyi Konferenciája*: Vállalkozó egészségügy – egészségügyi vállalkozások

Molnár Angéla Dr [2002]: Az egészségügyi rendszerek finanszírozási és jogi aspektusai *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 40. évf. 5. sz. 553-565

Moldova György [2003]: A tékozló koldus 3. *Urbis Könyvkiadó* Budapest

Nagy Balázs, Dózsa Csaba [2002]: Az irányított betegellátási program tapasztalatai és a továbbfejlesztés lehetőségei *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 40. évf. 4. sz. 480 - 499

Nagy Balázs, Dózsa Csaba, dr. Boncz Imre [2004]: A fejkvótaszámítás továbfejlesztésének lehetőségei az irányított betegellátási rendszerben *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 42. évf. 2. sz. 15-24

Nagy Béla [2001]: Az irányított betegellátási modellkísérletben résztvevő háziorvosok szűrési tevékenysége *Egészségügyi Menedzsment*, 4, 6

Nagy Gábor [2003]: Amerikai egészségbiztosítás, Beteg rendszer *Heti Világgazdaság* okt. 11.

Nagy Júlia [1998]: Egészségügyi gazdaságtan *Praxis Server* Budapest

NagyJúlia [2001]: Az életminőség javítása – kórházi ellátás szerepe Magyarországon In: Egészségügy Magyarországon, Magyarország az ezredfordulón: Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián, Az életminőség tényezői Magyarországon *Magyar Tudományos Akadémia* Budapest

Németh György [2003]: A co-payment 1. rész *Egészségügyi gazdasági Szemle* 41. évf. 1-2. sz. 88-95

Németh György [2003]: A co-payment 2. rész *Egészségügyi gazdasági Szemle* 41. évf. 3. sz. 45-60

Németh György - Kornay János [1999] Az egészségügy reformjáról *Egészségügyi gazdasági szemle* 35. évf. 3. sz. 193 - 209

Népegészség és orvostársadalom [1998]: In. MTA Magyarország az ezredfordulón, *Akadémiai Kiadó* Budapest

Népegészségügyi Gyorsjelentés [2003]: az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium megbízásából a *Népegészségügyi Jelentés* projekt és a Nemzeti Népegészségügyi Program keretében

N. Gregory Mankiw [2002]: Makroökonómia *Osiris Kiadó* Budapest

OEP [1994-2001]: OEP statisztikai évkönyvek

Oroszi Beatrix Dr. [2000]: A prevenció gazdasági vonatkozásai; költséghatékonysági vizsgálatok *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 38. évf. 5. sz. 493-504

Orosz Éva [2002]: Nemzetközi példák adaptálásához is többletforrás szükséges *Egészségügyi Menedzsment,* 1.szám

Orosz Éva [2001]: Félúton vagy tévúton? Egészségünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. *Egészséges Magyarországért Egyesület* Budapest

Papp Éva [2001]: A fekvőbeteg-ellátás helyzete Magyarországon-mátrix struktúra. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 39. évf. 4. sz. 324-335

Papp Péter [2001]: „Az egészségügy kimagasló hatékonyságú ágazat, avagy miért kevés a pénz a kórházakban?” *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 39. évf. 3.sz. 254- 259

Paul A. Samuelson – William D. Nordhaus [2000]: Közgazdaságtan *Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó Kerszöv* Budapest

Pete Péter [2001]: A közösségi döntések problémái az egészségügyben *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 39. évf. 4. sz. 309-315

Polónyi István [2004]: Miért beteg…? *Élet és Irodalom* XIVIII. Évfolyam 30. szám

Scheffer RM [1991]: Az egészségügyi rendszer finanszírozása az Egyesült Államokban *Lege Artis Medicinae* 1/15. 1051-1053

Schmidt Péter [2004]: Gazdasági kérdések szerepe és a Johan Béla Népegészségi program *Gazdaság és Társadalom* 2. szám

Sinkó Eszter [2002]: Az irányított betegellátás és a hazai egészségügy kapcsolata *Egészségügyi Gazdasági Szemle,* 40. évf. 6. sz. 673-680

Statisztikai évkönyv 2002. OEP, Budapest, 2003

Stiglitz, J. [2000]: A kormányzati szektor gazdaságtana *Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó* Budapest

Social Insurance and allied services. Report by Sir William Beveridge [1942]: London *HMSO*

Szabadfalvi András Dr. [2002]: A magyar kórházak elmúlt negyven éve *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 40. évf. 4.sz. 382- 387

Szabóné Farkas Rita [2002]: Az érdekeltségi rendszerrel támogatott konszolidációs program bemutatása a Soproni Erzsébet Kórházban *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 40. évf. 4. sz. 403-411

Szende Ágota – Pallos Gergely [2000]: Nemzetközi módszertani irányelvek költséghatékonysági elemzések készítéséhez *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 38. évf. 5. sz. 469-482

Szende Ágota – Pallos Gergely [2001]: Módszertan költséghatékonysági elemzések készítéséhez Magyarországon *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 39. évf. 2. sz. 112-123

Szende Ágota – Dózsa Csaba – Janky Béla – Szívós Péter [2002]: A magyar egészségügy finanszírozásának tehermegoszlása *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 40. évf. 3. szám 273 – 291

Szikra Dorottya [2000]: Modernicázió és társadalombiztosítás a 20. század elején *Közgazdasági Szemle Alapítvány* Budapest

The reform of Health Care Systems [1994]: A Review of Seventeen OECD Countries; *Health Policy Studies* No.5. 1.kötet OECD.

Vállalkozó egészségügy – egészségügyi vállalkozások. Hosszútávú egészségpolitika vagy koncepcióváltás? *Egészségügyi Konferencia* [2002. október 31.]

Várhelyi Krisztina Dr. - dr. Nagy Júlia- dr. Mikola István- dr. Bognár Ilona- dr. Géher Pál [2000]: Az egészségügyi rendszer finanszírozásának forrásai, makro-összefüggései. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 38. évf. 3. sz. 249-271

Várhelyi Krisztina Dr., Dr. Bordás István, Dr. Nagy Júlia, Dr. Harsányi Imréné, Demes Istvánné [2000]: Az amortizációról *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 38. évf.1. szám 47-129

Világgazdaság Egészségügyi Konferenciája: Vállalkozó egészségügy – egészségügyi vállalkozások 2004. április 29. előadások

- Dr. Éger István (MOK elnöke): Magyar orvosok és az Európai Unió
- Dr. Kökény Mihály (ESZCSM miniszter) Lesz-e egységes egészségpolitika az európai unióban?
- Magyari László (Gazdasági és Közlekedési Minisztérium): Modell és tanulságok az EU-csatlakozás küszöbén

Vizi E. Szilveszter [1998a]: Népegészség, orvos, társadalom In: Magyarország az ezredfordulón. Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián V. Az életminőség tényezők Magyarországon *Magyar Tudományos Akadémia* Budapest

Vizi E. Szilveszter [1998b]: Egészségügy és piacgazdaság In: Magyarország az ezredfordulón. Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián V. Az életminőség tényezők Magyarországon *Magyar Tudományos Akadémia* Budapest

Vizi E. Szilveszter [2002]: Élethelyzet – életminőség, zsákutcák és kiutak In: Magyarország az ezredfordulón. Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián V. Az életminőség tényezők Magyarországon *Magyar Tudományos Akadémia* Budapest

White Paper of 1944. [2000] In: World Health Organization; The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Genf: *WHO*

WHO (World Health Organization) [2000]: World Health Report 2000, www.who.int/whr/2000/en/report.html

www.gyogyinfok.hu : Fekvőbeteg intézetek statisztikai adatai

www.medinfo.hu: Egészségbiztosítási Alap bevételeinek, kiadásainak értéke Ealapki_p.xls

www.oep.hu/bizttort.html: A magyar társadalombiztosítás története

www.who.org : Health for all Database / Europa

A témához kapcsolódó törvények, rendeletek

1949. évi XX. törvény az Alkotmányról

1990. évi LXV. törvény önkormányzatokról

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

1997. évi CLVI. törvény a közhasznú szervezetekről

1998. évi XCI.törvény a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak és a társadalombiztosítás szerveinek állami felügyeletéről

1998. évi LXVI. törvény az egészségügyi hozzájárulásról

2001. évi CVII. törvény az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásáról, valamint az orvosi tevékenység végzésének formáiról

43/1999. (III. 3.) Kormány rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól

50/2002. (III. 26.) Kormány rendelet az egészségügyi szakellátási kapacitásmódosítások szakmai feltételeiről, eljárási rendjének és az új szolgáltatók befogadásának szabályiról

6/1998. (III. 11.) NM rendelet az egészségügyi ellátásban használt szakmai kódrendszerek és finanszírozási paraméterek karbantartásának jogi szabályozásáról

21/1998.(VI. 3.) Népjóléti Minisztériumi rendelet az egészségügyi szolgáltatást nyújtó egyes intézmények szakmai minimumfeltételeiről

9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről – és annak módosításai

I. sz. melléklet

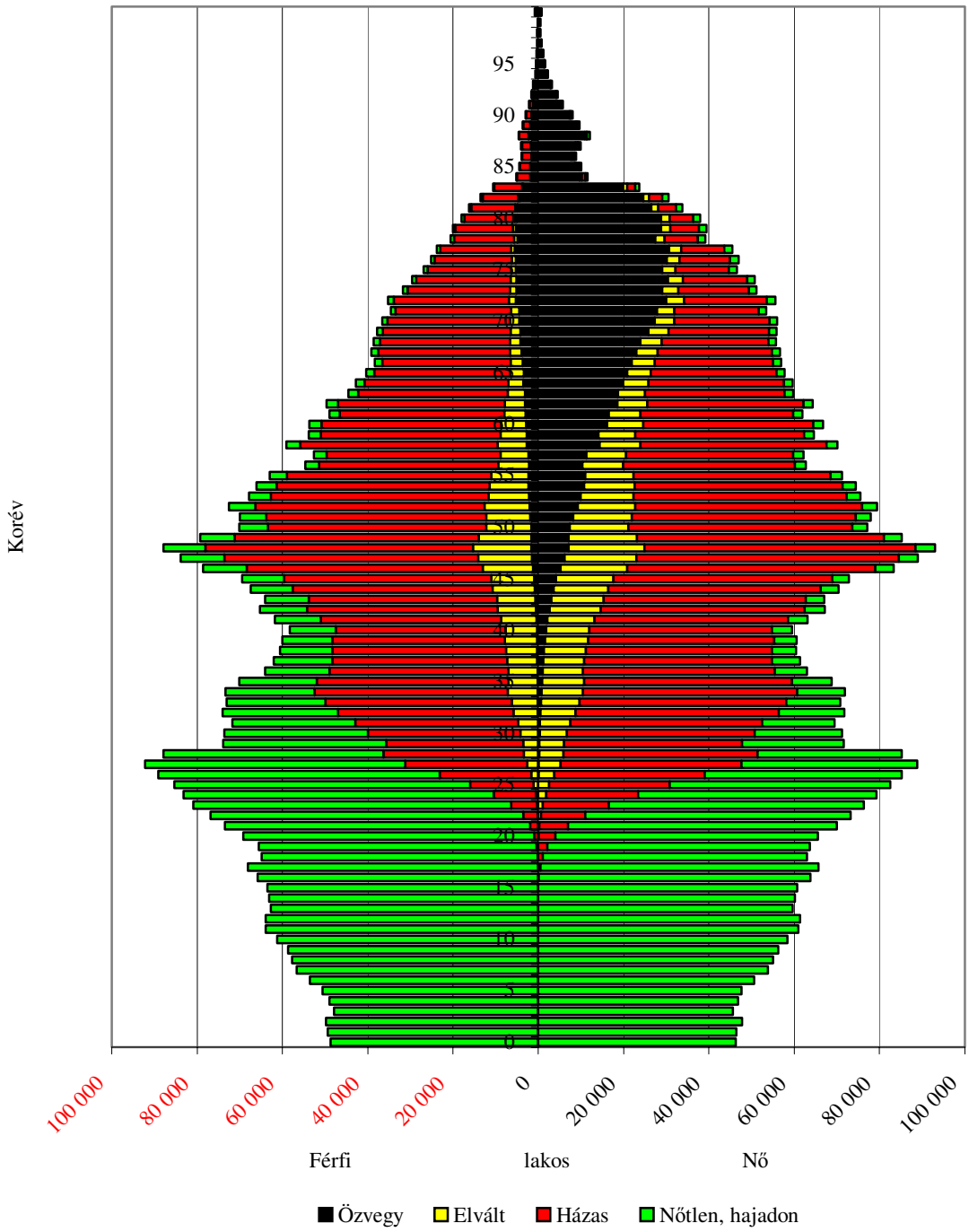
Élveszületés, halálozás, természetes szaporodás/fogyás 1950-2002.

Év	Népesség [ezer fő]			Élveszületés	Halálozás	Természetes szaporodás, fogyás
	férfi	nő	együtt	összesen		
1950	4 470 291	4 822 223	9 292 514	195 567	106 902	88 665
1960	4 804 043	5 157 001	9 961 044	146 461	101 525	44 936
1970	5 003 651	5 318 448	10 322 099	151 819	120 197	31 622
1980	5 188 709	5 520 754	10 709 463	148 673	145 355	3 318
1981	5 188 095	5 524 686	10 712 781	142 890	144 757	-1 867
1982	5 184 515	5 526 399	10 710 914	133 559	144 318	-10 759
1983	5 177 073	5 523 082	10 700 155	127 258	148 643	-21 385
1984	5 163 504	5 515 266	10 678 770	125 359	146 709	-21 350
1985	5 149 332	5 508 088	10 657 420	130 200	147 614	-17 414
1986	5 138 124	5 501 882	10 640 006	128 204	147 089	-18 885
1987	5 126 602	5 494 519	10 621 121	125 840	142 601	-16 761
1988	5 116 264	5 488 096	10 604 360	124 296	140 042	-15 746
1989	5 106 715	5 481 899	10 588 614	123 304	144 695	-21 391
1990	4 984 904	5 389 919	10 374 823	125 679	145 660	-19 981
1991	4 972 184	5 382 658	10 354 842	127 207	144 813	-17 606
1992	4 960 529	5 376 707	10 337 236	121 724	148 781	-27 057
1993	4 943 410	5 366 769	10 310 179	117 033	150 244	-33 211
1994	4 922 949	5 354 019	10 276 968	115 598	146 889	-31 291
1995	4 903 704	5 341 973	10 245 677	112 054	145 431	-33 377
1996	4 883 916	5 328 384	10 212 300	105 272	143 130	-37 858
1997	4 863 277	5 311 165	10 174 442	100 350	139 434	-39 084
1998	4 841 906	5 293 452	10 135 358	97 301	140 870	-43 569
1999	4 817 562	5 274 227	10 091 789	94 645	143 210	-48 565
2000	4 791 817	5 251 407	10 043 224	97 597	135 601	-38 004
2001	4 851 012	5 349 286	10 200 298	97 047	132 183	-35 136
2002	4 836 980	5 337 873	10 174 853	96 804	132 833	-36 029
2003	4 818 456	5 323 906	10 142 362	-	-	-

Forrás: KSH Demográfiai évkönyv 2002 CD melléklet

II. sz. melléklet

Népesség száma nem, életkor és családi állapot szerint 2003. január 1.



Forrás: KSH Demográfiai évkönyv (2002)

III. sz. melléklet

A születéskor várható átlagos élettartam éve az alábbi kiemelt országokban (csökkenő sorrendben 1999 évben)

Ország	**Év**
Svédország	79.6
Kanada	78.7
Norvégia	78.4
Olaszország	78.4
Franciaország	78.4
Spanyolország	78.3
Belgium	78.2
Görögország	78.1
Hollandia	78.0
Ausztria	77.9
Németország	77.6
Egyesült Királyság	77.5
Finnország	77.4
USA	76.8
Írország	76.4
Dánia	76.1
Portugália	75.5
Szlovénia	75.3
Csehország	74.7
Lengyelország	73.1
Szlovákia	73.1
Magyarország	**71.1**
Bulgária	70.8
Románia	69.8
Törökország	69.5
Oroszország	66.1
Világátlag	**66.7**

Forrás: KSH Demográfiai évkönyv 2002 CD melléklet

IV. sz. melléklet

A teljes egészségügyi kiadások nagysága PPS dollárban kifejezve (fő/év)

Ország	**1960**	**1970**	**1980**	**1985**	**1990**	**1992**	**1994**	**1996**	**1997**	**2000***
Ausztrália	94	207	663	998	1320	1460	1627	1874	1909	2300
Ausztria	64	159	663	814	1205	1427	1613	1773	1905	2300
Belgium	53	130	578	882	1247	1518	1656	1725	1768	2300
Kanada	109	262	716	1201	1695	1916	2006	2112	2175	2500
Csehország	-	-	-	-	575	530	805	918	943	1000
Dánia	67	216	832	1173	1424	1548	1765	1973	2042	2400
Finnország	54	163	510	849	1292	1386	1295	1486	1525	1700
Franciaország	72	206	701	1082	1539	1783	1869	2005	2047	2400
Németország	90	224	824	1242	1602	1829	1973	2288	2364	2800
Görögország	21	100	345	-	702	886	978	1113	1196	1400
Magyarország	**-**	**-**	**-**	**-**	**510**	**554**	**606**	**611**	**642**	**800**
Izland	50	137	577	949	1374	1503	1579	1918	1981	2600
Írország	35	98	455	592	759	1013	1156	1189	1293	2100
Olaszország	49	154	579	830	1321	1541	1562	1615	1613	2200
Japán	26	131	524	820	1082	1275	1463	1713	1760	2200
Korea	-	15	87	180	401	464	593	801	870	900
Luxemburg	-	147	605	892	1495	1745	1956	2147	2303	…
Mexikó	-	-	-	-	210	288	328	330	363	…
Hollandia	67	202	679	929	1326	1536	1653	1832	1933	2300
Új-Zéland	90	174	458	587	937	1089	1188	1267	1357	1600
Norvégia	46	131	632	915	1365	1680	1746	2010	2017	2400
Lengyelország	-	-	-	-	216	265	239	338	386	…
Portugália	-	43	260	381	614	807	941	1086	1148	1400
Spanyolország	14	82	325	454	815	975	1015	1122	1183	1600
Svédország	89	270	850	1172	1492	1497	1533	1701	1762	
Svájc	87	252	801	1250	1760	2136	2294	2548	2611	3200
Törökország	-	23	75	74	171	193	191	227	259	
UK	74	144	444	669	955	1151	1213	1358	1391	1800
USA	149	357	1086	1798	2794	3275	3636	3926	4095	4500

Forrás: Egészségügyi Gazdasági Szemle 2000. 38/3.

* OECD Health Data 2002, 4th ed. (100 – ra kerekített adatok)

V. sz. melléklet

A közfinanszírozás aránya az egészségügyi kiadásokból (adatok %-ban)

Ország	1960	1970	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	2000 *	2001 *
Ausztrália	47,6	56,7	62,9	71,5	67,3	66,9	67,0	67,0	66,8	67,1	66,5	66,7	68,9	…
Ausztria	69,4	63,0	68,8	76,1	73,5	73,4	73,5	74,2	74,4	73,9	73,5	73,0	69,7	…
Belgium	61,6	87,0	83,4	81,8	88,9	88,1	88,9	88,9	87,9	87,8	87,7	87,6	72,1	71,7
Kanada	42,7	70,2	75,6	75,6	74,6	74,6	74,2	72,8	72,1	71,1	70,3	69,8	70,9	70,8
Csehország	-	96,6	96,8	92,2	96,2	96,7	95,4	94,8	93,9	92,7	92,5	91,7	91,4	91,4
Dánia	88,7	86,3	86,5	85,9	83,7	84,6	84,6	84,2	83,8	83,7	83,8	83,8	82,5	82,4
Finnország	54,1	73,8	79,0	78,6	80,9	81,1	79,6	76,1	75,5	75,5	75,9	76,0	75,1	75,6
Franciaország	57,8	74,7	78,8	76,9	74,5	74,5	74,8	74,4	74,0	74,3	74,4	74,2	75,8	76,0
Németország	66,1	72,8	78,7	77,4	76,2	78,1	78,4	77,5	77,5	78,1	78,3	77,1	75,0	74,9
Görögország	48,8	42,6	55,6	-	62,7	61,1	58,7	58,2	58,8	58,7	58,7	57,7	56,1	56,0
Magyarország	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	***91,9***	***71,1***	***71,7***	***69,8***	***69,3***	***69,1***	***75,5***	***75,1***
Izland	76,7	81,7	83,2	87,0	86,6	86,9	85,1	83,7	84,0	84,1	83,6	83,8	83,7	82,9
Írország	76,0	81,7	81,6	75,7	72,9	74,4	73,0	74,1	73,1	74,2	74,5	76,7	73,3	76,0
Olaszország	83,1	86,9	80,5	77,2	78,1	78,4	76,3	73,1	70,6	69,3	69,8	69,9	73,4	75,3
Japán	60,4	69,8	71,3	70,7	77,6	78,3	78,1	79,2	78,6	78,5	79,5	79,9	78,3	…
Korea	-	8,2	26,5	34,7	40,3	38,5	33,8	39,1	39,6	42,1	44,9	45,5	44,4	…
Luxemburg	-	88,9	92,8	89,2	93,1	93,0	92,8	92,9	91,8	92,4	92,6	91,8	87,8	…
Mexikó	-	-	-	-	58,8	57,9	58,0	58,0	58,0	57,2	59,4	60,0	47,9	45,9
Hollandia	83,3	84,3	74,4	75,1	72,7	74,1	77,4	78,3	77,5	76,9	71,5	72,6	63,4	63,3
Új-Zéland	80,6	80,3	83,0	-	82,4	82,2	79,0	76,6	77,5	77,2	76,7	77,3	78,0	76,7
Norvégia	77,8	91,6	85,1	85,8	83,3	83,5	85,1	83,3	83,2	83,3	82,5	82,2	85,0	85,5
Lengyelország	-	-	-	-	-	97,4	95,6	95,7	-	-	-	90,4	70,0	71,9
Portugália	-	59,0	64,3	54,6	65,5	62,8	59,6	63,0	63,4	60,5	59,8	60,0	68,5	69,0
Spanyolország	58,7	65,4	79,9	81,1	78,7	78,9	78,9	79,7	78,8	78,3	78,5	76,1	71,7	71,4
Svédország	72,6	86,0	92,5	90,4	89,9	88,2	87,2	85,7	84,6	83,4	83,0	83,3	85,0	85,2
Svájc	61,3	63,9	67,5	66,1	68,4	68,6	70,1	71,8	72,1	72,3	70,0	69,9	55,6	….
Törökország	-	37,3	27,3	50,2	61,0	62,9	67,0	66,4	68,9	70,8	71,2	72,8	…	…
UK	85,2	87,0	89,4	85,8	84,1	83,7	84,5	84,8	84,1	84,4	84,5	84,6	80,9	82,2
USA	24,8	37,8	42,4	40,6	40,5	41,5	42,2	42,9	44,6	45,8	46,2	46,4	44,2	44,4

Forrás: Egészségügyi Gazdasági Szemle 2000. 38/3.

* Forrás: www.medinfo.hu

VI. sz. melléklet

Az egészségügyi kiadások aránya a GDP-ből (%)

Ország	**1960**	**1970**	**1980**	**1985**	**1990**	**1991**	**1992**	**1993**	**1994**	**1995**	**1996**	**1997**	**1999 ***	**2001 ****
Ausztrália	4,9	5,7	7,3	7,7	8,2	8,5	8,6	8,4	8,5	8,4	8,6	8,4	…	8,9
Ausztria	4,3	5,3	7,7	6,7	7,2	7,2	7,6	8,1	8,1	8,0	8,0	8,3	8,1	7,7
Belgium	3,4	4,1	6,5	7,3	7,5	7,9	8,0	8,1	8,0	7,9	7,8	7,6	8,7	9,0
Canada	5,4	7,0	7,2	8,3	9,2	9,9	10,2	10,1	9,8	9,4	9,3	9,2	…	9,7
Csehország	-	-	3,8	4,5	5,4	5,3	5,4	7,3	7,5	7,5	7,2	7,2	7,2	7,3
Dánia	3,6	5,9	9,3	8,7	8,3	8,2	8,2	8,5	8,3	8,1	8,1	8,0	8,5	8,6
Finnország	3,9	5,7	6,5	7,3	8,0	9,1	9,3	8,5	7,9	7,7	7,8	7,4	6,9	7,0
Franciaország	4,2	5,8	7,6	8,5	8,9	9,1	9,4	9,8	9,7	9,8	9,8	9,6	9,4	9,5
Németország	4,8	6,3	8,8	9,3	8,7	9,4	9,9	9,9	10,0	10,4	10,8	10,7	10,3	10,7
Görögország	3,1	5,7	6,6	-	7,6	7,9	8,3	8,3	8,3	8,4	8,4	8,6	8,7	9,4
Magyarország	**-**	**-**	**-**	**-**	**6,1**	**6,6**	**7,2**	**6,8**	**7,3**	**7,0**	**6,6**	**6,5**	**6,8**	**6,8**
Izland	3,3	5,0	6,2	7,3	7,9	8,1	8,2	8,3	8,1	8,2	8,2	7,9	…	9,2
Írország	3,8	5,3	8,7	7,9	6,7	7,0	7,5	7,4	7,3	7,0	6,4	6,3	6,8	6,5
Olaszország	3,6	5,2	7,0	7,1	8,1	8,4	8,5	8,6	8,4	7,7	7,8	7,6	7,8	8,4
Japán	3,0	4,6	6,5	6,7	6,1	6,1	6,3	6,6	6,9	7,2	7,1	7,2	…	7,6
Korea	-	2,3	3,7	4,3	5,2	5,0	4,9	5,5	5,4	5,4	5,9	6,0	…	5,9
Luxemburg	-	3,7	6,2	6,1	6,6	6,5	6,6	6,7	6,5	6,7	6,8	7,0	6,0	5,6
Mexikó	-	-	-	-	3,6	4,2	4,4	4,5	4,7	4,9	4,6	4,7	…	6,6
Hollandia	3,8	5,9	7,9	7,9	8,3	8,6	8,8	9,0	8,8	8,8	8,7	8,5	…	8,9
Új-Zéland	4,3	5,2	6,0	5,3	7,0	7,5	7,6	7,2	7,3	7,3	7,3	7,6	…	8,2
Norvégia	2,9	4,5	7,0	6,7	7,8	8,1	8,2	8,1	8,0	8,0	7,8	7,5	…	8,3
Lengyelország	-	-	-	-	4,4	5,1	5,3	4,9	4,4	4,5	4,9	5,2	6,2	6,3
Portugália	-	2,8	5,8	6,3	6,4	7,0	7,2	7,5	7,5	7,8	7,9	7,9	8,4	9,2
Spanyolország	1,5	3,7	5,6	5,7	6,9	7,0	7,4	7,6	7,4	7,3	7,4	7,4	7,7	7,5
Svédország	4,7	7,1	9,4	9,0	8,8	8,7	8,8	8,9	8,7	8,5	8,6	8,6	7,9	8,7
Svájc	3,1	4,9	6,9	7,7	8,3	8,9	9,3	9,4	9,5	9,6	10,1	10,0	10,7	10,9
Törökország	-	2,4	3,3	2,2	3,6	3,8	3,8	3,7	3,6	3,3	3,8	4,0	…	…
UK	3,9	4,5	5,6	5,9	6,0	6,5	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9	6,8	7,1	7,6
USA	5,2	7,3	9,1	10,6	12,6	13,4	13,9	14,2	14,1	14,1	14,1	13,9	…	13,9

* Forrás: Egészségügyi Statisztikai Évkönyv [2002] Központi Statisztikai Hivatal

** Forrás: www.oecd.com

Forrás: Egészségügyi Gazdasági Szemle 2000. 38/3

VI/a. sz. melléklet

A Közép- Kelet- Európai államok esetében az egészségügyi kiadások aránya a GDP-ből, a közfinanszírozás aránya az egészségügyi kiadásokból, az egy főre jutó egészségügyi kiadások vásárlóerő-paritáson számított USA dollárban és a kórházi ágyak száma százezer lakosra 1999 évben

Ország	Az egészségügyi kiadások aránya a GDP-ből (%)	Közfinanszírozás aránya az egészségügyi kiadásokból (%)	Egy főre jutó egészségügyi kiadások vásárlóerő-paritáson számított USA-dollárban **	Kórházi ágyak száma százezer lakosra **
Ausztria	8,1	69,1	2070	877
Bulgária	4,0*	…	272	749
Csehország	7,2	90,3	972	847
Lengyelország	6,2	74,2	558	581
Magyarország	6,8	77,9	771	822
Oroszország	…	…	378	1085
Románia	4,2*	…	424	731
Szlovákia	6,8*	…	664	810
Szlovénia	…		1299	555

Forrás: Egészségügyi Statisztikai Évkönyv [2002] Központi Statisztikai Hivatal

***** Forrás: World Bank Development Report 2000, World Development Indicators 2000, World Bank, Washington DC.

**

KSH. Megújuló Európa. 2001.http://www.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/h1999/h305/h30501.html

VII. sz. melléklet

Egészségbiztosítási Alap bevételeinek nominál értéke (milliárd forint)

											előirányzat	előirányzat
Megnevezés	**1993**	**1994**	**1995**	**1996**	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**
1. Egészségbiztosítási ellátások fedezetéül szolgáló bevételek	306,9	383,0	427,2	482,7	500,9	557,9	624,7	727,2	882,0	1 023,0	989,8	1 114,8
1.1. Járulékbevételek, hozzájárulások	255,7	299,1	344,7	377,9	480,3	549,6	591,2	653,7	762,4	883,7	933,7	1 052,4
1.1.1. Munkáltatói egészségbiztosítási járulék	200,8	239,7	286,6	314,1	328,5	376,1	343,1	371,6	439,5	518,0	585,8	635,3
1.1.2. Biztosított által fizetett egészségbiztosítási járulék	44,4	48,2	46,9	50,6	62,5	62,7	76,4	81,3	105,6	128,6	142,0	207,2
1.1.3. Egyéb járulékok és hozzájárulások	0,0	0,0	1,8	5,1	8,9	10,5	13,8	16,4	18,7	23,0	26,3	28,2
1.1.4. Egészségügyi hozzájárulás	0,0	0,0	0,0	0,0	72,0	92,6	156,8	181,4	194,7	209,9	175,5	176,9
1.1.5. Késedelmi pótlék, bírság	10,5	11,2	9,4	8,1	8,5	7,7	1,2	3,0	3,9	4,3	4,1	4,8
1.2. Központi költségvetési hozzájárulások	49,3	81,5	80,1	101,2	16,3	4,9	30,3	70,9	103,9	135,9	50,3	57,6
1.3. Egészségbiztosítási tevékenységgel kapcsolatos egyéb bevételek*	1,9	2,4	2,3	3,6	4,4	3,3	3,2	2,6	15,7	3,5	5,7	4,8
* terhességmegszakítás egyéni térítési díja, baleseti kártérítési megtérítések, kórházi adósságrendezésre átadott pénzeszközök visszatérülése, stb.												

Forrás: www.medinfo.hu: Egészségbiztosítási Alap bevételeinek, kiadásainak értéke Ealapki_p.xls

VIII. sz. melléklet

Egészségbiztosítási Alap bevételeinek reál értéke (milliárd forint) l993-as árakon

											előirányzat	előirányzat
Megnevezés	**1993**	**1994**	**1995**	**1996**	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**
1. Egészségbiztosítási ellátások fedezetéül szolgáló bevételek	306,9	312,7	293,5	258,7	217,2	204,5	200,3	212,0	234,2	248,8	228,6	245,9
1.1. Járulékbevételek, hozzájárulások	255,7	244,2	236,9	202,5	208,3	201,5	189,6	190,6	202,4	214,9	215,6	232,1
1.1.1. Munkáltatói egészségbiztosítási járulék	200,8	195,7	196,9	168,3	142,4	137,9	110,0	108,4	116,7	126,0	135,3	140,1
1.1.2. Biztosított által fizetett egészségbiztosítási járulék	44,4	39,3	32,2	27,1	27,1	23,0	24,5	23,7	28,0	31,3	32,8	45,7
1.1.3. Egyéb járulékok és hozzájárulások	0,0	0,0	1,3	2,7	3,9	3,8	4,4	4,8	5,0	5,6	6,1	6,2
1.1.4. Egészségügyi hozzájárulás	0,0	0,0	0,0	0,0	31,2	33,9	50,3	52,9	51,7	51,0	40,5	39,0
1.1.5. Késedelmi pótlék, bírság	10,5	9,1	6,5	4,4	3,7	2,8	0,4	0,9	1,0	1,0	0,9	1,1
1.2. Központi költségvetési hozzájárulások	49,3	66,6	55,1	54,3	7,1	1,8	9,7	20,7	27,6	33,0	11,6	12,7
1.3. Egészségbiztosítási tevékenységgel kapcsolatos egyéb bevételek*	1,9	2,0	1,6	1,9	1,9	1,2	1,0	0,8	4,2	0,8	1,3	1,1
* terhességmegszakítás egyéni térítési díja, baleseti kártérítési megtérítések, kórházi adósságrendezésre átadott pénzeszközök visszatérülése, stb.												

Forrás: www.medinfo.hu: Egészségbiztosítási Alap bevételeinek, kiadásainak értéke Ealapki_p.xls

IX. sz. melléklet

Egészségbiztosítási Alap kiadásainak nominál értéke (milliárd forint)

Megnevezés	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003 előirányzat	2004 előirányzat
1. Egészségbiztosítási Alap kiadásai	300,8	383,7	428,5	490,1	566,7	632,9	701,2	797,7	915,0	1 125,2	1 311,8	1 393,6
1.1. Egészségbiztosítási ellátások kiadásai	293,8	369,6	415,9	471,8	545,9	610,8	680,8	779,0	896,3	1 102,7	1 288,8	1 372,8
1.1.1. Nyugellátások*****	43,9	56,4	66,7	77,7	96,2	97,7	113,0	128,7	158,0	194,3	211,0	238,6
1.1.2. Egészségbiztosítás pénzbeli ellátásai*	62,0	70,3	71,9	66,4	58,2	53,0	61,7	92,1	112,8	141,5	153,8	184,1
1.1.3. Természetbeni ellátások	186,9	241,4	275,9	326,2	390,1	458,5	504,2	556,3	623,4	764,3	921,0	946,5
1.1.3.1. Természetbeni gyógyító-megelőző ellátások	131,6	169,4	191,0	224,8	268,0	299,1	338,9	376,1	410,3	502,9	620,1	657,1
1.1.3.1.1. Háziorvosi, háziorvosi ügyeleti ellátás	14,8	19,4	20,3	24,9	28,8	32,8	35,4	36,6	41,1	45,5	58,4	59,6
1.1.3.1.2. Védőnő, anya-, gyermek- és ifjúság védelem	3,0	4,2	4,4	5,3	5,9	6,7	7,8	8,3	9,2	10,0	13,8	14,1
1.1.3.1.3. Fogászati ellátás	3,9	5,5	5,2	5,6	7,3	8,4	9,7	10,4	12,1	16,2	20,5	21,1
1.1.3.1.4. Gondozóintézeti gondozás:	2,1	3,4	3,6	4,3	5,3	6,0	7,3	8,2	9,5	8,6	10,3	10,5
1.1.3.1.5. Betegszállítás és orvosi rendelvényű halottszállítás	3,8	4,9	5,7	7,0	8,5	2,9	3,5	3,7	4,2	4,8	6,0	23,6
1.1.3.1.6. Járóbeteg szakellátás	15,7	24,8	29,7	31,3	36,7	42,0	46,6	51,6	61,3	72,9	95,4	102,4
1.1.3.1.7. CT, MRI	0,0	0,0	0,0	4,7	5,4	6,2	6,5	7,1	7,8	8,5	10,7	10,5
1.1.3.1.8. Művesekezelés	2,3	2,6	3,8	5,4	6,8	7,5	8,7	10,1	11,6	13,1	15,9	16,1
1.1.3.1.9. Házi szakápolás	0,0	0,2	0,0	0,0	0,5	1,0	1,1	1,3	1,5	1,6	2,3	3,1
1.1.3.1.10. Fekvőbeteg szakellátás	71,3	97,1	112,6	133,6	157,0	184,7	211,5	222,8	249,9	294,6	370,9	379,1

1.1.3.1.10.1. Aktív fekvőbeteg szakellátás	58,6	83,8	97,6	116,1	135,3	159,5	182,5	191,1	214,9	254,7	321,4	327,5
1.1.3.1.10.2. Speciális finanszírozású feladat	4,3	2,6	3,5	3,8	5,5	5,8	7,1	7,8	8,3	10,4	11,1	13,5
1.1.3.1.10.3. Krónikus fekvőbeteg ellátás	8,3	10,7	11,5	13,8	16,1	18,8	21,1	22,9	25,8	28,4	37,0	39,6
1.1.3.1.10.4. Egyéb	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,7	0,8	0,8	0,9	1,1	1,1
1.1.3.1.10.5. Extrafinanszírozás	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3	0,3
1.1.3.1.11. Működési költségelőleg	6,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4
1.1.3.1.12. Célelőirányzatok	4,4	2,0	2,0	1,1	2,7	0,5	0,7	15,5	1,8	26,7	15,4	16,5
1.1.3.1.12.1. Megelőzés	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1.1.3.1.12.2. Irányított betegellátás kiadásai	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,4	0,4	0,6	1,4
1.1.3.1.12.3. Influenza elleni védőoltás	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1.1.3.2. Természetbeni egyéb ellátások*	55,3	72,0	84,8	101,4	122,0	159,4	165,3	180,2	213,1	261,5	298,3	289,5
1.1.4. Egészségbiztosítás egyéb kiadásai**	1,1	1,4	1,5	1,4	1,4	1,5	2,0	1,9	2,2	2,6	3,0	3,6
1.2. E.biztosítási költségvetési szervek és központi kezelésű előirányzatok***	7,0	14,1	12,6	18,3	20,7	21,7	19,2	17,4	18,1	22,0	22,8	20,8
* Terhességi, gyermekágyi segély, táppénz, baleseti járadék, GYED, stb.												
** Gyógyfürdő-szolgáltatás, anyatej, gyógyszertámogatás, gyógyászati segédeszközök támotatás, stb.												
*** kifizetőhelyeket megillető költségtérítés, postaköltség és egyéb kiadások												
**** központi hivatali szerv és intézényei, igazgatási szervek, Egészségbiztosítási Önkormányzat, APEH-et megillető összeg, stb.												
***** 95 %-ban rokkantsági és baleseti rokkantsági nyugdíj												

Forrás: www.medinfo.hu: Egészségbiztosítási Alap bevételeinek, kiadásainak értéke Ealapki_p.xls

X. sz. melléklet

Egészségbiztosítási Alap kiadásainak reál értéke (milliárd forint) a1993. árakon

Megnevezés	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003 előirányzat	2004 előirányzat
1. Egészségbiztosítási Alap kiadásai	300,8	313,2	294,4	262,7	245,8	232,0	224,9	232,6	243,0	273,6	302,9	307,4
1.1. Egészségbiztosítási ellátások kiadásai	293,8	301,7	285,8	252,9	236,7	223,9	218,3	227,1	238,0	268,1	297,6	302,8
1.1.1. Nyugellátások	43,9	46,1	45,8	41,6	41,7	35,8	36,2	37,5	41,9	47,2	48,7	52,6
1.1.2. Egészségbiztosítás pénzbeli ellátásai*	62,0	57,4	49,4	35,6	25,3	19,4	19,8	26,8	30,0	34,4	35,5	40,6
1.1.3. Természetbeni ellátások	186,9	197,1	189,6	174,9	169,2	168,1	161,7	162,2	165,5	185,9	212,7	208,8
1.1.3.1. Természetbeni gyógyító-megelőző ellátások	131,6	138,3	131,3	120,5	116,2	109,6	108,7	109,6	108,9	122,3	143,2	144,9
1.1.3.1.1. Háziorvosi, háziorvosi ügyeleti ellátás	14,8	15,9	14,0	13,4	12,5	12,0	11,3	10,7	10,9	11,1	13,5	13,1
1.1.3.1.2. Védőnő, anya-, gyermek- és ifjúság védelem	3,0	3,4	3,0	2,9	2,6	2,5	2,5	2,4	2,5	2,4	3,2	3,1
1.1.3.1.3. Fogászati ellátás	3,9	4,5	3,6	3,0	3,2	3,1	3,1	3,0	3,2	3,9	4,7	4,7
1.1.3.1.4. Gondozóintézeti gondozás:	2,1	2,8	2,5	2,3	2,3	2,2	2,3	2,4	2,5	2,1	2,4	2,3
1.1.3.1.5. Betegszállítás és orvosi rendelvényű halottszállítás	3,8	4,0	3,9	3,7	3,7	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,4	5,2
1.1.3.1.6. Járóbeteg szakellátás	15,7	20,3	20,4	16,8	15,9	15,4	14,9	15,0	16,3	17,7	22,0	22,6
1.1.3.1.7. CT, MRI	0,0	0,0	0,0	2,5	2,3	2,3	2,1	2,1	2,1	2,1	2,5	2,3
1.1.3.1.8. Művesekezelés	2,3	2,1	2,6	2,9	2,9	2,7	2,8	3,0	3,1	3,2	3,7	3,6
1.1.3.1.9. Házi szakápolás	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,7

1.1.3.1.10. Fekvőbeteg szakellátás	71,3	79,3	77,4	71,6	68,1	67,7	67,8	65,0	66,4	71,6	85,7	83,6
1.1.3.1.10.1. Aktív fekvőbeteg szakellátás	58,6	68,4	67,1	62,2	58,7	58,5	58,5	55,7	57,1	61,9	74,2	72,2
1.1.3.1.10.2. Speciális finanszírozású feladat	4,3	2,1	2,4	2,0	2,4	2,1	2,3	2,3	2,2	2,5	2,6	3,0
1.1.3.1.10.3. Krónikus fekvőbeteg ellátás	8,3	8,7	7,9	7,4	7,0	6,9	6,8	6,7	6,8	6,9	8,6	8,7
1.1.3.1.10.4. Egyéb	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
1.1.3.1.10.5. Extrafinanszírozás	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
1.1.3.1.11. Működési költségelőleg	6,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
1.1.3.1.12. Célelőirányzatok	4,4	1,7	1,4	0,6	1,2	0,2	0,2	4,5	0,5	6,5	3,6	3,6
1.1.3.1.12.1. Megelőzés	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0
1.1.3.1.12.2. Irányított betegellátás kiadásai	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3
1.1.3.1.12.3. Influenza elleni védőoltás	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1.1.3.2. Természetbeni egyéb ellátások**	55,3	58,8	58,3	54,3	52,9	58,4	53,0	52,5	56,6	63,6	68,9	63,8
1.1.4. Egészségbiztosítás egyéb kiadásai***	1,1	1,1	1,0	0,8	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,8
1.2. E.biztosítási költségvetési szervek és központi kezelésű előirányzatok****	7,0	11,5	8,6	9,8	9,0	8,0	6,1	5,1	4,8	5,3	5,3	4,6

* Terhességi, gyermekágyi segély, táppénz, baleseti járadék, GYED, stb.

** Gyógyfürdő-szolgáltatás, anyatej, gyógyszertámogatás, gyógyászati segédeszközök támotatás, stb.

*** kifizetőhelyeket megillető költségtérítés, postaköltség és egyéb kiadások

**** központi hivatali szerv és intézényei, igazgatási szervek, Egészségbiztosítási Önkormányzat, APEH-et megillető összeg, stb.

***** 95 %-ban rokkantsági és baleseti rokkantsági nyugdíj

Forrás: www.medinfo.hu: Egészségbiztosítási Alap bevételeinek, kiadásainak értéke Ealapki_p.xls

XI. sz. melléklet

A DRG (HBCS) elv nemzetközi alkalmazásának néhány példája

Rövidítés	**Név**	**Ország**
HCFA-DRG	Health Care Financing Administration	USA, Portugália
RDRG	Refined Diagnosis Related Groups	USA
AP-DRG	All Patient Diagnosis Related Groups	USA
APR-DRG	All Patient Refined Diagnosis Related Groups	USA
SR-DRG	Severity- Refined Diagnosis Related Groups	USA
IAP-DRG	International All Patient Diagnosis Related Groups	USA
AR-DRG	Australian Refined Diagnosis Related Groups	Ausztrália
NordDRG	Nordic Diagnosis Related Groups	Skandinávia
GHM	Groupes homogénes de malades	Franciaország
LDF	Leistungsbezogene Diagnosen-Fallgruppen	Ausztria
HRG	Health Related Groups	Egyesült Királyság
GR-DRG	German Refined Diagnosis Related Groups	Németország
DBC	Diagnose Behandeling Cimbinatie	Hollandia
HBCS	Homogén Betegségcsoportok	Magyarország

Forrás: Boncz Imre (2003)

XII. sz. melléklet

Költségmegoszlás egy HBCS súlyszámra számított átlagköltségekkel

Gyógyítás-ellátás költségei	*%*
Diagnosztikai és terápiás beavatkozások	
1.1. Közvetlen gyógyszerköltség	11,43
Diagnosztikai és terápiás szolgáltatások.	
1.2.1. Kórszövettani vizsgálatok	0,38
1.2.2. Röntgen, ultrahang, és egyéb képalkotó eljárások	2,24
1.2.3. Tápcsatorna endoscopia	0,13
1.2.4. Laboratóriumi vizsgálatok	3,03
1.2.5. Műtétek	14,22
1.2.6. Implantátumok	0,03
1.2.7. Fizikoterápia	1,00
1.2.8. Sugárterápia	0,06
1.2.9. EEG	0,03
1.2.10. EKG	0,20
1.2.11. Egyéb vizsgálatok	1,51
1.2.12. Pszichiátriai tevékenységek	0,40
1.2.13. Egyéb terápiák	2,33
1.2.14. Szakmai anyagok	0,85
1.2. Diagnosztikai és terápiás szolgáltatások összesen	26,41
1.3. Általános osztályos orvosi tevékenységek	10,37
1. Diagnosztika és terápia szűkített önköltsége (1.1.+1.2.+1.3.)	48,21
Ápolási költségek	
2.1. Nővéri bér + járulékai	9,73
2.2. Szakmai anyagok	4,29
2.3. Kis értékű tárgyi eszközök	0,13
2. Ápolási költségek összesen	14,15
Egyéb osztályos költségek	
3.1. Gyógyszertár	0,00
3.2. Egyéb személyi juttatás	0,73
3.3. Egyéb költségek	1,86
3. Egyéb osztályos költségek összesen	2,59
4. Ápolás-gyógyítás szűkített önköltsége (1.+2.+3.)	64,95
Hotelszolgáltatási ellátás	
5.1. Kisegítő személyzet	4,03
5.2. Nem orvos-szakmai anyagok	1,43
Segédüzemi szolgáltatás	
5.3.1. TMK	1,28
5.3.2. Energia, gáz, víz, fűtés, csatorna	2,71
5.3.3. Mosoda, varroda	1,59
5.3.4. Központi sterilizáló	0,67
5.3.5. Betegségelemzés	11,20
5.3.6. Egyéb segédüzemi szolgáltatás	4,14
5.3. Segédüzemi szolgáltatás összesen	21,59
5. Hotelszolgáltatás költségei összesen	27,05
6. Gyógyítás-ellátás szűkített önköltsége (4.+5.)	91,99
7. Központi irányítás és igazgatás költségei	8,01
8. Gyógyítás-ellátás teljes önköltsége (6.+7.)	100,00

Forrás: Bordás István (1999) (A 6/1998. (III. 11.) NM rendelet az egészségügyi ellátásban használt szakmai kódrendszerek és finanszírozási paraméterek karbantartásának jogi szabályozásáról 7. számú melléklete alapján)

XIII. sz. táblázat

Az aktív fekvőbeteg-szakellátás finanszírozásának változása (1993-2004)

Év	**Megnevezés**		
1993.	Intézményi saját súlyszám alapdíj		
1994.	(átlagos súlyszám alapdíj: 31 000 forint)		
1995.			
1996.	Szorzószámos rendszer		
1997.			
	Tényleges súlyszám alapdíj (forint)	Hivatalos halmozott éves fogyasztói árindex az év első napján(%)	Inflációt követő súlyszám alapdíj (forint)
1998.	Egységes súlyszám alapdíjra történő áttérés		
1998. július – 1999. január	56 250	272,8	84 568
1999. február – július	68 500	311,8	96 658
1999. augusztus december	75 500	311,8	96 658
2000. január – december	75 500	343,0	106 330
2001 január – június	81 000	376,6	116 746
2001. július – szeptember	90 000	376,6	116 746
2001. október – 2002. január	95 000	376,6	116 746
2002. február – 2002. december	100 000	411,3	127 503
2003. január – 2004. január	100 000	433,0	134 230
2004. február -	126 000*	…	…

Forrás: (Fülöp 2003) * (Dózsa 2004)

XIV. sz. melléklet

25 kórház rangkorrelációs együtthatójának (Konkordanciamutató) munkatáblája

Megnevezés	Ágy-szám	rang-szám		HBCS súlyszám	rang-szám		Létszám (fő)	rang-szám	C_i	$(C_i - C)^2$
1 Kórház	860	1	1 Kórház	25775,13	1	1 Kórház	1236,29	1	3	1296
2 Kórház	691	2	5 Kórház	22555,05	5	7 Kórház	876,62	5	7	1024
3 Kórház	649	3	3 Kórház	20140,43	3	5 Kórház	857,62	6	24	225
4 Kórház	619	4	4 Kórház	19742,78	4	4 Kórház	824,4	4	12	729
5 Kórház	582	5	2 Kórház	19386,04	2	2 Kórház	817,01	3	16	529
6 Kórház	572	6	6 Kórház	19347,58	6	3 Kórház	793,04	18	28	121
7 Kórház	570	7	8 Kórház	17955,69	9	8 Kórház	788,89	2	22	289
8 Kórház	565	8	11 Kórház	17799,69	7	9 Kórház	752,96	7	19	400
9 Kórház	558	9	7 Kórház	17207,98	10	13 Kórház	751,29	8	29	100
10 Kórház	553	10	9 Kórház	17062,21	13	16 Kórház	746,08	11	36	9
11 Kórház	514	11	13 Kórház	16795,97	8	10 Kórház	725,48	15	38	1
12 Kórház	502	12	14 Kórház	16390,41	14	12 Kórház	716,53	12	36	9
13 Kórház	463	13	10 Kórház	15018,13	11	17 Kórház	708,02	9	29	100
14 Kórház	461	14	12 Kórház	13994,41	12	14 Kórház	674,99	14	42	9
15 Kórház	434	15	17 Kórház	13815,33	22	11 Kórház	660,3	20	53	196
16 Kórház	432	16	16 Kórház	13433,62	16	18 Kórház	545,58	10	43	16
17 Kórház	422	17	20 Kórház	13134,11	15	20 Kórház	543,89	13	48	81
18 Kórház	376	18	18 Kórház	12022,86	18	6 Kórház	543,24	16	46	49
19 Kórház	375	19	21 Kórház	10889,04	20	22 Kórház	538,69	21	60	441
20 Kórház	370	20	19 Kórház	10753,67	17	15 Kórház	524,39	17	48	81
21 Kórház	347	21	22 Kórház	10695,97	19	19 Kórház	521,21	24	64	625
22 Kórház	334	22	15 Kórház	10453,67	21	23 Kórház	409,26	19	62	529
23 Kórház	313	23	25 Kórház	8964,94	24	24 Kórház	392,99	22	67	784
24 Kórház	280	24	23 Kórház	8876,11	25	21 Kórház	292,47	23	69	900
25 Kórház	260	25	24 Kórház	8623,22	23	25 Kórház	224,29	25	74	1225
Összesen	-	-	Összesen	-	-	Összesen	-	-	975	9768

Forrás: saját számítás

XV. sz. melléklet

25 kórház rangkorrelációs együtthatójának (Spearman-féle) munkatáblája

Megnevezés	**Létszám/ ágyszám**	**Rangsor**	**Súlyszám/ ágyszám**	**Rangsor**	d_i	d_i^2
1 Kórház	1,44	10	29,97	19	-9	81
2 Kórház	1,18	22	28,06	22	0	0
3 Kórház	1,22	20	31,03	15	5	25
4 Kórház	1,33	16	31,89	11	5	25
5 Kórház	1,47	6	38,75	1	5	25
6 Kórház	0,95	23	33,82	7	16	256
7 Kórház	1,54	5	30,19	18	-13	169
8 Kórház	1,4	13	31,78	12	1	1
9 Kórház	1,35	15	30,58	17	-2	4
10 Kórház	1,31	17	27,16	24	-7	49
11 Kórház	1,28	19	34,63	5	14	196
12 Kórház	1,43	11	27,88	23	-12	144
13 Kórház	1,62	3	36,28	2	1	1
14 Kórház	1,46	8	35,55	3	5	25
15 Kórház	1,21	21	24,09	25	-4	16
16 Kórház	1,73	1	31,1	14	-13	169
17 Kórház	1,68	2	32,74	8	-6	36
18 Kórház	1,45	9	31,98	10	-1	1
19 Kórház	1,39	14	28,68	20	-6	36
20 Kórház	1,47	7	35,5	4	3	9
21 Kórház	0,84	25	31,38	13	12	144
22 Kórház	1,61	4	32,02	9	-5	25
23 Kórház	1,31	18	28,36	21	-3	9
24 Kórház	1,4	12	30,8	16	-4	16
25 Kórház	0,86	24	34,48	6	18	324
Összesen	-	-	-	-	-	1259

Forrás: saját számítás

XVI. sz. melléklet

Egészségbiztosítási Alap kiadásainak nominál értéke (milliárd forint)

Megnevezés	**1993**	**1994**	**1995**	**1996**	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004***
Fekvőbeteg szakellátás	71,3	97,1	112,6	133,6	157,0	184,7	211,5	222,8	249,9	294,6	370,9	379,1
Fekvőbeteg szakellátás Előző év = 100 %	100,0	136,2	116,0	118,7	117,5	117,6	114,5	105,3	112,2	117,9	125,9	102,2
Aktív fekvőbeteg - szakellátás	58,6	83,8	97,6	116,1	135,3	159,5	182,5	191,1	214,9	254,7	321,4	327,5
Aktív fekvőbeteg – szakellátás Előző év = 100 %	100,0	143,0	116,5	119,0	116,5	117,9	114,4	104,7	112,5	118,5	126,2	101,9
Krónikus fekvőbeteg - szakellátás	8,3	10,7	11,5	13,8	16,1	18,8	21,1	22,9	25,8	28,4	37,0	39,6
Krónikus fekvőbeteg – szakellátás Előző év = 100 %	100,0	128,9	107,5	120,0	116,7	116,8	112,2	108,5	112,7	110,1	130,6	107,0

* tervezett adat

Forrás: www.medinfo.hu: Egészségbiztosítási Alap bevételeinek, kiadásainak értéke Ealapki_p.xls

XVII. sz. melléklet

Egészségbiztosítási Alap kiadásainak reál értéke (milliárd forint) 1993. éves árakon

											előirányzat	előirányzat
Megnevezés	**1993**	**1994**	**1995**	**1996**	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**
Fekvőbeteg szakellátás	71,3	79,3	77,4	71,6	68,1	67,7	67,8	65,0	66,4	71,6	85,7	83,6
Fekvőbeteg szakellátás Előző év = 100 %	100,0	111,2	97,6	92,5	95,1	99,4	100,1	95,9	102,2	107,8	119,7	97,5
Aktív fekvőbeteg - szakellátás	58,6	68,4	67,1	62,2	58,7	58,5	58,5	55,7	57,1	61,9	74,2	72,2
Aktív fekvőbeteg – szakellátás Előző év = 100 %	100,0	116,7	98,1	92,7	94,4	99,7	100,0	95,2	102,5	108,4	119,9	97,3
Krónikus fekvőbeteg - szakellátás	8,3	8,7	7,9	7,4	7,0	6,9	6,8	6,7	6,8	6,9	8,6	8,7
Krónikus fekvőbeteg – szakellátás Előző év = 100 %	100,0	104,8	90,8	93,7	94,6	98,6	98,6	98,5	101,5	101,5	124,6	101,2

Forrás: www.medinfo.hu: Egészségbiztosítási Alap bevételeinek, kiadásainak értéke Ealapki_p.xls

XVIII. sz. melléklet

Különböző típusú irányított betegellátási modelltípusok összehasonlítása

Jellemzők	**Amerikai HMO**	**Angol GP Fundholding**	**Jelenlegi magyar IBR**	**Jövőbeni magyar IBR (törvénytervezet)**
Egészségügyi „környezet”	Piaci (döntően magánbiztosítá-sokon, magán-szolgáltatókon alapuló rendszer)	Nem piaci (dön-tően közfi-nanszírozáson, közszolgáltató-kon alapuló rendszer)	Nem piaci (döntően köz-finanszírozáson, közszolgáltató-kon alapuló rendszer)	Vegyes (piaci és nem piaci elemek keveredése várható)
Ellátásszervező szervezetek alapműködésének jellemzője	Biztosító és szolgáltató egyben	Szolgáltató, amely egyúttal pénzalappal gazdálkodik	Szolgáltató, amely egyúttal pénzalappal gazdálkodik	Leginkább biztosítóhoz, még pontosabban egészségpénztárhoz hasonlít.
A szervezetek (ellátásszevezők) kialakításának priorizált célja	Költségvisszafo-gás	Hatékonyságjavít-tás	Hatékonyságjavít-tás	Költségvisszafogás
Ellátásszervezők megalapításának elve	Önkéntes	Nem önkéntes	Önkéntes	Önkéntes
Ellátásszervező működési elve	Részben for-profit, részben non-profit	Non profit	Vegyes, (for-profit, non-profit, költségvetési intézmény)	Döntően for-profit, a pénzbeli betét nagysága miatt és kht.
Források nagyságáról döntés	HMO hatáskörébe tartozó	Nem a GP Fundholding hatáskörébe tartozó	Nem a szervező hatáskörébe tartozó	Részben nem a szervező hatáskörébe tartozó (köte-lező szolgáltatások esetében), az egészség-fejlesz-tési szolgáltatások esetében azonban a szervező dönt
Forrásteremtés módja	Közvetlen, közösségi díj-szabáson alapuló befizetések	Közvetett, leosztott fejkvótán alapul	Közvetett, leosztott fejkvótán alapul	Részben közvetett, leosztott fejkvótán alapul (kötelező szolgáltatások esetében), részben lakossági co-paymenten alapul
Bevétellel gazdálkodás	Közvetlen	Közvetlen	Közvetett/virtuális folyószámla	Közvetett/virtuális folyószámla
Szolgáltatási csomag meghatározása	HMO hatáskörébe tartozó	Nem a GP Fundholding hatáskörébe tartozó	Nem a szervező hatáskörébe tartozó	Részben nem a szervező hatáskörébe tartozó (kötelező szolgáltatások esetében), a kiegészítő szolgáltatások esetében azonban a szervező dönt

Szolgáltatások szakmai tartalmának meghatározása	Részben a HMO hatáskörébe tartozó (olyan szolgáltatások esetében, amelyet a HMO nyújt)	Nem a GP Fundholding hatáskörébe tartozó	Nem a szervező hatáskörébe tartozó	Teljeskörűen az ellátásszervező hatáskörébe tartozó, kötelező és nem kötelező szolgáltatások esetében egyaránt, kiegé-szítő jellegű szakmai elő-írásokra vonatkozó néhány megkötés feltétele mellett
Szolgáltatások vásárlása	Igen	Részben	Részben az ellátásszervező hatáskörébe tartozó, elsősorban a prevenció területén	Egyenlőre nem teljeskörűen a szervező hatáskörébe tartozó, mivel a kötelező szolgáltatásokat még nem szabhatja meg, de a korá-bihoz képest növekvő arányban lesz vásárlási lehetősége a kiegészítő szolgáltatások tekintetében.

Forrás: Kórház, XI. évfolyam 2004. június

XIX. sz. melléklet

Az Irányított Betegellátási Modellkísérletben 1999-ben résztvevő szervezők

Szervező neve	**Település**	**Ellátott populáció [fő]**
Szent Pantaleon Kórház	Dunaújváros	18.034
Pándy Kálmán Kórház	Gyula	21.060
Magyar Imre Kórház	Ajka	15.831
Integrált Egészségügyi Kht.	Dombóvár	39.365
Margit Kórház	Csorna	20.419
Misszió Egészségügyi Kht.	Veresegyház	11.578
Meditres Egészségház	Kecskemét	19.866
Béke Téri Háziorvosi Szövetkezet	Budapest	15.054
Univerzmed Szakorvosi Kft.	Budapest	13.223
Összesen		174.430

Forrás: Donkéné V. Éva: Az irányított betegellátási modellkísérlet kezdeti tapasztalati Egészségügyi Menedzsment, 2000, 2, 1.

XX. melléklet

Az Irányított Betegellátási Modellben résztvevő szervezők 2001. júniusában

Szervező neve	**Település**	**Ellátott populáció [fő]**
Béke Téri Háziorvosi Szövetkezet	Budapest	78.274
Misszió Egészségügyi Kht.	Veresegyház	149.890
Margit Kórház	Csorna	54.273
Meditres Egészségház	Kecskemét	61.273
Integrált Egészségügyi Kht.	Dombóvár	47.172
NyírProMed Kft.	Nyíregyháza	44.884
Dentál Med Bt.	Sátoraljaújhely	56.870
Összesen		492.636

Forrás: Nagy Balázs Az irányított betegellátási program tapasztalatai Egészségügyi Gazdasági Szemle 2002. 4.

XXI. sz. melléklet

A fejkvóta számítás alkalmazása nemzetközi környezetben

Ország	**Séma**	**Alapok**	**Egyéni szinten**	**Alapok szintjén**	**Egyéb faktor**
Anglia	Forrás allokációs képlet	100 egészségügyi hatóság	Életkor	Mortalitás, morbiditás, munkanélküliség, egyedül élő idősek, etnikumok, szocioökonomiai státusz	Költség-variációk
Hollandia	Központi Betegbiztosítási Testület kockázat kiigazítási séma	26 betegbiztosító	Életkor, nem jóléti /rokkantsági státusz	Urbanizáció	Retros-pektív kiigazítás Jövedelem alapú
Belgium	Betegség és Rokkantság Biztosítás Nemzeti Intézete	100 betegbiztosító	_	Életkor, nem Munkanélküliség, rokkantság mortalitás, urbanizáció	_
Németország	Szövetségi Biztosítási Iroda kiigazítási séma	Betegbiztosítási alapok (kb. 400)	Életkor, nem	-	Jövedelem alapú
Norvégia	Helyi Önkormányzati finanszírozási séma	19 megyei önkormányzat	Életkor, nem	Mortalitás, egyedül élő, idősek, családi állapot	_
Magyarország	IBM fejkvóta számítás séma	7 szervező	Életkor, nem	_	Előző évi kiadásra épül

Forrás: Dr. Boncz Imre, Dózsa Csaba : Irányított Betegellátási Modell (IBM):
A fejkvótaszámítás szerepe és módszertana *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben,* II. évfolyam 6.szám 2003 szeptember

XXII. sz. melléklet

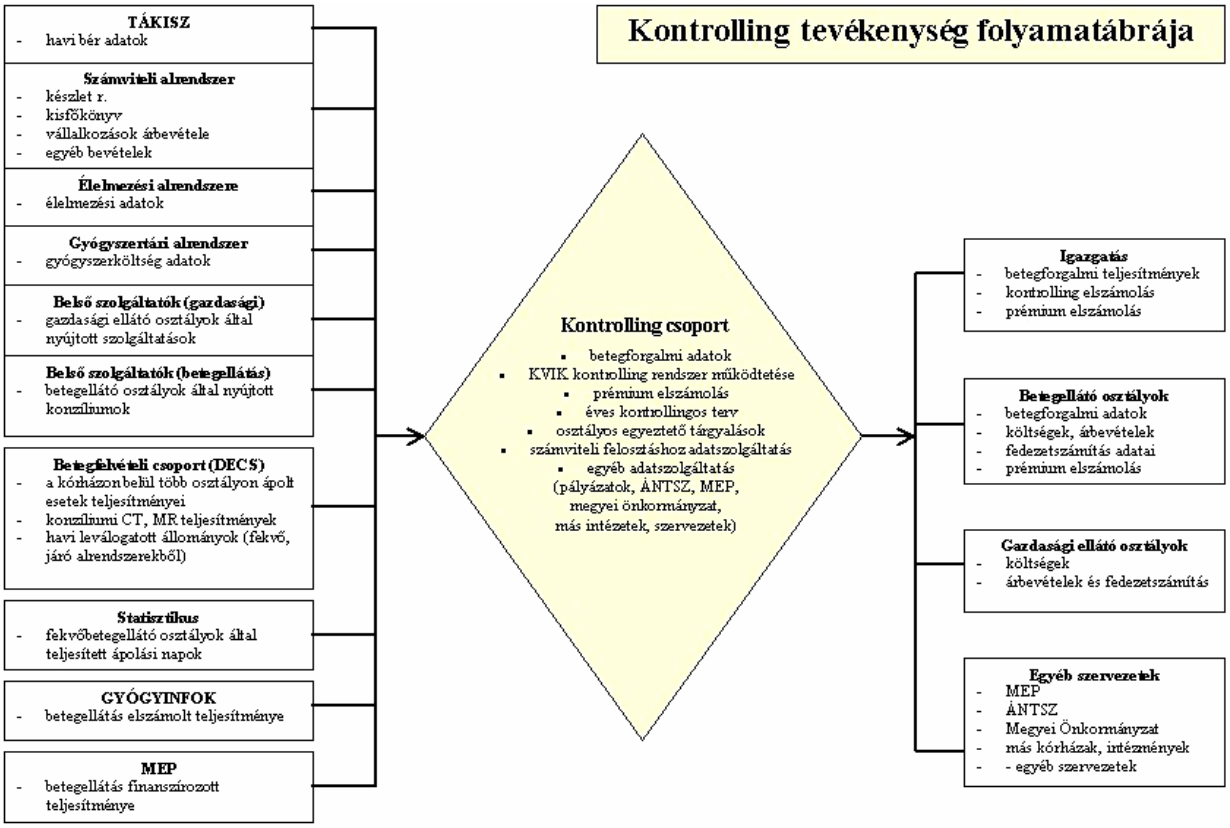
A Soproni Erzsébet Kórházban az ágyak száma és kihasználtsága %-ban

Év	**Szervezett**		**Működő**	
	Száma db	**Kihasználtsága %**	**Száma db**	**Kihasználtsága %**
1989	601	72,5	601	72,5
1990	601	72,3	601	72,3
1991	601	69,8	601	69,8
1992	601	67,2	518	72,3
1993	601	63,2	518	73,4
1994	601	61,6	510	72,6
1995	571	65,7	503	75,6
1996	571	67,4	512	78,5
1997	556	72,1	510	78,7
1998	556	68,3	508	74,8
1999	556	63,2	470	75,0
2000	556	62,0	477	72,2
2001	519	70,2	503	72,4
2002	519	68,7	510	70,2
2003	519	76,4	516	76,7

Forrás: SEK

XXIII. sz. melléklet

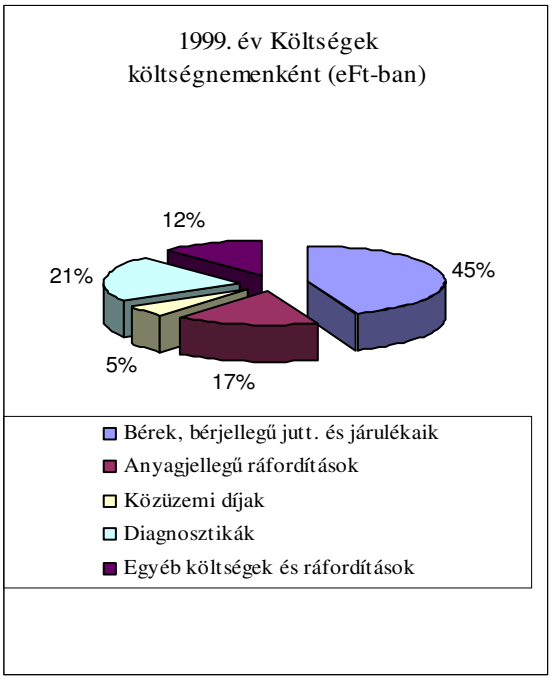
A kontrolling tevékenység folyamatábrája

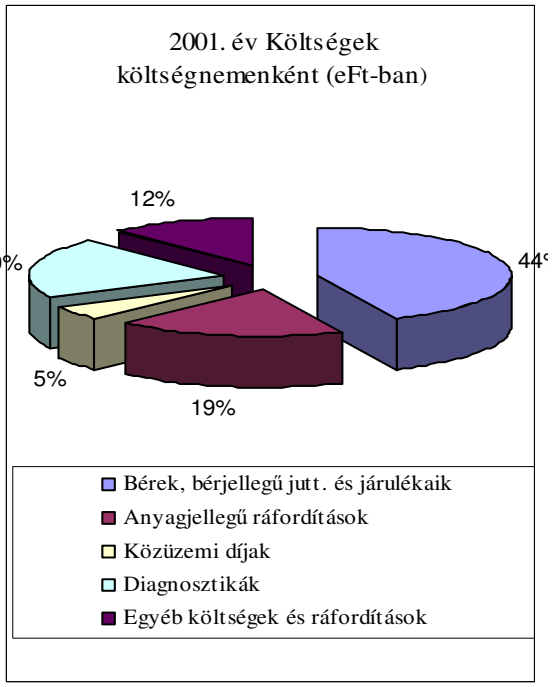


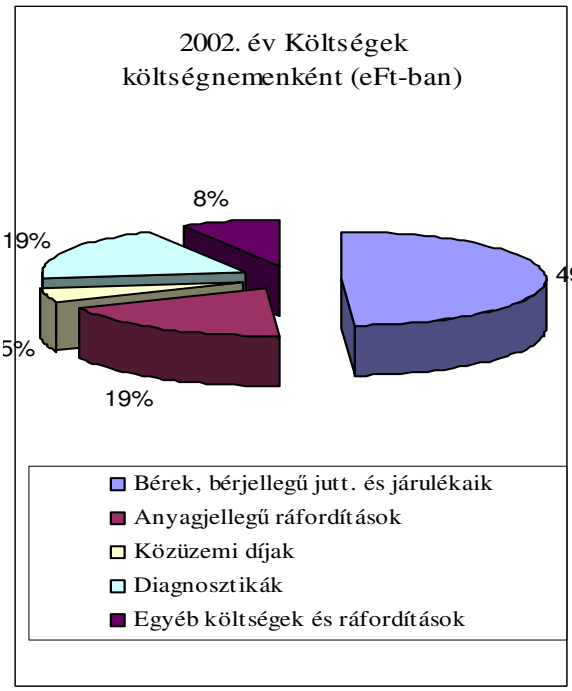
Forrás: SEK

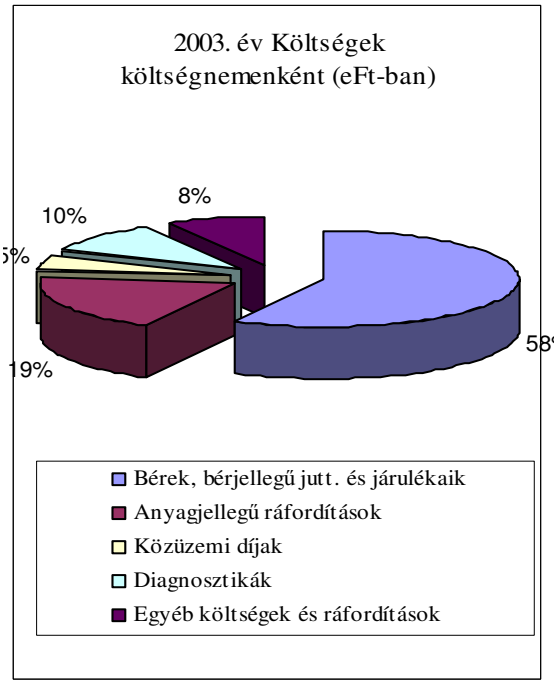
XXIV. sz. melléklet

Költségek költségnemenkénti megoszlása a Soproni Erzsébet Kórházban 1999 – 2003. között









Forrás: SEK

XXV. sz. melléklet

Nonprofit szektor és az egészségügy közgazdasági kérdései

A nonprofit szektor kialakulását különböző módon magyarázzák. Pl. Az állam által kielégítetlenül hagyott szükségletekkel; a piaci szolgáltatók iránti fogyasztói bizonytalansággal; ideológiai és politikai törekvésekkel; a társadalmi problémák megoldására irányuló magánkezdeményezésekkel és jótékonysággal. Egyetlen ponton kimutatható az egyetértés. A nonprofit szervezetek létrehozása és működtetése önkéntesen hozott tudatos döntések, az előnyök és hátrányok mérlegelésén alapuló választások eredménye. Ez az önkéntesség, amely megkülönbözteti a civil szférát a kormányzati és a profitorientált magánszektortól.

Weisbrod (1975) alkotta meg a nonprofit szervezetek szerepére vonatkozó első általános közgazdasági elméletet. Szerinte a nonprofitok funkciója az, hogy a magánszférában állítsanak elő közjavakat. Érvelése szerint a közjavakból a kormányzat csak annyit biztosít, amennyi az átlagos szavazópolgár keresletét kielégíti, így a keresletnek az átlagost meghaladó része kielégítetlen marad. A nonprofit szervezetek éppen ezért jönnek létre, hogy a kormányzati tevékenységeket kiegészítsék.

Harsányi László (2004) szerint: „ 1987-ben, sajátos politikai körülmények között – amikor többek között Soros György támogatási kezdeményezése jelentett kulturális, tudományos, oktatási tevékenységek területén – módosították a polgári törvénykönyvet. Ez a módosítás újra létrehozta az alapítványt, mint jogképes intézményt. Ez volt az a pillanat, amelyben újjászületett a hazai nonprofit szektor. Az – még – erős kormányzati és a kiépülőben lévő piaci szektorok mellett megjelent a harmadik szektor, hogy tevékenységével újfajta kínálatot jelenítsen meg a közszolgálatok számos területén."

Kuti (1992) tanulmányában a nonprofit szektor létrejöttét a társadalmi és a politikai struktúra átalakulására, a jóléti szolgáltatások krónikus hiányára vezeti vissza.

Keveredik a nonprofit szektor és a civil szektor értelmezése, a hatályos jogrendszer nem tartalmazza a nonprofit szervezet definícióját. A civil szektor nem azonos a nonprofit szektorral, hisz léteznek nem civil kezdeményezésű (kormányzati, önkormányzati) nonprofit szervezetek is.

Hazánkban a nonprofit szervezeteknek különböző, egymástól is lényegesen eltérő funkciójú, eltérő gazdasági feladatot képviselő típusai alakultak ki. Magyarországon körülbelül 60 000 regisztrált szervezet működik, az alábbi szervezeti formákban:

a) Társadalmi szervezet
b) Alapítvány
c) Közalapítvány
d) Köztestület
e) Közhasznú társaság

a) A társadalmi szervezet:

Olyan személyegyesülés, amely alkotmányos célokra szerveződik, elsődleges gazdálkodási célokra nem alakítható. Önálló jogi személy, melyet a tagok hozzák létre nyilvántartott tagsággal és a közhasznú tevékenység a tagság közreműködésével valósul meg.

b) Az alapítvány:

Olyan célvagyon, melyet tartós közérdekű cél megvalósítására hoznak létre, elsődleges gazdálkodási tevékenységre nem alakítható. Az alapítványnak célja megvalósításához vagyonra van szüksége, melynek nagysága és formája nincs konkrétan nevesítve. (Lehet készpénz, ingatlan, tárgyi eszköz, vagyoni jog.) Önálló jogi személy.

c) A közalapítvány:

A közalapítvány, olyan alapítvány, melyet az Országgyűlés, a Kormány és a helyi önkormányzatok közfeladatok folyamatos ellátására hoznak létre. Önálló jogi személy.

A közalapítvány megjelenése teljesen megváltoztatta a nonprofit szektor finanszírozási szerkezetét. Ez annak köszönhető, hogy nagyjából ugyanabban a térben próbálták megkeresni helyüket, mint amelyben a többi civil szerveződések is. Így egyfajta versenytársként jelentek meg.

A kormányzat ettől az időtől kezdve sorra hozta létre az olyan közalapítványokat, melyeknek az állami tevékenységek ellátása volt a feladata. Ennek következtében ezek a többnyire országos vagy regionális hatáskörű alapítványok magukba szippantották a nonprofit szektorba áramló, amúgy is szűkös központi állami támogatások jelentős részét.

d) A köztestület:

Olyan kényszeregyesülés, melynek létrehozását törvény rendeli el. Közfeladatot lát el, továbbá hatósági és felügyeleti jogosítványokat gyakorolhat. Önálló jogi személy. Köztestület a Magyar Tudományos Akadémia, a Gazdasági Kamarák, a Magyar Orvosi Kamara, a Magyar Gyógyszerész Kamara. Ezeken kívül működnek még kamarai elnevezéssel különböző szakmai szervezetek, úgy mint ügyvédi, mérnöki, közjegyzői stb.

e) A közhasznú társaság:

A vagyonegyesülés olyan formája, amely társadalmi közös szükségleteket elégít ki nyereség- és vagyonszerzési cél nélkül, ám eközben üzletszerű gazdasági tevékenységet folytat.

Az utóbbi évtizedben megnőtt az állami, önkormányzati szektor alapítói és döntéshozói, működtetői jelenléte a nonprofit szektorban. Ennek adekvát megjelenési formája a közalapítvány és a közhasznú társaság. Az egészségügyi intézmények esetében is találkozhatunk ezekkel a formákkal.

Duális helyzet jött létre a nonprofit szektorban:

- egyrészt a civil szektor, magánkezdeményezésekkel,
- másrészt a kormányzat, önkormányzat által létrehozott közalapítványi, közhasznú társasági intézményrendszer.

A KSH adatai szerint 2000-ben a hazai nonprofit szektor szervezeteinek 4,5%-a, összesen 2111 alapítvány és társas nonprofit szervezet végzett egészségügyi tevékenységet. 81 % alapítványi formában működött, 18,1 % egyesület, 2,8 % közhasznú társaság.

Az alapítványokat főként az egészségügyi intézmények, kórházak, kórházi osztályok támogatására (infrasturktúra javítása, gépek, műszerek beszerzése, kórházi és intézeti ellátás támogatása) hozták létre (30 %). Jelentős (27 %) a többcélú és általános egészségügyi kategória aránya is, itt találhatók az önkormányzati és vállalati egészségügy támogatásával, az idős betegek hospice ellátásával, az egészségügy szakmai továbbfejlesztésével foglalkozó szervezetek, az orvosok és más egészségügyi dolgozók támogatására (pl. konferenciák,

továbbképzések stb.) létrejött szervezetek. A társas nonprofit szervezetek döntően egyesületi formában működnek[56].

Az Országgyűlés elismeri a társadalmi szervezetek és alapítványok működési feltételei állami garanciákkal való biztosításának szükségességét, ezért a civil szervezetek átlátható, költségvetési forrásautomatizmusra épülő, pártpolitikától mentes forrásainak biztosítása érdekében Nemzeti Civil Alapprogramot hoz létre. A Nemzeti Civil Alapprogram célja a civil társadalom erősítése, a civil szervezetek társadalmi szerepvállalásának segítése, a kormányzat és a civil társadalom közötti partneri viszony és munkamegosztás előmozdítása az állami, önkormányzati közfeladatok hatékonyabb ellátása érdekében.

Alapelv: a nonprofit szervezetek megalapozottan, szakszerűen és eredményesen kell hogy gazdálkodjanak.
Az állami, önkormányzati szerveknek csak az a civil szervezet lehet egyenrangú partnere, ahol a támogatások, a szerződés szerint átadott források felhasználása jogszerű, nyomon követhető, ahol hatékonyság- és költségelemzést is végeznek, ahol a „hozzáadott érték" meghaladja a költségvetési szféráét.

A nonprofit szervezetek bevételeit kormányrendeletek szerint két nagy csoportba osztják:

- a cél szerinti tevékenységhez kapcsolódó,
- valamint a vállalkozási tevékenységből származó bevételekre.

Cél szerinti tevékenységhez kapcsolódó bevétele:

- Az alapítótól, a támogatóktól a közhasznú tevékenység folytatásához, vagy a szervezet működéséhez kapott adományok, felajánlások.
- Az adományok különleges fajtája az úgynevezett „1%-os felajánlás", ahol az adományozó személye anonim, így természetesen igazolást sem lehet arról kiadni. A hatályos jogszabályok pontosan felsorolják azokat a feltételeket, amelyek alapján egy szervezet támogatható illetve a támogatás fogadására jogosult. Mindenekelőtt az állampolgárokat közvetlen közelről szolgáló iskolai, egészségügyi szervezetek

[56] Forrás: Magyarország egészségügye és szociális rendszere [2004] *MEDINFO Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet*

részesültek a felajánlásokból, tehát a helyi feladatok megvalósításának forrásai gazdagodtak.

- A cél szerinti tevékenységhez kapcsolódó bevételek az államháztartás alrendszereitől, központi alapoktól, önkormányzatoktól, más alapítványoktól pályázatok útján nyert támogatások, vagy szerződés alapján a szervezet céljával összhangban levő tevékenység végzésére átvett összegek. Idetartoznak a normatív támogatások is.
- A közhasznú és a cél szerinti tevékenység folytatásából származó ár- és díjbevételek, költségtérítések sem számítanak vállalkozási bevételeknek, hiszen - bár a szervezet ellenszolgáltatást is kap - nem a profitszerzés az elsődleges cél, hanem a létesítő okiratban megjelölt célok megvalósítása.
- A tagsággal rendelkező szervezetek jellemzően nem vállalkozásból származó bevétele a tagdíj.
- Nem számítanak vállalkozási bevételnek a befektetésből származó, valamint a közhasznú szervezetek céljait szolgáló eszközök, készletek és immateriális javak értékesítéséből adódó bevételek.

Vállalkozási tevékenységből származó bevételek:

- Jellemző vállalkozási bevételei a nonprofit szervezeteknek a különböző reklámtevékenységből befolyt díjak. A rendezvényeken, kiadványokban és számos más módon végzett reklámtevékenységet gyakran a támogatásért megkeresett gazdálkodó szervezetek ajánlják fel támogatásként. E bevétel - minthogy szabályos módon szerződéskötés és számlakibocsátás kapcsolódik hozzá - a nonprofit szervezet szempontjából viszont egyértelműen vállalkozási bevételnek számít.
- A nagy értékű ingatlanokkal rendelkező szervezetek komoly bérleti bevételekre tehetnek szert, illetve a nagy teljesítményű tárgyi eszközökkel rendelkező szervezetek szolgáltatásaik révén juthatnak díjbevételekhez. Amennyiben ezek nem a cél szerinti tevékenységhez kapcsolódnak, az ebből származó bevételeket a vállalkozási bevételek között kell nyilvántartani.
- Ugyancsak vállalkozások a nem cél szerinti tevékenységhez tartozó tanfolyami oktatások, vizsgáztatások, továbbképzések, az oktatást kiegészítő egyéb tevékenységek, a táncos, zenés, szórakoztató rendezvények.

A nonprofit szervezetek bevételi forrásai

Bevételi forrás	**A bevétel megoszlása %**	
	1990	**2001**
Állami támogatás	18,5	34,4
Magántámogatás	23,8	13,8
Alaptevékenység bevétele	27,6	35,3
Gazdálkodási bevétel	28,5	15,7
Egyéb bevétel	1,6	0,8
Összes bevétel	100,0	100,0

Forrás: Központi Statisztikai Hivatal [2002] Nonprofit szervezetek Magyarországon 2000

Megfigyelhető az állami támogatás növekvő aránya, ami kedvező változás, a magántámogatások arányának csökkenése két tényezőre vezethető vissza, egyrészt a vállalati támogatások, másrészt a külföldi adományok csökkentek.

A nonprofit szektor kiadásai támogatásokra és azok járulékos költségeire kerültek 1/6 részt felhasználásra (2001), valamint a működés és különféle szolgáltatói tevékenységet finanszírozták belőle.

Mindegyik nonprofit szervezet létrehozhat profitorientált szervezetet, vagy üzleti vállalkozást, de azzal a feltétellel, hogy a profitot visszaszolgáltatja az alapítványnak, egyesületnek stb, hiszen a nonprofit szervezetek működésének fontos eleme a profit szétosztásának tilalma.

A nonprofit szervezetek fontosságát az adja, hogy terepet biztosítanak az állampolgári öntevékenység számára.

A civil szervezetek fontos partnerei az egészségügynek. Súlyuk egyaránt jelentős a szakmapolitikai és az érdekvédelmi feladatok ellátásában, az egészségügy stratégiai céljainak az állami és az önkormányzati szektorral közös megoldásában.

XXVI. sz. melléklet

Kérdőív a civil szervezetek számára

A Nyugat-Magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Kar Doktori Iskola keretében készülő „Gazdálkodás az egészségügyben, különös tekintettel a kórházak finanszírozására" című dolgozat részére.

Témavezető Professzor: Dr. habil. Gidai Erzsébet DSc.

Az adatszolgáltató szervezet:……..

A kérdőívet kitöltő személy szervezetnél betöltött posztja:……

1. A szervezet alapítási éve: …….

2. Milyen szervezeti formában működik a szerveződés?

1. Alapítvány
2. Közalapítvány
3. Egyesület
4. Közhasznú társaság
5. Egyéb társadalmi szervezet (pl. szövetség, klub, kör)
6. Köztestület
7. Nonprofit szervezet intézménye

3. Ki(k) alapítottá(k) a szervezetet? (Több válasz is lehetséges.)

1. magánszemélyek
2. önkormányzat(ok)
3. kormányzati szervezet(ek), állami intézmények
4. gazdasági szervezetek, vállalkozók
5. más nonprofit szervezet(ek)
6. egyház, egyházi szervezet
7. politikai párt
8. külföldi szervezet

9. egyéb, éspedig…….

4. Milyen céllal alakult meg a szervezet?

……

5. Milyen területre terjed ki a szervezet tevékenysége?

1. csak a lakosság egy adott csoportjára
2. egy adott intézményre
3. a település egy részére
4. a település egészére
5. több településre
6. nagyobb területi egységre → 6.1. kistérségre:.....
   → 6.2. megyére:.....
   → 6.3. régióra:.....
7. az egész ország területére

6. Milyen módon próbálja a szervezet megismertetni magát a lakossággal, milyen módon próbál támogatókat, önkénteseket szerezni?(Több válasz is lehetséges.)

1. Különösebb erőfeszítést erre a szervezet nem tesz
2. Különböző rendezvényeken próbálja magát népszerűsíteni
3. Médiában hirdetések útján
4. Médiában a szervezetről szóló újságcikkek, és/vagy a szervezet vezetőivel, tagjaival készült interjúk, beszélgetések révén
5. Saját internetes honlap útján
6. Szórólapok útján
7. Egészségügyi intézményekben plakáton
8. Egyéb módon, éspedig……

7. Szervezetük jogosult az SZJA 1%-os adófelajánlásra?

1.1. Igen →

2. Nem

8. Ha nem, mi ennek az oka?

……

9. Ha igen, milyen tapasztalataik vannak?

1. Jelentős mértékű összeggel bővül általa a szervezet bevétele.
2. Nem túl jelentős az az összeg, amihez ez úton hozzájut a szervezet.
3. Évről-évre nő azon adózók száma, akik felajánlják adójuk 1%-át a szervezet számára.
4. A 2003. évi adófelajánlás során az előző évekhez képest csökkent a szervezet számára felajánlók száma.
5. Körülményes a felajánlott összeghez való hozzájutás.
6. Egyéb,
   éspedig:……..

10. Szervezetük bevételi források szerint csoportosítva 2000 – 2003. közötti években: (ezer Ft)

Források	**2000. év**	**2001. év**	**2002. év**	**2003. év**
Költségvetési (állami) támogatás				
Önkormányzattól kapott támogatás				
1%-os adófelajánlás				
Pénzbeli támogatás gazdasági szereplőktől				
Pénzbeli támogatás magánszemélyektől				
Támogatás nonprofit szervezetektől				
Külföldről származó támogatás				
Alaptevékenységből származó bevétel				
Vállalkozási tevékenységből származó bevétel				
Pénzügyi műveletek bevétele, kamatbevételek				
Természetbeni juttatás				
Egyéb források, éspedig…….....				

11. A kórházat milyen anyagi eszközzel támogatta, ennek mennyi a bekerülési értéke?

Eszköz megnevezése	**2000. év**	**2001. év**	**2002. év**	**2003. év**
			ezer forint	

12. A kórházat mennyi pénzösszeggel támogatta?

2000. év	2001. év	2002. év	2003. év
ezer forint			

13. A támogatásukkal megszerzett eszközök működtetését is támogatják?

1. Igen
2. Nem

14. Ha igen, milyen összeggel?

2000. év	2001. év	2002. év	2003. év
ezer forint			

15. Alapvetően mi a jellemző szervezetük önkormányzathoz való viszonyára?

1. Nincs kapcsolatuk, a szervezet teljes mértékben független az önkormányzattól
2. Alkalomszerűen, illetve kis mértékben működnek együtt
3. Partneri viszony jellemzi kapcsolatukat
4. A szervezet jelentős mértékben függ az önkormányzattól
5. Inkább versenyhelyzet a jellemzőbb
6. Konfliktusos viszonyban vannak
7. Egyéb, éspedig……

16. Milyen formában támogatja a település önkormányzata szervezetüket?

1. Anyagi támogatást kapnak
2. Helyiség kedvezményes, illetve térítésmentes biztosításával
3. Természetbeli (pl. postaköltség átvállalása, sokszorosítás, számítógép, járműhasználat lehetősége) támogatást kapnak
4. Szakmai segítséget kapnak
5. Egyéb formában, éspedig……
6. Az önkormányzat nem támogatja semmilyen formában a szervezetet.

17. Végezetül néhány, a nonprofit szektorra vonatkozó állítás. Kérjük 1-től 5-ig terjedő skálán értékeljék, hogy az egyes állításokkal mennyire értenek egyet! Az 5-ös azt jelenti, hogy teljes mértékben egyetértenek, az 1-es pedig azt, hogy egyáltalán nem értenek egyet.

1. Finanszírozás tekintetében nagyfokú bizonytalanság jellemzi a szervezetet.	1 2 3 4 5
2. Szervezetük egyre nagyobb mértékben vállal át állami/önkormányzati feladatokat.	1 2 3 4 5
3. A társadalmi-gazdasági feltételek nem kedveznek ma Magyarországon a nonprofit szektor fejlődésének.	1 2 3 4 5
4. Mivel a nonprofit szervezetek fontos feladatokat vesznek le az állam, ill. az önkormányzatok válláról, finanszírozásukban nagyobb hangsúllyal kellene, hogy	1 2 3 4 5

megjelenjen a központi támogatás.	
5. A település lakosságának szüksége van a helyi szerveződésekre, mivel azok jelentős szerepet töltenek be a település életének jobbátételében, a különböző feladatok ellátásában, a felmerülő problémák megoldásában.	1 2 3 4 5

Köszönjük, hogy kitöltötte kérdőívünket!
Kérem aláírásával és a szervezet pecsétjével jelezze, hogy az Ön által szolgáltatott adatokat a értekezésemhez felhasználhatom.

Karner Tamásné
PhD hallgató
egyetemi adjunktus
06/30 486 78 13

XXVII. sz. melléklet

A vizsgált civil szervezetek létrehozásának célja

Alapítvány megnevezése	**Létrehozás célja**
Ápolásért Alapítvány	eszközök beszerzése, szakdolgozók képzésének támogatása
Modern Képalkotó Eljárások Fejlesztéséért Egészségügyi Alapítvány	betegellátás színvonalának emelése, modern diagnosztikai eszközök beszerzése, üzemeltetése
Műszaki Fejlesztéssel a Soproni Kórházért Alapítvány	műszer, eszköz, gép, célanyag, könyvek, beszerzése, műszaki, külföldi tanulmányok folytatása
Sopron Egészségügy Alapítvány	lakosság egészségügyi ellátását elősegítő célfeladatok támogatása
Soproni Erzsébet Kórházért Alapítvány	egészségmegőrzés, betegségmegelőzés, kutatás, oktatás, ismeretterjesztés támogatása
Sopron és Környéke Újszülöttjeiért Egészségügyi Alapítvány	szülészeti és nőgyógyászati ellátás javítása, technikai eszközök beszerzése, előadások tartása
Sopron és Környéke Urológiai Betegeiért Egészségügyi és Oktatási Alapítvány	orvosok szakmai továbbfejlesztésének segítése, urológiai betegellátás korszerűsítése
Soproni Szemészeti Alapítvány	szemészeti műszerfejlesztés

Forrás: kérdőíves felmérés

XXVIII. sz. melléklet

A vizsgált civil szervezetek bevételi forrásai (ezer Ft)

Források	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**
1 %-os adófelajánlás	2520	2352	2511	2594
Pénzbeli támogatás gazdasági szereplőktől	1908	567	2964	3938
Pénzbeli támogatás magánszereplőktől	410	454	50	50
Alaptevékenységből származó bevétel	13261	13156	15960	7221
Pénzügyi műveletek bevétele, kamatbevételek	878	202	218	336
Összesen	18977	16731	21703	14139

Forrás: saját számítások