FÁSKERTY ÉVA KATALIN

Kórházfinanszírozási pillanatkép, állami támogatás és az önkormányzatok tulajdonosi jogainak gyakorlása[1]

„Az emberek nem tudják elérni legteljesebb egészségi potenciáljukat, hacsak nem tudják ellenőrzésük alá vonni mindazokat a dolgokat, amelyek egészségüket meghatározzák, mert tudás és ismeret kell, ahhoz a joghoz is, hogy kiki saját élete feletti beleszólással ellenőrizhesse mindazokat a dolgokat, amelyektől élete, egészsége függ."

Ottawai Egészségügyi Charta, 1986. november

BEVEZETÉS

Kórházfinanszírozás, önkormányzat, adósság. Ha a három kifejezést a mögöttes tartalmukkal vizsgáljuk, még a bennfentesek számára is kisebb-nagyobb zavar keletkezik a tisztánlátást illetően. Valójában az igazi nehézségek akkor keletkeznek, amikor ezen szavak összefüggéseit egy rendszer egészében, annak vetületében kívánjuk értelmezni, elemezni.

Ezek a kifejezések sokféle jelentéssel bírhatnak. A jogalkotóknak harcot és nehézséget jelent a források megfelelő elosztását illetően, mivel főként nekik van választási lehetőségük és ráhatásuk a kórházak közötti egyensúly megteremtésére. Ők döntik el, hogy milyen mértékben és módon veszik figyelembe a kórházak és önkormányzatok (tulajdonosok) véleményét, igényeit. Az egészségügyi intézményeknek és tulajdonosaiknak állandó szélmalomharcot jelent, hogy

1 Itt mondok köszönetet témavezetőmnek, Patyi András professzor úrnak a tanulmány elkészítéséhez nyújtott támogatásáért.

a jogszabályi feltételek mellett (ellenére?) minél magasabb szintű ellátást biztosítsanak intézményeikben, de a rendelkezésre álló finanszírozási összegből ez nem mindig lehetséges. Nemcsak, hogy nem mindig lehetséges, de lassan a mindennapjaink részévé válnak az eladósodott, fizetésképtelen és bezárással fenyegetett kórházakról szóló hírek. Továbbá ki ne hallott volna a 'végtelen' hosszú várólistákról? Ez hazánk népességének, a mindennapi embereknek okoz rengeteg kellemetlenséget. Nem egyszer találkozhattunk vele, hogy egy meghatározott vizsgálat elvégzésére több hetet, hónapot vagy akár egy évet is kell várni. Vajon mi indokolja ezt a kényszerhelyzetet? Sokan azt gondolják, hogy ez kizárólag a kórházakon múlik. A laikusok nem tudják, hogy a kórházaknak az Egészségbiztosítási Alapból (a továbbiakban: E. Alap) egy szigorú, előre meghatározott kvóta szerint kell az ellátásokat megszervezniük, amit az Országos Egészségbiztosítási Pénztár folyósít a különböző feltételeknek, de főként a teljesítménynek megfelelően. A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 4. §-ának értelmében az állam a törvényben meghatározott ellátások teljesítését akkor is biztosítja, ha az ahhoz szükséges kiadások az E. Alapból nem fedezhetők.

Vajon tényleg érvényesíthetők ezek a feltételek a való életben? Mi lehet az oka, hogy valamely kórházak túladósodnak szemben a többivel? Mikorra tudják rendezni a tartozásukat? Ilyen és ehhez hasonló kérdések megválaszolása dolgozatom, és egyben a témával kapcsolatos további kutatásom célja.

A jelenlegi rendszert sokan bírálják. Magyarországon az egészségügyi szolgáltatók részére a forrásteremtésben például vegyes modell jelentkezik, a társadalombiztosítási járulékból és legalább felerészben adókból származik a gyógyításra felhasználható összeg. A finanszírozás szempontjából viszont megmarad a tisztán társadalombiztosítási modell. A „helyhatóságok" jelentős tartozásait és az egészségügyben felhalmozódott hiányt az állam csak részben és csupán feltételekkel rendezi, az adósságokat nem engedi el.

Dolgozatomban nem csatlakoznék a rendszer bírálóihoz, csupán arra szeretnék rávilágítani, hogy általában az egészségügy és a kórházak finanszírozása elméletének megvalósítása (vagy meg nem valósítása) miként történik, majd a kórházak tartozás-tehermentesítésével

és a finanszírozással kapcsolatos megszámlálhatatlan kérdések némelyikére próbálok választ adni. Az önkormányzatok tulajdonosi jogai gyakorlásának módját a Győr Megyei Jogú Város Petz Aladár Megyei Oktató Kórház fenntartásán és működtetésén keresztül szemléltetem.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER IGAZGATÁSI SZERVEZETE

Az állam „szívügye" az egészségügy?

Az egészségügyi szolgáltatások biztosítása és a kórházak finanszírozása kérdéskörének vizsgálatát érdemes egy tágabb nézőpontból megvizsgálni, a könnyebb érthetőség és a megalapozottság érdekében. A Magyar Köztársaság Alkotmánya kimondja, hogy az ország területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb testi és lelki egészséghez, és ez témánk szempontjából az egészségügyi intézmények és az orvosi ellátás megszervezésével érhető el.[2]

A legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jogosultságként meghatározott alkotmányi követelmény az államnak azt az alkotmányos kötelezettségét jelenti többek között, hogy a nemzetgazdaság teherbíró képességéhez mérten olyan gazdasági és jogi környezetet teremtsen, amely a legkedvezőbb feltételeket biztosítja a polgárok egészséges életmódjához és életviteléhez, és a megfelelő egészségügyi intézmények létesítéséhez.[3] Az állami felelősség olyan módon áll fenn, hogy a lakosság egészségügyi állapotáért és az ehhez elengedhetetlen feltételek biztosításáért az állam felelős és ez magába rejti mind a lakosság egészségi állapotának megőrzését, illetve betegség esetén egészségének lehető legrövidebb időn belül újbóli megszilárdítását. Fontos kérdés, hogy a szóban forgó alkotmányos követelményből milyen tényleges, konkrét kötelezettségek hárulnak az államra és ezekből melyek és hogyan valósulnak meg a gyakorlatban, mit jelent az orvosi ellátás megszervezése és mely kötelezett-

2 1949. évi XX. törvény. A Magyar Köztársaság Alkotmánya 70/D. § (1) és (2) bekezdések

3 56/1995. (IX.15.) AB határozat. Indoklás III/3.

ségek kapcsolódnak az egészségügyi intézmények fenntartásához, röviden az egészségügyi ellátás biztosításának a kötelezettségéhez.[4]

A felsorolt egészségügyi kötelezettségek teljesítése, az egészségügy szervezésével és irányításával kapcsolatos jogok gyakorlása több szerv kompetenciáját is érinti, mégpedig az Országgyűlést, a Kormányt, a minisztert, az egészségügyi államigazgatási szervet, a helyi önkormányzatokat, az egészségügyi szolgáltatók további fenntartóit, az egészségbiztosítási szerveket (például a Regionális Egészségbiztosítási Pénztárakat (a továbbiakban: REP)) és végül a Regionális Egészségügyi Tanácsokat (a továbbiakban: RET).

Az egészségügy szempontjából jelentős szervek

Országgyűlés | Az Országgyűlés egészségüggyel kapcsolatos feladatai két relációban érdemelnek figyelmet. Egyrészt, nemcsak közvetlenül egészségügyi tárgyú, de erre közvetetten hatást gyakorló, más közigazgatási ágak körébe tartozó jogalkotás illetőleg az egészségügy financiális alapjait befolyásoló költségvetési törvényalkotás a feladata. Másrészt hatáskörébe tartozik az egészségügyi tervezés alapjának számító, az ország középtávú fejlesztési, stratégiai tervezésének részét képző Nemzeti Egészségfejlesztési Program.

Kormány | A Kormány az egészségügy szervezése és irányítása körében számos vonatkozásban tölt be kiemelkedő szerepet (meghatározza az egészségpolitika elveit, irányítja és összehangolja az egészségügyi államigazgatási feladatok végrehajtását, törvényességi felügyeletet gyakorol az egészségbiztosítási szervek tevékenysége felett stb.). A Kormány szervezéssel és irányítással kapcsolatos feladatainak ellátását és egészségpolitikai munkáját a Nemzeti Egészségügyi Tanács segíti, amely kezdeményező, javaslattevő, véleményező és tanácsadó szervként funkcionál.[5]

4 Kilényi Géza (szerk.): *A közigazgatási jog nagy kézikönyve*. Budapest, Complex Kiadó, 2008. 1281. o.
5 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (a továbbiakban: Eütv.) 148. § (1) és (3) bekezdések

Miniszter | A miniszter[6] az egészségügyről szóló törvényben foglaltaknak és a Kormány egészségpolitikai döntéseinek megfelelően irányítja az egészségügy ágazatait. Feladatai például az egészségügyi szolgáltatások szakmai követelményrendszerének meghatározása és az egészségügy területén működő országos intézetek irányítása. A későbbiekben részletesebben ismertetem, hogy a járó- és fekvőbeteg ellátás keretében történő állami finanszírozás kapcsán milyen feladatai vannak a miniszternek.

Regionális Egészségügyi Tanács | A RET az egészségügyi régióban, a regionális egészségpolitika kialakításában közreműködő szervezet. Feladatainak ellátása során az egészségbiztosítási szervek, az egészségügyi államigazgatási szervek és a gyógyintézetek, a RET számára kötelesek a megfelelő információkat átadni, személyazonosításra nem alkalmas módon.[7] Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló törvény végrehajtása során a Regionális Fejlesztési Tanácscsal együttműködve figyelemmel kíséri a Nemzeti Fejlesztési Terv Operatív Programjának régió szintű megvalósítását, és véleményezi a Regionális Fejlesztési Tanács által eszközölt fejlesztéseket. Ellenőrzi az érvényes finanszírozási és ártámogatási szerződések teljesítését és nyilvántartását, az egészségügyi szolgáltatók működésének, tárgyi és személyi feltételei meglétét, a teljesítményjelentések szakmai és pénzügyi hátterét. Az ellenőrzés eredményétől függően akár szankcionálhat is. A RET továbbá a kapacitások elosztásába folyna bele (ágyszámok, óraszámok), de a tevékenysége kiüresedett és várhatóan meg is fogják őket szüntetni. A Regionális Egészségbiztosítási Pénztár megyei kirendeltsége fogadja a szerződés alapján történő elszámolásokat, feldolgozza és utalásra előkészíti őket.

Önkormányzat | Végül, a dolgozat szempontjából legfontosabb szervek, a helyi önkormányzatok egészségügyet érintő feladatait ismertetném. A helyi önkormányzatokról szóló törvény szerint a

6 Az egészségügyért felelős államtitkár
7 Eütv. 149/A. § (1)-(5) bekezdések

helyi közügy fogalma a lakosság közszolgáltatásokkal való ellátása (a közhatalom önkormányzati típusú helyi gyakorlása), valamint mindezek szervezeti, személyi, és anyagi feltételeinek helyi megteremtéséhez kapcsolódnak. A települési önkormányzatok feladatkörében, a helyi közügy immanens eleme az egészségügyi és szociális ellátás kötelezettsége.[8] Az ehhez szükséges feltételek biztosításához, az Alkotmány 44/A. § (1) bekezdés c) és d) pontja alapján meghatározott mértékű és fajtájú adóbevételekre, saját bevételekre jogosultak. Ezekből a bevételekből meghatározott mértékben finanszírozzák a helyi egészségügyet és gyakorolják tulajdonosi jogaikat.

A települési önkormányzat az egészségügyi ellátás körében gondoskodik a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátásról, a fogorvosi alapellátásról, az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti-, védőnői- és az iskola egészségügyi ellátásról.[9] A helyi önkormányzat biztosítja a tulajdonában vagy használatában lévő járóbeteg és fekvőbeteg szakellátást nyújtó egészségügyi intézmények működését. Fontos megjegyezni, hogy ezek csak az alapok. A megye egész területére (vagy nagy részére) kiterjedő közszolgáltatások biztosítását törvény, a megyei önkormányzatok kötelező feladatává teheti. Ennek körében a megyei önkormányzat gondoskodik az alapellátást meghaladó egészségügyi szakellátásról, amennyiben külön törvény szerint ellátásra kötelezett települési önkormányzat nem vállalja.[10]

A tulajdonost, illetve fenntartót terhelő legfontosabb kötelezettségek az alapítással, az intézmény működését szabályozó dokumentumok jóváhagyásával, a személyi és tárgyi feltételek biztosításával, a működés folyamatos felügyeletével és ellenőrzésével, a vezetői struktúra alakításával, a vezetők feletti munkáltatói jogok gyakorlásával kapcsolatosak.[11]

Az egészségügyi ellátási kötelezettségről szóló törvény a tárgyi feltételek biztosítását, a tulajdonosok feladatává teszi. Az önkormányzati tulajdonban lévő kórházak nagy részét azonban azok a

8 1990.évi LXV. törvény a helyi önkormányzatokról, (a továbbiakban: Ötv.) 8. § (1) bekezdés

9 Eütv. 152. § (1) bekezdés

10 Ötv. 70. § (1) bekezdés b) pont

11 Eütv. 155. § (1) bekezdés és (2) bekezdés b) pont

megyei önkormányzatok tartják fenn, amelyeknél felhalmozási célú pénzeszközök nem, vagy csak elenyésző mértékben képződnek. Miközben tehát az önkormányzatokat törvény kötelezi a tárgyi feltételek megteremtésére, az ehhez szükséges forrásokat a költségvetési törvény nem biztosítja számukra.

Magyarországon 165 fekvőbeteg intézmény (kórház) működik, amelyből 116 önkormányzati tulajdonban van. A lakosság többségében természetesen nem a magánkézben lévő drága szolgáltatásokkal operáló, hanem az önkormányzatok által fenntartott egészségügyi intézmények szolgáltatásait veszi igénybe, melyek részben vagy egészben ingyenesek.

Az egészségügyi szolgáltatások[12] és az egészségügy rendszere

A WHO szerint, az egészségügy rendszerébe azok a tevékenységek tartoznak melynek célja az egészség előmozdítása, helyreállítása vagy stabilizálása. Ezt a célt szolgálják többek között az egészségügyi intézmények, a közegészségügy, az otthoni ápolás, a természetgyógyászok és az egészségügyi felvilágosítás. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) alapján az egészségügyi szolgáltatási rendszer részei a népegészségügy, a megelőző ellátások, a szűrővizsgálatok, az ügyeleti ellátás, a mentés, a betegszállítás, az ápolás, a haldokló betegek gondozása, azaz a hospice tevékenység, az orvostechnikai eszközellátás, a gyógyszer kiskereskedelem, a pszichoterápia és klinikai szakpszichológia, a rehabilitáció, a természetes gyógymódok, a vérellátás, az orvostudományi kutatások, a katasztrófa-egészségügyi ellátás és az egészségügyi szakértői tevékenység. Megfelelő működéséhez az egészségpolitika, a finanszírozási rendszer (forrásteremtés, forrás allokáció[13]), a szolgáltatási szektor és az erőforrások termelése harmonikus együttműködése szükséges.

12 Az egészségügyi hatóság által kiadott működés engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenységek összessége.
13 Valamely erőforrás szabad kapacitásának használatba vétele, felosztása, szétosztása.

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Ebtv.) rendszere alapján három csoportba sorolhatjuk az egészségügyi szolgáltatásokat. Elsőként, melyek a betegségek megelőzését és korai megismerését szolgálják. Másodsorban a gyógykezelés céljából végzett ellátásokat, így a háziorvosi ellátást, fogászati ellátást, járóbeteg szakellátást és a fekvőbeteg-gyógyintézeti szakellátást. Végül az egyéb egészségügyi szolgáltatásokat, úgy mint szülészeti ellátás, orvosi rehabilitáció és betegszállítás, betegmentés.

Nem vehetők igénybe az Egészségbiztosítási Alap terhére a következő egészségügyi szolgáltatások:[14] járványügyi ellátások, a vérellátás, a népegészségügyi feladatok ellátása, az egészségfejlesztési feladatok ellátása, a katasztrófa egészségügyi ellátás, a foglalkozásokkal összefüggő alapszolgáltatások, meghatározott orvosszakértői vizsgálatok és szakvéleményezés. A különösen veszélyes (extrém) sportolás, szórakoztató- szabadidős tevékenység közben bekövetkezett baleset miatti ellátások finanszírozása sem megengedett, továbbá, a művi meddővé tétel, a kizárólag orvostudományi kutatás keretében nyújtott ellátások, a látlelet kiadása, a nem kötelező védőoltással a biztosított immunizálása stb.

Az egészségügy alakulása éppúgy hat a nemzetgazdaság egészének változására, ahogy a gazdaság hat az egészségügy fejlődésére, a munka-erőforrások újratermelésével és a lakosság egészségügyi állapotának biztosításával.

Az állami költségvetés és a kórházak finanszírozásáért felelős szervek

Az egészségügyről szóló törvény[15] értelmében az állami felelősség magában hordozza[16] az egészségügyi ellátórendszer megfelelő mennyiségű, minőségű, eloszlású, összetételű és hatékonyságú működése általános feltételeinek megteremtését és az egészségbizto-

14 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól (a továbbiakban: Ebtv.) 18. §

15 Eütv. 141. § (2) bekezdés a, b) pont (3) bekezdés c)-d) pont

16 A teljesség igénye nélkül, csak a dolgozat témája szempontjából releváns pontokra térek ki.

sítási rendszer működésének biztosítását (általános feltételeken a szervezési, intézményi, oktatási és kutatási feladatokat értjük). Továbbá az egészségpolitika céljait szolgáló finanszírozási, fejlesztési és információs rendszer kialakítását és fejlesztését; az egészségügyi szolgáltatások szakmai feltételrendszerének meghatározását, biztosítását és ellenőrzését. Ha törvény kivételt nem tesz, az egészségügyi rendszer szabályos működését a központi költségvetésből, az államháztartásból kell biztosítani.[17]

Államháztartási rendszer és Egészségbiztosítási Alap | Az államháztartás lényegében az állam feladatvállalási filozófiája, mely egy adott időszakra vonatkozóan a közfeladatok finanszírozását rendszerezi. Az államháztartás korábban 4 alrendszerre tagolódott, de 2010. január 1. óta a jogi személyiséggel nem rendelkező társadalombiztosítási alapok és az elkülönített állami pénzalapok a központi alrendszer részét képezik, azaz az államháztartás két alrendszerből áll: a központi alrendszerből és az önkormányzati alrendszerből.[18] Az állami kiadások fedezéséhez szükséges bevételek formái sokfélék. Jellegük alapján két csoportot alkotnak: az egyik a végleges, vagy vissza nem térülő bevételek (adók, vámok, illetékek, járulékok befizetése, hozzájárulások, bírságok) és a másik az átmeneti, vagy visszatérülő bevételek (belső kölcsönök, külföldi kölcsönök és az egyéb visszatérítéses pénzigénybevételek). Az egészségügyi intézmények esetében érdekes kettősség áll fenn, az államháztartáshoz, annak alrendszereihez speciális módon kapcsolódnak. Ezeket tekintve az önkormányzati kórházak két alrendszerhez is csatlakoznak: a költségvetési ágon az önkormányzati alrendszerhez, míg a finanszírozás vonatkozásában a társadalombiztosítás (így a központi alrendszer) egyik szervéhez, az Országos Egészségbiztosítási Pénztárhoz.

Mind a természetbeni, mind a pénzbeli egészségbiztosítási ellátások finanszírozására az államháztartás társadalombiztosítási al-

17 Megfelelő mennyiségű, minőségű, eloszlású, összetételű és hatékonyságú működéséhez szükséges feltételek megteremtését.
18 1992. évi XXXVIII. törvény az államháztartásról 2. § (1) bekezdés

rendszerének Egészségbiztosítási Alapja szolgál. Az Országgyűlés az E. Alap 2011. évi bevételi főösszegét 1 370 936,7 millió forintban, kiadási főösszegét 1 458 559,9 millió forintban, hiányát 87 623,2 millió forintban állapította meg. Már ebből is láthatjuk a továbbiakban tárgyalandó probléma gyökerét, a folyamatos túlteljesítés „árát".[19]

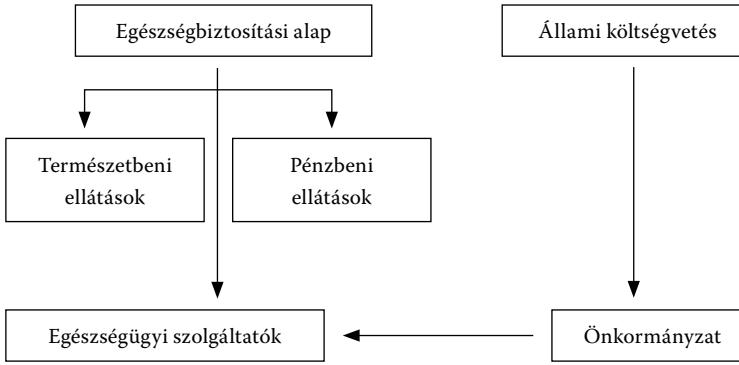
Az E. Alap bevételi forrásai alapvetően ötféle fizetési kötelezettségi jogcímet foglalnak magukban, így a társadalombiztosítási járulék egy részét, amit a foglalkoztató fizet egészségbiztosítási járulékként, a biztosítottat terhelő egészségbiztosítási járulékot, az egészségügyi szolgáltatási járulékot, táppénz-hozzájárulást és az egészségügyi hozzájárulást. Ezek beszedésével valamint a fizetési kötelezettség teljesítésének ellenőrzésével kapcsolatos közigazgatási feladat és hatáskörök az Adó- és Pénzügyi Ellenőrzési Hivatal illetékes regionális igazgatóságának kompetenciájába tartoznak.[20]

Országos Egészségbiztosítási Pénztár | Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (a továbbiakban: OEP) központi hivatal, az egészségbiztosításért felelős miniszter irányítása alatt működő központi államigazgatási szerv. Az Országgyűlés felhatalmazása alapján a Kormány hozta létre 1991-ben. A Kormány egészségbiztosítási szervként – ha kormányrendelet eltérően nem rendelkezik – az OEP központi szervét jelöli ki. A szervet egészségügyi miniszter az egészségbiztosításért való felelősségi körében irányítja, a főigazgató vezeti. Az OEP önállóan gazdálkodó, az előirányzatok felett teljes jogkörrel rendelkező költségvetési szerv, költségvetését a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak költségvetésében kell meghatározni. Feladatait központi szerve és területi igazgatási szervei útján az ország egész területére kiterjedő illetékességgel látja el.

Központi hivatalként ellátja a jogszabályokban meghatározott feladatait,[21] ennek keretében végzi az E. Alap kezelésével – ideértve a finanszírozással kapcsolatos feladatokat –, a nyilvántartások vezeté-

19 2010. évi CLXIX. törvény a Magyar Köztársaság 2011. évi költségvetéséről 20. § (1)
20 Kilényi, 2008. I. m. 1391-1392. o.
21 Országos Egészségbiztosítási Pénztárról szóló 317/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet.

sével, a pénzügyi elszámolásokkal és az adatszolgáltatási kötelezettséggel kapcsolatos feladatokat. Részt vesz az E. Alap költségvetésének tervezésében és a zárszámadás elkészítésében, ellátja a területi igazgatási szervek működési költségvetésével, valamint az E. Alap részletes előirányzatainak megállapításával kapcsolatban hatáskörébe utalt feladatokat. Az igazgatási szervei vonatkozásában koordinálja, felügyeli, elemzi és ellenőrzi a hatáskörükbe tartozó feladatok ellátását.



1. ábra: Az egészségbiztosítási finanszírozás fő elemei[22]

Egészségügyi ellátási jogosultságok

A dolgozat szempontjából nem mellékes kérdés, hogy az Egészségbiztosítási Alap, amiből a kórházak finanszírozása is történik, milyen adókból és járulékokból áll, ezért röviden ismertetném, hogy kik azok, akik járulékfizetésre kötelezettek és kik azok, akik a nemzeti kockázatközösség elve alapján ellátásra jogosultak.

A Magyar Köztársaság területén élő magyar állampolgárok valamennyien jogosultak az egészségügyi ellátásokra. Az egészségügy nem teljes mértékben ingyenes ugyan, de szolidaritási alapon mű-

22 Forrás: Sugár Katalin: *Egészségügy, társadalombiztosítás, szociálpolitika*. Jegyzet. Budapest, Pénzügyi és Számviteli Főiskola, 1994.

ködik, azaz az igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások nem függenek a biztosított által befizetett összeg nagyságától, azokat a biztosított, egészségi állapota által indokolt mértékben veheti igénybe.

Az ellátásra való jogosultságot a biztosítási jogviszony, vagy a jogosulti státusz határozza meg. Ez utóbbi minősítésétől függ az is, hogy valaki járulékfizetésre kötelezett, vagy a szolidaritási elv érvényesülése alapján az állam fizeti utána a járulékot. Jelenleg 3,7 millió járulékot és adót fizető állampolgár fedezi majdnem 10 millió ember ellátásának költségét.[23] Akik jövedelemmel nem rendelkeznek, de jogosultak (nyugdíjas, kiskorú, nappali tagozatos hallgató stb.) azok után a központi költségvetés az adóból fizet hozzájárulást az Egészségbiztosítási Alap részére.

A biztosítottak (pl. munkavállalók, társas vállalkozók) bejelentését az egészségbiztosítás nyilvántartásába munkáltatójuk teljesíti, és köteles utánuk a járulék bevallására és megfizetésére. Biztosítottnak minősülnek az ún. önfoglalkoztatók is (pl. egyéni vállalkozók), bejelentésüket és a járulék bevallását/megfizetését saját maguk kötelesek teljesíteni. A jogosultak (pl. a nyugdíjasok, a GYED-en, GYES-en lévők, a különböző szociális ellátásban részesülők, a gyermekek és a továbbtanuló fiatalok) bejelentését az ellátást folyósító szerv, intézmény, a közoktatási- illetve a felsőoktatási intézmény teljesíti, de utánuk az egészségügyi szolgáltatási járulékot az állam fizeti. 2009. január 1-től az egyéni bejelentési kötelezettséget az OEP által rendszeresített nyomtatványon, a Regionális Egészségbiztosítási Pénztárhoz (REP) kell teljesíteni.

Érdekesnek tűnik az, hogy a jogviszony és a járulékfizetés között az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság szempontjából szoros összefüggés nem áll fenn. Éppen ezért megtörténhet, hogy a munkáltató ugyan befizeti a járulékot, ám a bejelentés nem vagy hibásan történt meg. Bár a munkavállaló után fizetett járulékok havonta gyarapítják az Egészségbiztosítási Alapot, addig az Országos Egészségbiztosítási Pénztár nyilvántartása szerint az illetőnek

23 http://www.oep.hu/pls/portal/docs/page/szakma/oephuszak_euszolg/jvell_szolg/tajekoztato20100303.pdf, 3. o. (letöltés ideje: 2010. november 2.)

rendezetlen a jogviszonya. A másik eset, hogy a munkáltató ugyan bejelenti a munkavállalót, de nem fizet utána járulékot, attól még a munkavállaló jogviszonya rendezett. A járulékfizetési kötelezettség teljesítésének ellenőrzése az APEH feladatkörébe tartozik.[24]

A finanszírozási rendszer kialakulásának történeti áttekintése[25]

A szakellátás reformja 1993. július l-jén, a teljesítményarányos finanszírozás bevezetésével kezdődött. Szükségszerűvé vált a finanszírozás azonnali átalakítása, mely alapján egy zárt kasszarendszer jött létre, amely az E. Alap biztosítását (védelmét) szolgálja, és amelyben az elosztás az intézményi teljesítmények arányában történik.

Ezen átalakítás célja a ráfordítások hatékonyságának növelése volt. A rendszer alkotói azt szerették volna, hogy a teljesítményektől függő bevétel a tényleges szükségletekhez kapcsolódjon, valamint azt gondolták, hogy a működés racionalizálása erre készteti az intézményeket, és így spontán módon megvalósul az egészségügyi ellátórendszer kívánatos átalakulása.

A járóbeteg és a fekvőbeteg szakellátásban valamint a krónikus fekvőbeteg ellátásban megjelenő teljesítmények mérésére kialakított arányszámok (HBCS súlyszámok, WHO kódokra épülő pontszámok) megjelenése nem tükrözik életszerűen az ellátások, esetek költségarányait, azok eltérő bonyolultságát. Ezért jelentős szerepet kapnak a különféle "kiegyenlítési technikák", a teljesítmények alapján számított bevételek kiegyenlítésére (saját alapdíjak, garantált minimumok, szakmai és intézményi szorzók) viszont tartósan megmarad a régi megoldás, az intézmények pénzügyi pozícióinak múltból eredő eltérése is. Az elosztási technika változása a finanszírozás átalakítási folyamatát jelentette, és így nem haladt előre a normativitás, a távlatilag a szolgáltatások vásárlására alkalmas árak

24 http://www.oep.hu/pls/portal/docs/page/szakma/oephuszak_euszolg/jvell_szolg/tajekoztato20100303.pdf, 8. o. (letöltés ideje: 2010. november 2.)
25 az állami számvevőszék értékelése alapján: http://www.asz.hu/asz/jeltar.nsf/0/cdd41ce628108e12c1256cb1004405f9?opendocument (letöltés ideje: 2010. november 1.)

kialakítása felé. A felosztható források reálértékét sem sikerült megőrizni, 1995-96. évben elkerülhetetlenné vált a finanszírozható kapacitás kialakítása érdekében a korábbinál konkrétabb beavatkozás.

A fejlesztés korábbi szakaszában elhalasztott döntések és a lakosság egészségi állapotának romlása miatt, az egészségügyben kialakult konfliktusok, az egészségügyi dolgozók alacsony bérei és a kórházak eladósodása a szaktárcát a reform továbbgondolására indította. Az 1999-2000. évben elkészült tervezetek a döntés-előkészítéshez adnak széles körű áttekintést, a megoldás módjait illetően azonban nem tükröznek egyetértést.

Nem kapnak megfelelő hangsúlyt az önkormányzatok tulajdonában levő egészségügyi intézmények ágazati, szakmai irányításának kérdései, így a reformmal kapcsolatos elképzelések sem. Az egészségügyi ellátás kapacitásának tervezése, szabályozása, a szakmai céloknak megfelelő befektetés-politika az állam fokozott beavatkozását, az önkormányzati és az állami feladatok tisztázását, szétválasztását indokolná, és nincs átfogó terv az egészségügyi intézmények eladósodásának megoldására, felszámolására.

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény szerint az Országgyűlés által elfogadott, és 4 évenként felülvizsgált Nemzeti Egészségfejlesztési Program (NEP) az egészségügyi tervezés alapja, az ebben foglaltakat a gazdaságpolitika, a terület- illetőleg településfejlesztés, valamennyi állami tervezés körébe tartozó döntés meghozatala illetőleg végrehajtása során érvényre kell juttatni. A lakosság egészségi állapotának bemutatása mellett a megvalósítani kívánt egészségfejlesztési, egészségvédelmi célokat, az ehhez szükséges eszközöket, pénzügyi forrásokat is a programban kellene meghatározni.

A szakellátások teljesítményarányos finanszírozása teljesítményeit az 1993. évi reformot követően a járóbeteg szakellátásban az egyes beavatkozások WHO pontszáma, az aktív fekvőbeteg-ellátásban a homogén betegségcsoportok (HBCS) súlyszám értéke, a krónikus fekvőbeteg szakellátásban a súlyozott ápolási napok fejezték ki.

Azért, hogy elkerüljék az intézmények pénzügyi helyzetének ellátást veszélyeztető erőteljes megváltoztatását, a teljesítményalapú finanszírozás bevezetésekor az országosan egységes díjtételek (normativitás) helyett a fekvőbeteg szakellátásban az intézmények

saját, egymástól eltérő alap- ill. napi díjait vették figyelembe. A nagy szórást mutató alapdíjakban (17-60 ezer Ft között szóródott a kórházak alapdíja) a kórházak eltérő szakmai felépítése, elismerhető költségigényessége mellett tovább hatott a bázisfinanszírozásban elért pénzügyi pozíciók differenciálódása, és az ellenőrizetlenül elfogadott 1992. évi bázisteljesítmények hatása. Az alacsonyabb alapdíjú kórházak részéről kezdettől fogva igényként jelent meg az indokolatlan eltérések megszüntetése, a normativitás irányába történő elmozdulás. Ennek egyik legfőbb akadálya volt, hogy a reform bevezetését követően hiányoztak a rendszer továbbfejlesztését megalapozó intézkedések.

Az egészségügyi szolgáltatók alapdíjainak egy lépésben történő egységesítése nagyon is kockázatos lépésnek tűnt, amit az OEP-nél végzett modellszámítások is alátámasztottak. Egy ilyen intézkedés a kórházak között a működőképességet veszélyeztető forrásátcsoportosítást eredményezett volna. Időszakos megoldásként az tűnt a legkézenfekvőbbnek, hogy az egységesítésre való törekvés érdekében az aktív és a krónikus fekvőbeteg szakellátásban 1996. január 1-től bevezetésre került a havi teljesítmények arányában változó egységes alap- illetve napidíj. Időközben korrekciókra volt szükség, és így ezek bevezetéstől számított egy éven belül összesen 5 ízben változott a finanszírozást leíró matematikai összefüggés. Miután a kasszában rendelkezésre álló összeg gyakorlatilag állandó volt, a finanszírozási képlet változtatásával korrigálni kívánt anomáliák helyett azonnal újak és látszólag bonyolultabbak keletkeztek.

A bevételek kiszámíthatatlan, a teljesítményektől elszakadó folytonos változása nagymértékben hozzájárult az egészségügyi intézményrendszer gazdálkodási problémáinak kialakulásához. Ebből kifolyólag új finanszírozási folyamat kezdődött 1997. március 1-jével, amelyet megelőzött a homogén betegség csoportok teljes revíziója. A finanszírozási adatokból megállapítható, hogy az 1997. évi változtatásokkal sem sikerült megfelelően kezelni a személyi és tárgyi feltételek szempontjából igényesebb ellátások finanszírozási problémáit.

A finanszírozások utalási rendje a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet előírásai alapján megváltozott. A kórházak számláira való kiutalás időpontja már nem az előző hó 22-e, hanem a tárgyhó 1-je

lett, amelyet aztán ismét módosítottak és a kincstári körbe tartozó intézményeknél 2000 januárjától a tárgyhó 22-ére módosult. Az utólagos kiutalás miatt egy havi forgótőkét vontak ki a rendszerből. Ennek következményeként a szállítói fizetési határidők kitolódása, valamint a szállítói adósságállomány (az ezen belül lejárté is) növekedése volt várható.

A teljesítmény alapú finanszírozási rendszerben a kórházi teljesítmények folyamatos emelkedése vált rendszeressé, amelynek okai nem kereshetők kizárólag – az amúgy európai összehasonlításban igen rossz – a lakosság egészségi állapotának változásában. Ebben a szabályozási, érdekeltségi problémák, a megfelelő ellenőrzési rendszer hiánya is szerepet játszott.

Nem jött létre a reformkoncepcióban kiemelt fontossággal bíró komplex ellenőrzési hálózat, nem tisztázódott az ellenőrzésben közreműködő szervezetek kompetenciája, hiányoznak a szakmai ellenőrzés lefolytatásához szükséges protokollok. Hogy ezekre a problémákra mi lenne a megoldás, arra a jövőben derül fény, ehhez további tapasztalati összegzések, átgondolások és számítások lesznek szükségesek.

A KÓRHÁZAK FINANSZÍROZÁSA

Finanszírozási modellek

Európában alapvetően három modellről beszélhetünk. A skandináv mintájú jóléti, a kompenzációs amely Németországban, Ausztriában és Hollandiában jelenik meg és az angolszász országokban kialakult reziduális rendszerről. A jóléti modell a piacgazdaság keretein belül törekszik biztosítani az emberek megfelelő ellátását. A teljes foglalkoztatottságra alapoz, hogy a munkán keresztül biztosítsa a jólétet, mivel a GDP növekedése és a társadalom tagjainak részesedése is a megtermelt javakból történik. A kompenzációs modell a nyitott munkaerőpiaccal operál, melynek ellensúlyaként olyan szociális intézkedéscsomagot hoz létre, mely felfogja a piac negatív hatásait. A modell működtetői szociális piacgazdaságnak nevezik ezt a meg-

oldást. Végül a reziduális modellben a szociálpolitikát a szelektivitás jellemzi, hogy az állam, mint másodlagos kompenzátor jelenik meg.[26]

A magyar finanszírozási rendszer

A magyar finanszírozási rendszer a kórházakra nézve ösztönző megoldásokat próbál létrehozni, így nem beszélhetünk kizárólag az egészségügyre fordított pénzek „begyűjtéséről" és „szétosztásáról". A finanszírozási rendszer nem önmagában, nem „légüres térben" hat. Az adott finanszírozási módszert alapvetően befolyásolja az ország sajátos társadalmi- kulturális viszonya, tradíciója és az egészségügy korábbi működési mechanizmusa. A teljesítmény alapú finanszírozás esetén egy meghatározott teljesítményért, meghatározott árat kapnak a szolgáltatók, mondhatni a pénz követi a beteget.[27] Ilyen módon szabályozott verseny jön létre, ami érdekeltté teszi a kórházakat a hatékonyságra, bár negatív hatásként jelenhet meg, hogy felesleges szolgáltatások végzésére ösztönözheti az orvosokat.

Az Egészségbiztosítási Alapból történő egészségügyi szolgáltatások finanszírozása a ráfordítások alapján meghatározott normán, az ellátandó feladatokon, esetek számosságán, a fejkvótán és a nyújtott szolgáltatások teljesítményarányain, az egyes szolgáltatások esetén a teljesítményegységek mennyiségén alapszik.[28] Az E. Alapból folyósított összeg nem mentesíti a szolgáltató fenntartóját (esetünkben a tulajdonost) az egyéb jogszabályokban előírt fenntartási és fejlesztési kötelezettségek alól.[29] Előfordul, hogy a finanszírozási szerződés megkötésének szempontjából a helyi önkormányzat minősül egészségügyi szolgáltatónak. Ez esetben a finanszírozási összeget az egészségügyi szolgáltatók működéséhez szükséges, azzal kapcsolatos igazgatási kiadásokra nem használhatja fel.[30] A 43/1999. (III.

26 Török Kovács Anett: Az egészségügy-finanszírozás új rendszere Magyarországon. *Polvax. Társadalomtudományi folyóirat*, 1. évf. 3. sz. 1997. 85-86. o.
27 Orosz Éva: *Félúton vagy tévúton? Egészségünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái.* Budapest, Egészséges Magyarországért Egyesület, 2001. 214. o.
28 Ebtv. 34. § (1) bekezdés
29 Ebtv. 35. § (2) bekezdés
30 Ebtv. 35. § (3) bekezdés

3.) Korm. rendelet szerint az Országos Egészségbiztosítási Pénztár a szolgáltatókkal kötendő finanszírozási szerződés tervezetének a felek általános jogait és kötelezettségeit tartalmazó részét az önkormányzatok és a szolgáltatók érdekképviseleti szerveivel a szerződéskötést megelőzően egyezteti, illetve ennek jóváhagyásához a Magyar Orvosi Kamara és a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara egyetértése szükséges. Az egészségügyi ellátási szerződést az egészségügyi közszolgáltatásért felelős szerv köti a feladat ellátását vállaló, nem a saját fenntartásában vagy tulajdonában álló egészségügyi szolgáltatóval. A következőkben néhány felsorolásra lesz szükségünk a szerződések tartalmát és a finanszírozás feltételeit illetően.

Az egészségügyi ellátási szerződés

A szerződés elemei: *(a)* a közszolgáltatásért felelős szerv ellátási kötelezettségébe tartozó feladatok közül az ellátandó szolgáltatások tételes meghatározását; *(b)* az azokat nyújtó egészségügyi szolgáltató megnevezését a külön jogszabály szerinti folyamatos ellátás biztosítására vonatkozó szabályokat; *(c)* az egészségügyi szolgáltató részére átadandó kapacitások és a hozzájuk tartozó ellátási terület meghatározását, *(c)* a szolgáltatások minőségét mérő mutatók, a munkavállalók foglalkoztatásával kapcsolatos garanciális elemeket; *(d)* az egészségügyi szolgáltatások teljesítéséhez szükséges egészségügyi adatok átadására vonatkozó rendelkezéseket; *(e)* a szerződés felmondásának szabályait; *(f)* annak előírását, hogy az egészségügyi szolgáltatónak az Egészségügyi Alapból származó bevételét terhelő, annak mértékét meghaladó kötelezettségvállalása csak abban az esetben érvényes, ha ahhoz az egészségügyi közszolgáltatásért felelős szerv előzetesen hozzájárult; *(g)* a szerződés megkötésekor meglévő vagyonról tételes listát kell kiállítani, és a szerződés megszűnésekor irányadó vagyon elszámolási szabályokat is a szerződésbe kell foglalni; *(h)* továbbá a finanszírozott kórház tájékoztassa a tulajdont és a szervezetet érintő bármely változásról az egészségügyi közszolgáltatásért felelős szervet. Egészségügyi ellátási szerződés csak a finanszírozási szerződés sze-

rinti szolgáltatások összességére köthető.[31] Az egészségügyi ellátási szerződés érvényességéhez az egészségügyi szolgáltató fenntartójának/tulajdonosának hozzájárulása szükséges.[32] A szolgáltató az ellátott betegekről és az ellátásokról nyilvántartást vezet az elszámoláshoz szükséges adatokkal és ezt, a fekvőbeteg szakellátás során nyújtott ellátásokról szóló a jelentéssel az OEP részére kell megküldenie. A jelentés megküldésének határideje a tárgyhónapot követő hónap 5. napja.[33] A gyakorlatban ez akképpen zajlik, hogy az adott havi eredményt fokozott biztonságú elektronikus aláírással hitelesített, autentikus időbélyeget használó és rejtjelezéssel védett elektronikus rendszer útján a következő hónap elejéig megküldik a kórházak az OEP-nek. Az OEP a jelentés ellenőrzését, a teljesítmény utáni díjazás kiszámítását követően a hónap végén utalványoz a kórháznak, ami a következő hónap elején ér a kórház bankszámlájára, így lényegében 2 hónapos csúszás figyelhető meg a kifizetéseket illetően. Az egészségügyi ellátási szerződés alapján ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató köteles vagyoni biztosítékot adni (pl. bankgarancia).[34]

A szolgáltatót a szerződés alapján fixdíj és/vagy teljesítménydíj illeti meg akkor, ha térítésmentes illetve részleges térítéssel ellátást nyújt, és a biztosított TAJ-számát és a részére nyújtott ellátást a beteg dokumentációjában rögzítette. Csak olyan teljesítmény jelenthető elszámolásra, amelynek teljesítése megtörtént, és amelyre az ellátást igénybe vevő egészségének megőrzése, helyreállítása érdekében volt szükség. A teljesítményfinanszírozás során használt szakmai kódrendszerek és finanszírozási paraméterek folyamatos karbantartásáról az egészségügyi miniszter rendeletben gondoskodik.[35]

31 2006. évi CXXXII törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről (a továbbiakban: 2006. évi CXXXII. tv.) 2/A. § (2) bekezdés

32 2006. évi CXXXII. tv. 2. § (5) bekezdés

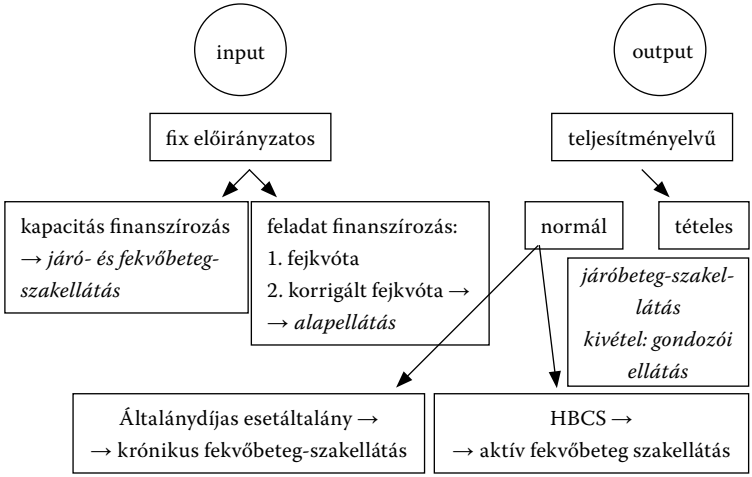
33 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól (a továbbiakban: 43/1999. (III. 3.) Korm. rend.) 3-4. §

34 2006. évi CXXXII. tv. 2/D. § (1) bekezdés

35 Uo. 26. §

A szolgáltatásvolumen a szolgáltató által nyújtható, finanszírozási szerződésben meghatározható szolgáltatásokból, ezek mennyisége, időbeli ütemezése és a többletteljesítmény elszámolásának mértékéből áll. A teljesítményvolument, azaz a járóbeteg és az aktív fekvőbeteg szakellátásra vonatkozóan az elszámolható teljesítmény mennyiségét éves szinten, havi bontásban kell meghatározni. A teljesítményvolumen szerinti finanszírozás alapja a járóbeteg szakellátás esetében pontszámban, az aktív fekvőbeteg ellátás esetében súlyszámban, degresszió figyelembevételével[36] elszámolt teljesítmény. Ezt korrigálni kell többek között a kapacitásváltozással, a finanszírozásra vonatkozó szabályok teljesítményre gyakorolt hatásával, a kapacitás működésének egy hónapot meghaladó igazolt szüneteltetése esetén az ez időszakban kiesett teljesítménnyel, az intézmények közötti teljesítményvolumen-átcsoportosítással, és a külön jogszabályban meghatározott minimális esetszám teljesítésének elmaradása esetén az előző évben teljesített esetszámra jutó teljesítményvolumen mennyiségével. A kórházak nem számolhatják el a finanszírozó felé a biztosított által ártámogatással igénybe vett gyógyászati ellátást járóbeteg szakellátási teljesítményként, otthoni szakápolási teljesítményként, illetve fekvőbeteg-intézményben igénybe vett gyógyászati ellátást a felvételtől az elbocsátás napjáig. A teljesítményarányos finanszírozás mellett, havi fix összegű díjat is kaphatnak a kórházak, például az aktív szakellátást végző szolgáltatók esetében rendelkezésre állási díjat, a sürgősségi betegellátási, intenzív, traumatológiai és a fertőző-betegellátásra szervezett osztályainak működtetéséhez.[37]

36 A degresszív finanszírozás, azaz a meghatározott teljesítményvolumentől kezdődően csökkenő díjazás 2008-ban megszűnt és 2011 márciusában vezették be újra.
37 43/1999. Korm. rendelet 27. § (11) bekezdés



2. ábra: Finanszírozási technikák Magyarországon[38]

Járóbeteg szakellátás finanszírozása

Járóbeteg ellátásról akkor beszélünk, ha nem az egészségügyi intézetben fekvő, hanem csak szakirányú vizsgálatra megjelenő betegeket látnak el. Az Ebtv. zárórendelkezései között találjuk, hogy az egészségbiztosításért felelős miniszter felhatalmazást kap, hogy az államháztartásért felelős miniszterrel egyetértésben, rendeletben határozza meg a járóbeteg szakellátás körébe tartozó beavatkozási csoportokat és azok pontértékét, valamint a járóbeteg szakellátás egyes tevékenységeinek minimális ellátási idejét.[39] A finanszírozási szerződésben meg kell határozni a járóbeteg ellátást nyújtó rendelési helyeket, óraszámokat, az E. Alap által finanszírozott szakfeladatokat, a finanszírozó által nem finanszírozott rendeléseket, illetve a

38 Karner Tamásné: *Gazdálkodás az egészségügyben különös tekintettel a kórházak finanszírozására.* [Doktori értekezés] Sopron, Nyugat-magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Kar Gazdasági Folyamatok Elmélete és Gyakorlata Doktori Iskola Közösségi Gazdálkodástan Alprogram, 2005. 83. o.
39 Ebtv. 83. § (3) bekezdés

teljesítmény mennyiségét és a teljesítésének időbeli ütemezését. [40] A járóbeteg szakellátás esetében a német pont a teljesítmény mértékegysége. A lebegő rendszerben az OEP felosztja a járóbeteg kaszszában levő fix összeget az országos összesített pontokkal. Így jött létre az egy pont forintértéke. 1 pont jelenleg 1,5 forintot[41] jelent. A járóbeteg szakellátásban érvényesülő lebegő pont-forint érték a tevékenység magas szinten tartására (kódolási munka) kényszeríti az intézményeket, mert különben csökkenne finanszírozási részesedésük. A teljesítményvolumen-korlát (TVK) alatt való teljesítés utáni finanszírozási összeg számítása: ∑ pontszám x 1,46 Ft = tárgyhavi finanszírozási összeg (OEP-bevétel); Felső bevételi korlát: TVK alapján számított bevétel (TVK x 1,46 Ft).

Ha a kórház a TVK felett teljesít, az állam a többletteljesítmény kifizetését habár garantálja, de degresszív csökkenő módon. Tehát nem a teljes 1,5 Ft-os áron fizet, holott az előzőekben láttuk, hogy az állam a törvényben meghatározott ellátások teljesítését akkor is biztosítani köteles, ha az ahhoz szükséges kiadások az E. Alapból nem fedezhetők. Korábban, míg a degresszív finanszírozás „szünetelt" a jogalkotók egy technikai csavart alkalmaztak, mégpedig a következőt. Ha a kórház az adott TVK felett teljesített, tehát többlet ellátást végzett, az OEP ebben az esetben is csak a felső bevételi korlát szerinti összeget finanszírozta. Ez esetben is meghatározható volt visszaosztással az egy teljesítményegységre (pontszámra) jutó bevétel, azonban a magasabb teljesítmény révén csökkent a teljesítményegységre jutó fajlagos OEP-finanszírozás (1,46 Ft/pont helyett akár 1,2 Ft/pontértékre is lecsökkenhetett a teljesítménytúllépés mértékétől függően). S mivel egy megyei szintű kórház havi járóbeteg teljesítménye elérheti akár a 70-80 millió pontot is, a 0,2 Ft/pont nagyságrendű fajlagos bevételcsökkenés havi 14-16 millió Ft bevételkiesést is eredményezhetett.

Így a fentiek alapján az OEP – az állam – látszatra minden elvégzett teljesítményt, minden orvos- beteg találkozást kifizet, ahogy az a törvénybe foglalt feladata, csak alacsonyabb egységáron, csökkentett mértékben. A degresszív finanszírozási rendszerben, a túltelje-

40 43/1999. Korm. rendelet 29. § a)-h) pont
41 2011. január 1-től

sítés kifizetése sávos rendszerben történik. A teljesítményvolumenkorlát mértékéig az állam mindent rögzített fix áron kifizet, e korlát felett pedig degresszív módon csökkenő mértékben finanszírozza a korlát fölé eső teljesítményt. Bár a teljesítmény finanszírozása előre maghatározott kvóta alapján történik, a járóbeteg ellátás esetén előforduló havi teljesítményingadozás kiegyenlítésére – ha ez a tendencia országos – az E. Alap költségvetéséből megközelítőleg 420 millió forintos elkülönített tartalékkeret szolgál.

A teljesítmények rögzítése a rendelési helyeken, a gondozást végző részlegeken és a szakambulanciákon a napi betegforgalmi nyilvántartás kitöltésével történik, amely alapján az egészségügyi szolgáltató megküldi a finanszírozónak az elszámoláshoz szükséges adatokkal[42] a teljesítményjelentést.[43] Teljesítményként az önálló elszámolási tételként meghatározott ellátáshoz tartozó pontértéket lehet elszámolni, ha a finanszírozási szerződésben meghatározott és ténylegesen teljesített szolgáltatásról van szó, és ez a járóbeteg szakellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról szóló Szabálykönyvben foglaltaknak megfelel.[44]

Kód	Tevékenység megnevezése	Pont
11011	Elsősegély	176
11041	Vizsgálat	750
11044	Intervenciós radiológiai beavatkozás során végzett vizsgálat	468
11047	Alkalmassági vizsgálat tömegsportolásra	654
11048	Vizsgálat hatósági felkérésre	504
11054	Szakorvosi vizsgálat és szakvélemény kiadása szociális ellátásra való jogosultság megállapításához	749

3. ábra: Járóbeteg szakellátás tevékenységi kódjai és a hozzájuk rendelt pontszámok[45]

42 Lásd: 2. melléklet.
43 43/1999. Korm. rendelet 30. § (1) bekezdés
44 43/1999. Korm. rendelet 30. § (2) bekezdés
45 2. számú melléklet a 9/1993. (IV. 2.) NM rendelethez

Nem számolható el a finanszírozó felé járóbeteg szakellátási teljesítményként a fekvőbeteg osztályon kezelés alatt álló valamint az elbocsátást követő 10 napig a beteg részére nyújtott szakellátás. Gyakorlatban ezen teljesítmények ellenőrzése és a korlátok betartásának gyakorlata folyamatos ellenőrzés mellett zajlik, melyet az OEP végez.

Természetesen, mint minden rendszernek, így a járóbeteg ellátás finanszírozásának is akadnak hátrányai. Ilyen például, hogy hiányoznak a járóbeteg szakellátás szolgáltatásainak orvosszakmai, mennyiségi és minőségi követelményei, és gyakran a járóbeteg szakellátás szolgáltatóhelyeinek minőségi, felszereltségeinek hatóságilag ellenőrizhető követelményei. Nem határozható meg pontosan a járóbeteg szakellátás szolgáltatóhelyeinek országos kapacitása (tényleges rendelési idők), illetve az e szolgáltatási körökben lekötött orvosi munkaerő és munkaidő mennyisége.[46]

Fekvőbeteg szakellátás finanszírozás

Tisztázandó, hogy mit értünk fekvőbeteg szakellátáson. Két fajtája: az aktív és a krónikus fekvőbeteg ellátás.[47] Aktív ellátásnak minősülnek a kórházban, szanatóriumban, szakápolási intézményben, valamint fekvőbeteg ellátást nyújtó országos intézetben végzett ellátási események, ahova a biztosítottat felvették és legalább 1 napot, nappali kórházi ellátás esetén 6 órát az intézményben tartózkodott.[48] Krónikus fekvőbeteg ellátásról beszélhetünk akkor, ha a betegség időtartama nem prognosztizálható.

Ahogy a járóbeteg ellátás esetében láttuk az egészségbiztosításért felelős miniszter kap felhatalmazást, hogy az államháztartásért felelős miniszterrel határozza meg, a finanszírozás alapjául szolgáló beavatkozási csoportokat és azok pontértékét. Így, míg a járóbeteg ellátás esetén a finanszírozás pontszámokon és beavatkozási csoportokon, addig itt homogén betegségcsoportokon (HBCs) és súlyszámokon alapul – ami lényegében az amerikai DRG (Diagnosis

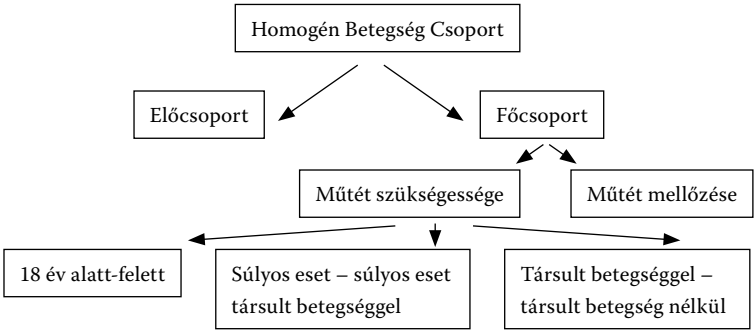
46 Török Kovács, 1997. I. m. 96-97. o.
47 21/1998. (VI. 3.) népjóléti miniszteri rendelet 1. §. (2) bekezdés
48 43/1999. 36. § (1) bekezdés

Related Groups) finanszírozási módszer adaptációja. A súlyszám az egyes csoportok költségigényességének egymáshoz való viszonyítása, mely megmutatja, hogy egy adott csoport ráfordítás-igényessége mennyivel alacsonyabb vagy magasabb az átlagköltségnél, valamint hogy milyen a csoportok egymáshoz viszonyított költségigénye. A finanszírozás alapegysége az eset és nem az egyes beavatkozás.

A fekvőbeteg szakellátás finanszírozása 1993. július 1. előtt a globális költségvetés elve alapján történt, mely szerint a kórházak folyamatos működésükre éves költségvetést kaptak, melyet időről-időre felülvizsgáltak, s ennek során a régi mértékből indultak ki (*ún. bázisfinanszírozás*). Ezt a módszert az aktív fekvőbeteg-ellátásban 1993. július 1.-től fokozatosan, a teljesítményfinanszírozás váltotta fel, mely 1998. február óta tekinthető teljesnek. A HBCs-n alapuló teljesítményfinanszírozás Magyarországon 1993-tól kezdődően, előbb a HBCs 4.3, majd 2004-től az 5.0 verziója alapján van érvényben.

Az ellátott aktív kórházi eseteket a besorolási tényezők alapján első lépésben a homogén betegség főcsoportjához vagy előcsoporthoz kell rendelni, majd ezen belül a csoport-meghatározásban a besorolási tényezőnek minősülő beavatkozás az elsődleges szempont. Az előcsoportba tartoznak azok az ellátások, amelyek többféle betegség szerinti főcsoportba is tartozhatnának, azonban pont a homogenitás követelménye indokolja, hogy ne sorolják be őket önálló altételként minden főcsoportba, illetve az eset ráfordítás igényessége és nehézsége miatt kell minden más szempont előtt meghatározni. Az előcsoportba tartoznak például a kemoterápiák egy része, a sterilizáció, a többszörös jelentős traumák, szervátültetések mint költséges eljárások.

Az előcsoportba nem tartozó esetek a fődiagnózis alapján kerülnek a főcsoportokba. A főcsoportba tartoznak a szervrendszeri megbetegedések, így a daganatos, fertőzéses eredetűek és a sérülések, mérgezések, tünetek is ide tartoznak, ha csak az adott szervrendszerre lokalizáltan jelennek meg.



4. ábra: A besorolás fő lépései[49]

Fekvőbeteg osztályok tekintetében a teljesítmény szerinti finanszírozási összeget a progresszív betegellátás, a traumatológiai és a fertőző-betegellátásra szervezett osztályainak működéséhez szükséges rendelkezésre állási díj tekintetében kell megállapítani. Krónikus fekvőbeteg osztályok esetén az ágyszám és tárgyhónap napjainak szorzatából kapott eredmény számolható el egy ápolási napként a havi teljesítményjelentésben.[50] Minden osztályos ápolási esetről adatlapot kell felvenni, melynek tartalmaznia kell az intézmény és az ellátó osztály megnevezését, beküldő kódját, az ellátott személy nevét és TAJ-számát, a betegségek és orvosi ellátások megnevezését, kódját és típusjelét, és végül a felvétel és az elbocsátás idejét és a távozás módját.

Az előbbieket összegezve a kórházak havi bevételét a következő tényezők határozzák meg: a kezelt esetek súlyszámainak összege, az országos díj aktuális forintértéke, a többi egészségügyi intézmény teljesítménye és az adott évben országos szinten az aktív fekvőbeteg ellátásra rendelkezésre álló összeg.

49 Nagy Júlia: *A fekvőbeteg szakellátás finanszírozásának alapjai. Finanszírozás homogén betegségcsoportok szerint. SOTE Rezidens Oktatási Program 2009. június.* 46. o. http://hsmtc.hu/wp-content/uploads/2009/03/nagy_fekvobeteg_hbcs_juni.pdf (Letöltés ideje: 2010. november 1.)
50 Lásd: 1. melléklet.

A HBCs alapú finanszírozási rendszer alkalmazására azért került sor, mert a jelenlegi ismeretek szerint a legjobban képes összefüggést teremteni a kórház felelőssége, ténylegesen elvégzett feladata, a finanszírozás mértéke között. Ebből következően megállapíthatjuk, hogy a HBCs finanszírozási rendszer és a beteg állapota kapcsán nem az ellátott betegségének súlyossága a mérvadó, bár kétségtelen, hogy a kórházi ellátási esemény és a beteg állapota szoros összefüggésben állnak egymással, mely a megfelelő diagnózis fajták megállapításánál bír relevanciával.[51]

A szolgáltatók teljesítményét ez esetben is országos egységes díjjal kell elszámolni.[52] Ezt a díjat akkor kell megváltoztatni, ha az előirányzat keretén belül az egyenletes, kiszámítható finanszírozás biztosítása indokolja. Az OEP kezdeményezésére a változást az egészségügyi miniszter és a pénzügyminiszter együttesen, közleményben teszi közzé. Krónikus- és fekvőbeteg ellátás esetén az országos teljesítményingadozás miatt az E. Alapból 250 + 1700 millió forintos kiegyenlítő tartalékkeret szolgál.

Az ellátási esetek a következőképpen differenciálódhatnak a finanszírozás tekintetében: *(a)* egy finanszírozási esetnek tekinthetjük az egy fekvőbeteg ellátási esetet, attól függően, hogy aktív vagy krónikus minősítésű; *(b)* önálló finanszírozási eset, ha az *(a)* pontban meghatározott beteg meghal és boncolást végeznek rajta; *(c)* ha a beteget több aktív osztályon kezelték, egy aktív finanszírozásnak kell tekinteni; *(d)* új esetnek minősül, ha az előbbi esetben nem aktív, hanem krónikus osztályon helyezik el a beteget (nem minősül új finanszírozási esetnek, ha a krónikus osztályra áthelyezett esetnél normatív ápolási időt követő 5 nap, intenzív rehabilitációra áthelyezett eset tekintetében 3 nap, illetve ha ez kevesebb, a felső határnapon belül nem számolható el a krónikus osztályon nyújtott ellátás); *(e)* egy finanszírozási esetnek minősül a határnapon belüli ismételt felvétel; *(f)* a rövid ellátás (alsó határnap előtt befejezett) eset után az intézmény nem jogosult a teljes homogén betegségcsoport díjra (számítása a teljes HBCs díjnak az alsó határnap számával elosztott hányadosával történik); *(g)* hosszú ellátási esetnél (felső határnapot

51 Nagy, 2009. I. m. 39. o.
52 43/1999. Korm. rendelet 38. § (1)-(6) bekezdés

meghaladó idő) a napi díjazást a krónikus ellátás napi alapdíjának 75 százalékában kell megállapítani; (h) a (g) pontban meghatározott számítástól eltér az intenzív osztályon történő hosszú ellátási eset, melynek napidíja az alapdíj négyszerese.[53]

A kórházak aktív minősítésű osztályai – mint az előzőekben láttuk – a nyújtott ellátás esetében homogén betegségcsoportokhoz (HBCs) rendelt súlyszám alapján részesülnek díjazásban. A HBCs-kbe sorolás módszertanát az egészségügyi miniszter teszi közzé, melyet évente felülvizsgál. A rendszer paramétereinek folyamatos karbantartását azért kell elvégezni, mert az orvosi technológia változása miatt az erőforrásigény (költségigényesség), és így a súlyszámok módosulhatnak.

A műtétes HBCs meghatározását egy adott betegség kapcsán a következő példával szemléltethetjük: 07 3475 Epe- és hasnyálmirigy-vezeték szűkületek és elzáródások endoscopos műtéte öntáguló fémstenttel.

BETEGSÉGEK	BEAVATKOZÁSOK
C2200 Májsejt rák C2210 Intrahepaticus epeút rák C2220 Hepatoblastoma rosszindulatú daganata C2230 A máj angiosarcomája C2240 A máj egyéb sarcomái C2270 A máj egyéb meghatározott rákjai C23H0 Az epehólyag rosszindulatú daganata C2400 Extrahepaticus epeút rosszindulatú daganata C2480 Az epeutak átfedő elváltozása, rosszindulatú daganata C2500(10, 20, 30) Hasnyálmirigy fej, test, farok, vezeték rosszindulatú daganata C2540 Endocrin pancreas rosszindulatú daganata C2570 A hasnyálmirigy egyéb részeinek rosszindulatú daganata C2580 A hasnyálmirigy átfedő rosszindulatú daganata C7720 Intraabdominalis nyirokcsomók rosszindulatú daganata C7870 A máj másodlagos rosszindulatú daganata	16361 Endoscopos sphincterotomia 16362 Endoscopos nasobiliaris drénezés 16367 Wirsungotomia endoscopica et dilatatio eadem 32630 PTC cholangiographia percutanea transhepatica 32631 Percutan transhepaticus drainage (PTD) 32660 Endoscopos retrográd cholangiopancreatographia (ERCP) 32661 ERP pancreatographia endoscopica ESZKÖZÖK 01358 Öntáguló fémstent az epeutak, pancreas vezeték területén történő felhasználásban

53 43/1999. Korm. rendelet 40. §

Az aktív fekvőbeteg szakellátásban szintén érvényesül a TVK szerinti finanszírozás, azaz a TVK szintjéig 150 000 Ft/súlyszám finanszírozásban részesülnek az intézmények, míg a TVK felett a bevételük degresszíven csökkenő. A TVK fontos csoportját képezik az úgynevezett védett TVK értékek, az onkológiai, a kardiológiai, a traumatológiai, valamint a csecsemő- és gyermekgyógyászat, melyek esetében az ellátáshoz szükséges összeget elkülönítetten kell kezelni.

A kórházi ellátás során két szempontnak kell megfelelni az ápolási esetek tekintetében. Az egyik a klinikus szempontja, mely szerint a megbetegedés súlyossága attól függ, hogy milyen funkcióváltozás következik be az ellátott személy állapotát illetően és milyen a betegségének moralitása. Ebbe a csoportba sorolható még a gyógyítás nehézségi foka (az idő-, a munka- és a terápia ráfordítás-igényessége, a műszerigény és a komplikáció veszélyes beavatkozások számossága) és a beavatkozás szükségessége (kell-e vagy nem). A másik csoport, szempont a gazdasági vezető szempontja, melyben megjelenik az ellátás költsége, a ráfordítás és erőforrás igénye és ezzel egyidejűleg a várható bevétel.[54]

A HBCs típusú finanszírozási rendszer előnyei, hogy segíti a költséghatékonysági elvárás teljesülését, mivel a kórházakat az erőforrás-felhasználás optimalizálására készteti, így a betegellátási idő, a felesleges vizsgálatok és ellátások száma csökkenhet. Előnyként értékelhető, hogy ez a megoldás átlátható, bizonyítható és a nyilvánosság által is nyomon követhető, előre meghatározott kvóta alapján a rendszer tervezhetővé és kiszámíthatóvá válik.

Hátrányként jelenhet meg, hogy indokolatlan teljesítménynövelésre ösztönzi a kórházakat (2010 novemberében volt is rá – nem először – példa, ami országos vihart kavart, hogy egy személyt papíron egy olyan kórházban kezeltek, aminek még a közelében sem élt akkoriban), a garanciális elemek és a minőségbiztosítási követelmények hiányában csökkenhet az ellátás minősége.

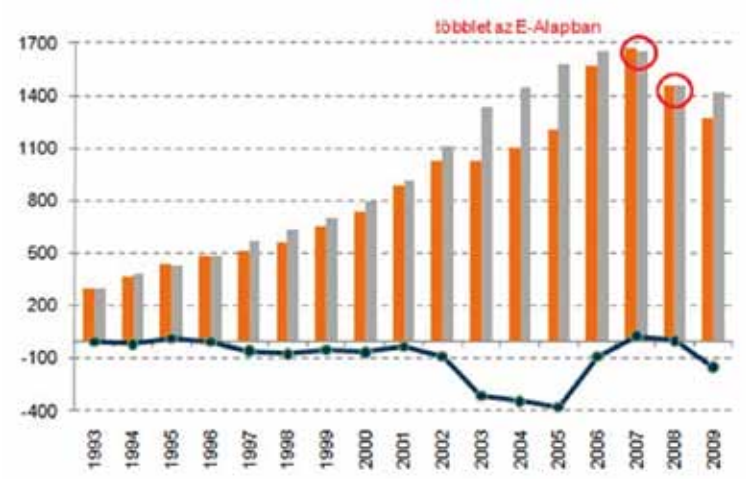
54 Karner, 2005. I. m. 103. o.

FINANSZÍROZÁS A GYAKORLATBAN: GYŐR

A következő jellemzés nem a győri Petz Aladár Megyei Oktató Kórházra vonatkozik, de sajnos nagyon sok hasonlóságot véltem felfedezni a téma kapcsán. Habár ez a kórház folyamatosan fejlődik a folyamatosan megvalósuló támogatásoknak köszönhetően, mégis némelyik osztályon megfigyelhető az a jelenség, hogy: aki kórházi vizsgálatra vár és így hosszabb időt tölt el kórházi vizsgálószoba folyosóján, észreveszi a szedett-vedett bútorzatot, málló vakolatot. Több mosdóban hiánycikk a toalettpapír, a szappan és a kézszárító is. Ez leginkább a nemtörődömség és nem a pénzhiány eredménye.

Mint az közismert, a kórházi tartozások visszatérő országos témát szolgáltatnak. Az utóbbi időkben, olyan hírek láttak napvilágot, hogy mivel rengeteg pénzzel tartoznak az egészségügyi intézmények a beszállítóknak, ha nem egyenlítik ki a tartozásukat, akkor csak az életmentő gyógyszereket tudják szállítani gyógyszerellátó cégek, mivel ők is folyószámlahitelekből finanszírozzák a gyógyszerellátásokat. Hogy mely gyógyszerek sorolhatók az életmentők közé? Érdemes elgondolkodni ezen a kérdésen. Ha pedig eljutnak oda a forgalmazók, hogy nem tudják kifizetni az árut a gyógyszergyártónak, akkor nem lesz mit szállítani. A kórházszövetség elnökének legfrissebb nyilatkozata[55] szerint a kórházak adóssága az év végére a 90 milliárd forintot is elérheti (ez minden tartozást magába foglal). A kormány, a 2009-es parlamenti zárszámadás elfogadását követően mindössze 27 milliárd forint támogatást ígért. A megtakarítás az előző kormány idejében, 2007-ben keletkezett az Egészségbiztosítási Alapban. Az összeg felosztásáról a szakmai szervezetek bevonásával döntenek. Az államtitkár hangsúlyozta: ez nem fedezi az intézmények adósságát, csupán lélegzetvételhez juttatja őket.

55 Rádióinterjú. 2010. október 27.



5. ábra: Az Egészségbiztosítási Alap költségvetése (bevétel, kiadás és egyenleg milliárd forintban)

A Petz Aladár Megyei Oktató Kórháznak (a továbbiakban: PAMOK) – a 2010. októberi kimutatások szerint – 2 milliárd 942 millió forint a tartozása, ebből 116 millió forint a lejárt határidejű. Ennek nagy része a gyógyszerekre illetve a gyógyászati segédeszközökre vonatkozik. „Szerencsére" a gyógyszerforgalmazók pontosan tudják, hogy a kórháznál biztosabb megrendelőt hosszú távon nem találnak maguknak, így nem bontják fel a szerződést a kórházzal, mert a gyógyszereket nem tudják másnak eladni. Ezzel szemben – példának okáért – a közszolgáltató cégeknek (például távhőszolgáltató) a kórház „csak" egy megrendelő. Persze ezt az ultimátumot akkor is meg kell oldani, ha forgalmazó türelmes. Akadnak olyan kórházak is, akiknek nincsenek lejárt határidejű számlájuk. Ilyen például a soproni Erzsébet Oktató Kórház, aki a beszállítókkal átütemezett fizetési határidőben egyezett meg, így időben tud teljesíteni. Ezen a ponton fontosnak tartom megjegyezni, hogy a PAMOK feletti tulajdonosi jogokat a megyei önkormányzat, míg az Erzsébet Kórház felett ezeket a városi önkormányzat gyakorolja.

Mindkét szintnek jelentősen eltérőek a bevételi forrásai. Ahogy azt korábban említettem helyi önkormányzatok képviselőtestületének alkotmányban deklarált feladatai között megtalálhatjuk, hogy törvényben meghatározott feladatellátásához saját bevételre jogosult, és törvényi keretek között állapíthatja meg a helyi adók fajtáját és mértékét. Míg a helyi önkormányzatok jelentős adóbevétellel rendelkeznek, addig a megyei jogú városok önkormányzatainak illetékbevételei jelentős mértékben elmaradnak az előbbitől.

Az önkormányzatok anyagi forrásai rendelkezésre állásának aránytalanságai nem új keletű problémának számítanak. Egy 2001-es tanulmány szerint: „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 fejlesztés 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."[56] Az önkormányzati tulajdonosok forrásképződése a rendszerváltás óta jelentősen csökkent, így elmaradt az elhasználódott eszközök ésszerű pótlása is.

A kórház napi megfelelő működéséért és a teljesítményvolumenkorlát betartásáért a különböző osztályok felelősek, melyek munkájáról és az ellátott betegszámról napi jelentést a Kontrolling készít. Ezt a kórházigazgató főorvos folyamatos ellenőrzése alatt tartja. A jelentéseknek tartalmazniuk kell az előírt, időarányos és tényleges betegforgalom adatait a különböző osztályok tekintetében.[57]

56 Fecske Mihály: Az ideális kórházmodell és a mai valóság. In: *Egészségügy Magyarországon*. (Magyarország az ezredfordulón. Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián. II. Az életminőség tényezői Magyarországon) Budapest, Magyar Tudományos Akadémia, 2001. 111-125. o.
57 Lásd: 3. melléklet.

A PAMOK OEP-al kötött finanszírozási szerződésén túl még más forrásokból is jut bevételekhez. A legfontosabbak ezek közül: *(a)* A kórház három patikát működtet, amelyek közforgalmú gyógyszertárnak minősülnek. Ennek nyereségét a kórház az intézmény működésére fordítja. Ez az összeg független az OEP által folyósított összegtől. *(b)* A kórház térítéses betegellátást is vállal. Ilyen lehet például az üzemorvosi tevékenység, a külföldi betegek fizetés ellenében történő egészségügyi ellátása, és a jogszabályok alapján térítés köteles egészségügyi ellátások, például tüdőszűrés 40 év alatt. *(c)* Bevételnek számítanak továbbá, hogy a kórház némely helyiségét bérleti díj ellenébe vállalkozóknak adja ki. Győrben a kórházon belül működik étkezde (büfé), fodrászat, gyógyászati segédeszköz üzlet, virágbolt és könyvesbolt is. *(d)* Menedzserszűrés esetén a kórház egy vállalat többnyire vezető beosztásban lévő dolgozói számára végez a kórházzal kötött külön szerződés alapján, a vállalat költségére különféle egészségügyi szűrővizsgálatokat. *(e)* Sok bevétel származik az alapítványi támogatásokból. Léteznek a különböző osztályok támogatására létrejött alapítványok (például a „LURKÓ" Győri Kórház Gyermekosztályért Alapítvány), illetve maga a kórház alapítványa a Győri Kórházért Alapítvány mely az adók 1%-ból származó bevételeit műszerbeszerzésre, javításra, oktatásra és továbbképzésre fordítja. *(f)* Végül, de nem utolsó sorban fontos és jelentős bevételnek számítanak a magánszemélyek adományai is.

Az Egészségügyi Fejlesztési Előirányzat, a Nemzeti Fejlesztési Tervvel, a regionális fejlesztési tervekkel, az Európai Unió által meghatározott fejlesztési irányokkal összhangban lévő egészségügyi fejlesztések megvalósítását segítő előirányzat. Központi és regionális részből áll. A központi rész kizárólag a kormányzati projektek, a regionális egészségpolitikai programban szereplő fejlesztések, átalakítások, rekonstrukciók támogatására és finanszírozására szolgál. Az Európai Unió alapjaiból megszerezhető forrásokhoz szükséges önrész kiegészítése is a központi részből történik. A különböző célokat szolgáló források elosztása pályázat alapján történik, ezek szabályszerű felhasználásáért a miniszter felelős. A pályázatok elbírálása és rangsorolása tekintetében azokat a pályázatokat kell előny-

ben részesíteni, amelyek további pályázat útján elnyerhető források megszerzéséhez szükséges önrészt biztosítani tudják, és az ellátás szakmai szervezetének átalakítását szolgálják.

Az Új Magyarország Fejlesztési Terv Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program (TIOP) keretében a Győr-Moson-Sopron Megyei Önkormányzat 10 130 306 912,- Ft összegű vissza nem térítendő támogatást nyert a fenntartásában működő Petz Aladár Megyei Oktató Kórházban megvalósítandó infrastruktúra-fejlesztésre. A megítélt támogatás mellé a szükséges 10% saját erőt, 1 125 589 657,- Ft-ot a Győr-Moson-Sopron Megyei Önkormányzat biztosítja, így 2012 végéig összességében 11 255 896 569,- Ft-os fejlesztés valósul meg az egészségügyi intézményben.

A kórházi ápolásra szoruló betegek, a baleseti sérültek lehető legrövidebb idő alatti felgyógyulásához korszerű körülményekre, fejlett gyógyító eljárások alkalmazására van szükség. A TIOP keretében megvalósuló beruházás a Győr-Moson-Sopron Megyei Önkormányzat fenntartásában működő győri Petz Aladár Megyei Oktató Kórház korszerűsítésére irányul. A fejlesztés alapvető célja a gyógyító-kezelő osztályok fejlesztése, a vezető halálokok miatt bekövetkező korai halálozás mértékének csökkentése, az ellátás minőségének és hatékonyságának javítása, a kórház működési feltételeinek korszerűsítése, a költségek racionalizálása. Mindehhez a mai kor színvonalának megfelelő, egy telephelyen működő intézmény szükséges. A beruházás hosszú távú célja a szervezeti struktúra átalakítása, a komplex és korszerű szolgáltatásokhoz (megelőzés, kezelés, rehabilitáció, gondozás) való egyenlő hozzáférés megteremtése, összességében a lakosság elégedettségének és életminőségének növelése.

A kórház központi telephelyén, a Vasvári Pál utcában működik a központi laboratórium, itt találhatók a pontos diagnosztikához szükséges korszerű, nagy értékű berendezések, ezért a Zrínyi utcai telephelyről gyakran kell átszállítani a betegeket vizsgálatra. Ez megterhelő a rászorultaknak és plusz költséget jelent a kórháznak. A két telephely működtetése az infrastrukturális és egyéb költségeket is növeli. A beruházás során a gazdaságtalanul működő és orvos-szakmai szempontból is korszerűtlen Zrínyi utcai

telephelyen az aktív betegellátás megszűnik, ezzel a működési költségek csökkennek és a humán erőforrás kihasználásának lehetőségei is javulnak.

A projekt keretében építenek[58] egy hatszintes H-alakú új szárnyat, amely 26 000 négyzetméter alapterületű lesz, könnyen elérhető, korszerű és centralizált, akadálymentes ellátó struktúrát teremt. Az *A* épület tetején kialakítanak egy helikopter-leszállót 330 négyzetméteren. A *B* épületben mintegy 3800 négyzetméter felújítására is sor kerül. Az új épület két legfőbb eleme az onkológiai centrum, és a – megyében mostanáig hiányzó – központosított sürgősségi betegellátás fogadóhelyének kialakítása. Az új szárnyban kapnak helyet a járóbeteg ellátást szolgáló ambulanciák, gondozók, valamint a járó- és fekvőbetegek ellátását szolgáló diagnosztikai és egyéb helyiségek. Az első emeleten lesz a kardiológiai ambulancia és gondozó, a neurológiai ambulancia, gyermekgyógyászati ambulancia, a diabétesz ambulancia, a tornaterem és a fizioterápiás egység. A második emelettől az ötödikig alakítják ki a fekvőbeteg részlegeket. A kórtermek 2-3 ágyas, komfortos, vizesblokkal ellátott szobák lesznek. Minden egységben lesz akadálymentesített kórterem is.

A fejlesztés eredményeként egyes szakterületeken a regionális betegellátás csúcsát képező centrumok alakulnak ki. A tervek szerint a projekt 2012 végére valósul meg.

58 Lásd: 5. melléklet.

AZ ÁLLAM EGÉSZSÉGÜGYET ÉRINTŐ REFORMTERVEZETEI

Ahogy a közigazgatás, úgy azon belül az egészségügy is jelentős változásokon ment/megy keresztül a kormányváltást követően. Nem telik el olyan hét vagy nap, hogy ne hallanánk az egészségügy rendszerének, finanszírozásának lehetséges jövőbeni megoldásairól. A legfontosabbak között említeném a patikaalapítás szabályainak változását, a súlyponti kórházak fogalmának megszűnését, a 27,5 milliárdos év végi mentőcsomagot és nem utolsó sorban az egész egészségügy megreformálását célzó Semmelweis Tervet. A Magyar Orvosi Kamara véleménye szerint „az egészségpolitika kialakítása és deklarálása a valós és szakszerű célok definiálása nem a végrehajtó hatalom dolga, a kormányzó pártok illetve az Országgyűlés pedig egyértelműen adós e kérdésben." Továbbá az egészségügy, csak az emberek és a nemzet érdekeinek szem előtt tartásával alakíthat ki célokat. Ennek legfőbb alapvetése, hogy tekintet nélkül arra, hogy ez mennyibe kerül az emberközpontú közpolitika nélkülözhetetlen részét tekintő közgondolkodás (mivel fogalmilag is kizárt) nem szolgálhat önös érdekeket. A célok kialakításában az alaptörvényben deklarált alapelveket kell figyelembe venni.[59]

A patikaalapítás szabályainak változása

A gyógyszerforgalmazásról szóló törvény módosításával a kormányzat, rendezni kívánja a patikai gyógyszerészi tulajdont. Többek között az offshore cégek kialakulásának megakadályozását célozza a gyógyszertárak gyógyszerészi többségi tulajdonhoz való kötése. A már működő gyógyszertárak esetében a törvényjavaslat biztosít átmeneti időszakot 2014. január 1-ig. A gyógyszerészek tulajdoni hányadának meg kell haladnia a gazdasági társaságban az 50 százalékot. A javaslat értelmében ahol már működik közforgalmú

59 http://drinfo.hu/hirek/egeszsegpolitika/13682-a-mok-velemenye-a-semmelweis-tervrol (Letöltés ideje: 2010. december 3.)

gyógyszertár, új közforgalmú gyógyszertár létesítésére az egészségügyi államigazgatási szerv akkor írhat ki pályázatot, ha az új gyógyszertárral együtt számított valamennyi közforgalmú gyógyszertárra átlagosan 50 ezer lélekszámot meghaladó településen legalább négyezer, egyéb településen legalább 4500 lakos jut. A tervezet a patikák ösztönzése érdekében bevezetnék, hogy plusz bevételt kapnak, ha például szintén az olcsóbb, generikus készítményt ajánlják a betegnek.[60]

Az egészségügyi szolgáltatók adósságának rendezésére fordítható konszolidációs támogatásról

Az egészségügy rendszeréből a konvergencia program keretében történő forráskivonás, az ésszerűtlen strukturális átalakítások válsághelyzetbe sodorták az egészségügyi ágazatot, amely a kórházi adósságállomány növekedéséhez, a dolgozók elvándorlásához, talán az ellátások minőségének romlásához, az ellátás és a várólisták idejének meghosszabbodásához vezetett. A támogatásról szóló kormányrendelet tervezet értelmében azonnali beavatkozás szükséges az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásaihoz való hozzáférés folyamatosságának biztosításához, az ellátórendszer hatékonyságának növeléséhez, az ellátórendszer fenntarthatóságának garantálásához és a nyújtott szolgáltatások minőségének javításához.

60 http://www.hirextra.hu/2010/11/15/komoly-valtozasok-elott-az-egeszsegugy/ (Letöltés ideje: 2010. november 29.)

		2006.	2007.	2008.	2009.	2010. (augusztusi állapot)
1.	Előirányzat a tervezett vizitdíjjal, kórházi napidíjjal	660,9	713,8	741,4	727,6	757,6
2.	Kassza a beszedett vizitdíjjal, kórházi napidíjjal		703,7	735,1		
3.	Évközben beépült plussz források	53,1	15,0	22,1	4,5	
	Évközbeni elvonások				-13,0	
4.	A Pénzügyminisztérium által hivatalosan kimutatott Gyógyító-megelőző kassza kiadás	714,0	718,7	757,2	719,1	757,6
5.	Céltartalék címén bérpolitikai intézkedésekre és 13. havi pótlásra fordított összeg	0,0	22,6	24,5	10,0	(11,2)
6.	Tényleges Gyógyító-megelőző kassza kiadás	714,0	741,3	781,7	729,1	757,6
7.	Egészségbiztosítási Alap tervezett egyenlege	-111,3	-27,5	2,0	-8,9	-72,9
8.	Egészségbiztosítási Alap tervezett egyenlege	-111,3	27,4	0,0	-149,5	
9.	Összevont szakellátás a Gyógyító-megelőző kasszából	552,8	526,3	553,4	519,4	545,7
10.	Aktív fekvőbeteg ellátás a Gyógíto megelőző kasszából	362,0	336,1	354,9	325,2	344,2

6. ábra: Az Egészségbiztosítási Alap Gyógyító-megelőző kasszájának alakulása 2006-2010 (milliárd Ft)[61]

A kormány a 2009-es zárszámadás parlamenti elfogadását követő (az előző kormány idején 2007-ben az Egészségügyi Alapban keletkezett) 27,5 milliárd forint elosztásáról és a 43/1999. Korm. rendelet módosításáról szóló kormányrendelet tervezet még elfogadásra vár.[62] A Magyar Köztársaság 2010. évi költségvetéséről

61 Forrás: Nemzeti Erőforrás Miniszter 21296-1/2010. számú kormány-előterjesztéshez kapcsolódó 2. számú melléklet.
62 2010. november.

szóló törvényben meghatározott tartalék keret[63] egészségügyi szolgáltatók közötti felosztásánál az elszámolt teljesítményt, a nettó adósságállományt, a teljesítményvolumen-korlátot és a népegészségügyi szempontból kiemelkedő jelentőségű várólistát kell figyelembe venni.[64] A tartalék keretből való részesedés feltételei, hogy az egészségügyi szolgáltató adatot szolgáltat a pénzügyi helyzetéről az egészségügyért felelős minisztériumnak, részt vesz és együttműködik az egészségügyi ellátó rendszer területi integrációjának kialakításában, és a támogatásban való részesítés ellenére is túladósodott egészségügyi szolgáltató a törvény hatálybalépését követő 60 napon belül konszolidációs tervet készít. A feltételek nem teljesítése esetén, az adott kórház a 2011. évben nem részesülhet – a kapott támogatás mértékéig – az egészségügyért felelős miniszter által feloszthető pontszámból vagy súlyszámból.

Az általam vizsgált Petz Aladár Megyei Oktató Kórház adósságainak fedezése érdekében, a konszolidációs támogatás 788 889 059,- forint.[65]

Semmelweis Terv[66]

„Újraélesztett egészségügy, Gyógyuló Magyarország – Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére". A Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkársága ezzel a címmel készítette el vitairatát az egészségügy megreformálására. Az ágazatot érintő döntő stratégiai kérdésköröket kilenc csoportba osztották: *(a)* Az egészségügyi ellátórendszer ez évi konszolidációs programja. *(b)* A jövő évi költségvetés egészségügyi kihatásai. *(c)* Markáns állami

63 A Magyar Köztársaság 2010. évi költségvetéséről szóló 2009. évi CXXX. törvény 88/A. §

64 1. melléklet a 21296-1/2010. számú kormány-előterjesztéshez 2. § (1) bekezdés (Nemzeti Erőforrás Miniszter 21296-3/2010-0004JKF).

65 Uo. 4. § (1) bekezdés

66 Gyógyuló Magyarország. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére. Szakmai konzultáció – vitairat. Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkár, 2010. október. Nemzeti Erőforrás Minisztérium honlapja: http://www.nefmi.gov.hu/miniszterium/2010/semmelweis-terv (Letöltés ideje: 2010. december 1.)

felelősségvállalás és annak új keret- és feltételrendszere, az állami egészségügy felépítésének vázlatos bemutatása. *(d)* A háziorvosi ellátás megerősítése. *(e)* A szakellátási struktúra fenntartható átrendeződése a 2011. év során. *(f)* Az egészségügyi dolgozók életpályamodelljének meghatározása – irányvonalak. *(g)* A népegészségügyi cselekvési programok kijelölése. *(h)* A gyógyszerpolitika a minőség és költséghatékonyság jegyében történő átalakítása. *(i)* A sürgősségi ellátás kiemelt szerepének hangsúlyozása, és pozíciójának megerősítése.

A vitaanyag szakmai konzultációja és a széleskörű társadalmi egyeztetések 2010. november 4-én indultak. A program három alappillérre építkezve alakította ki a polgári egészségpolitika kereteit, melyek az értékközpontúság, célvezéreltség, a bizonyítékokra való alapozás és a megvalósíthatóság. A *célvezéreltség* alapján tehát a programalkotás az átlátható és világos megfogalmazást szorgalmazza. „A neoliberális piac-, magántőke-, és profit-orientáltsággal, illetve a kritikátlan állampártisággal szemben a célvezéreltség alapelve azt kívánja meg, hogy ne foglaljunk eleve állást különböző eszközök, megoldási javaslatok mellett."[67] A terv szerint a téma alapos, több szempontú megközelítésen alapuló vizsgálatával érhető el a kívánt eredmény. A *bizonyítékokra való alapozás*nak megfelelően, fontos a problémák valódi okainak feltárása, és azok nemzetközi tapasztalatokon és eredményeken alapuló értékelése, elemzése. Végül nyilvánvaló, hogy a *megvalósíthatóság* követelménye a technikai fejlettségi szinthez mért, a társadalmi, kulturális és politikai igényeken belül a lehető leghatékonyabb és legfejlettebb megoldások megalkotását és ezek gyakorlatba való átültetését jelentik.

A tervezet értékelése szerint a minőségbeli, teljesítménybeli és hatékonyságbeli problémák az államszocialista rendszer örökségéből, az elmúlt 20 év reformjainak nemkívánatos hatásaiból, illetve az elmúlt 4 év felelőtlen egészségpolitikai döntéseiből és költségvetési restrikciós intézkedéseiből adódnak. Az egészségügy rendszerének reformációját a működőképességének fenntartásához szükséges

67 Semmelweis Terv 4. o. http://www.nefmi.gov.hu/kereses?searchStr=semmelweis+terv (Letöltés ideje: 2010. november 10.)

azonnali válságintézkedésekkel kell kezdeni. A közép- és hosszú távú fejlesztések a problémák okainak azonosítására és a betegellátó rendszer strukturális átalakítására épülnek.[68]

A teljesség igénye nélkül néhány, a kórházak finanszírozást érintő megoldási javaslatot említenék. A Semmelweis Terv a pénzügyi gazdasági intézkedéseket az azonnali forrásjuttatással kezdte 2010. december 31-ig, melyet a finanszírozási rendszer 2011. évi átalakítása követte a már január 1-jén hatályba lépett módosításokkal. Utolsó lépésben az egészségügyi ellátórendszer teljes struktúraváltozása következne, melynek hatása 2012-re lenne érezhető.

A megoldás pedig a következő lenne. A régi rendszerből megmaradna a társadalombiztosítási modell és az egészségügyi szolgáltatók Országos Egészségbiztosítási Pénztárral kötött, szerződésen alapuló finanszírozási rendszere. Három területi egység szintjén működő, a Nemzeti Erőforrás Minisztérium felügyelete alá tartozó, az egészségügyi ellátókra építő kapacitás-átrendező, a területi ellátó-intézmények menedzsment-koordinációját végző intézményt hoznának létre országos központtal és területi egységekkel, illetve Országos Betegjogi Központ létrehozását tervezik, amely ellátja a betegjogvédelem feladatait.[69]

Az egészségügyi kormányzat a nehézségek ellenére kiemelt területként kezeli az egészségügyi szolgáltatások minőségének kérdését azaz, hogy az ellátások során biztonságos, megfelelő, időszerű, eredményes és hatékony, a betegek elégedettségét szolgáló betegellátás valósuljon meg. A korábban említett minőségpolitikai célkitűzések, melyek illeszkednek a hazai egészségpolitikai irányokhoz és az Európai Uniós irányvonalakhoz, ezen elvek figyelembe vételével kerülnek meghatározásra. A következő egy év feladata a kapcsolódó minőségügyi stratégia kidolgozása.[70]

68 Semmelweis Terv 9. o.
69 Lásd: 6. melléklet.
70 Semmelweis Terv 62. o.

ZÁRÓ GONDOLATOK ÉS *DE LEGE FERENDA* JAVASLATOK

A kórházak tartozás-tehermentesítésével és a finanszírozással kapcsolatban rengeteg kérdés merül fel napjainkban. Lehetetlen és nem kívánatos mindegyikre válaszolni. Mivel az egészségügy kérdése mindennapos téma, folyton terítéken van a jogalkotók asztalán. Zárásképpen pár egyszerű és mindenki számára nyilvánvaló kérdéskört ragadnék ki.

Ahogy az élet bármely területén, így az egészségügy esetében is megfigyelhető, hogy az intézmények a legkisebb ráfordítással próbálnak nagyobb „egészségnyereséget" elérni. Nemcsak Magyarországon, hanem a többi európai országban is gondot jelent, hogy a betegek a kórházi szakellátást, a kórházi kivizsgálást részesítik előnyben, habár a kezelésük háziorvosi ellátás kereteiben is megoldható lenne. Véleményem szerint a háziorvosi rendelők korszerűbb műszerekkel való felszerelésével és ennek propagálásával, a betegek elégedettek lennének a „sima" háziorvosi kivizsgálással is. A betegségek megállapítására és gyógyítására sok esetben a háziorvosok is megfelelő képesítéssel rendelkeznek.

További hátrányos tulajdonságnak vélem az egészségügyi intézményeket illetően, hogy a magyar kórházak elhelyezkedése rendkívül centralizált, a kórházak mérete (az egy kórházra jutó ágyak száma) túl nagy, és így az egy kórházra jutó személyek száma, a kórházak vonzáskörzete is. Ez a tény felveti a problémát, hogy a felesleges kapacitások megszüntetése egész kórházak bezárása révén oldható csak meg. Itt a gazdaságilag helyes megoldás és a földrajzi elérés szempontjai állnak szemben egymással. Mi lehet a megoldás? Építsünk több kisebb kórházat szétszórtan az ország területén? Vegyünk el épületeket, helyeket a mostani kórházaktól? Magyarországon 2006. decemberében jelölték ki a 39 súlyponti kórházat, 24 órás ügyelettel, ötven kilométeres körzetekben. Stubnya Gusztáv a Semmelweis Egyetem főigazgatója szerint annyi előnye volt a rendszernek, hogy súlyponti kórháznak hívták az intézményt, anyagi haszna nem volt belőle, sőt, talán még hátránya is, hiszen a súlyponti kórházak felé nőtt a betegforgalom, plusz finanszírozást pedig nem kaptak. A súlyponti kórházak megszüntetését tartalmazó vitairat által vázolt elképzelés szerint új betegellátási struktúrát

alakítanának ki. Az országot 1-1,1 millió lakosonként 9 nagy ellátási körzetre osztanák, amelyben öt-szintű betegellátási modellt alakítanak ki. Ezeken a területi egységeken belül lennének városi és megyei kórházak, nagytérségi, valamint országos szakmai központok, mellyel szükségszerűen együtt járna, hogy néhány önkormányzat által fenntartott kórházat egy új, területi alapon szervezett hierarchiába kényszerítenének, valamint létrehoznák az Állami Egészségszervezési Központot és az ehhez tartozó térségi igazgatóságokat is, melyek segítenék a kórházak kapacitási kérdéseinek megoldását. A struktúra megvalósítása érdekében egyébként reális elképzelés az államosítás is, melyben az motiválja a kormányt, hogy kikerüljék a helyhatóságok beleszólását. Jelenleg még csak egy koncepcióról, egy vitaanyagról beszélhetünk, melynek a sorsa később dől el.[71] Természetesen e probléma megoldását egy hosszú távú reformfolyamatba kell beleilleszteni. A Semmelweis Tervben már megjelenik egy megoldási javaslat, melyet a későbbiekben ismertetek.[72]

Az informatika világában mi lehetne a harmadik kérdéskör, mint a „kórház-üzem" számítógépes rendszereinek fejlesztése. Az intézmények folyamatosan fejlesztették informatikai rendszerüket, de a teljes tevékenységüket átfogó integrált számítógépes rendszereket nem alakítottak ki. A pontosabb költségnyilvántartás és a teljesítményfinanszírozás miatt az elszámolások és elemzések a belső kontrolling magasabb fokú fejlettségét igénylik. A kórházak többségében a személyi feltételek és a szükséges pénzügyi fedezet nem áll rendelkezésre. Olyan informatikai megoldásokra lenne szükség, amelyek – akár az egyes betegekre lebonthatóan – utókalkulációs jellegű elemzésekre alkalmasak.[73] A kórházak előnyére válna a további működés és fejlesztés tervezéséhez, illetőleg üzleti terveik megvalósításához. Az informatika kiépítése a (belső) információs rendszer szakmai és a pénzügyi ellenőrzéséhez, valamint a kórházak szakmai auditálásának rendszeresítéséhez is hozzájárulna.

71 http://www.weborvos.hu/lapszemle/fejcserek_lehetnek_egeszsegugyben/166343/ (Letöltés ideje: 2010. november 29.)

72 Orosz, 2001. I. m. 205-207. o.

73 Györfy Viktória: *A fekvőbeteg szakellátás finanszírozása*. Sopron, Nyugat-Magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Kar, 2006. 11. o. [kézirat]

Természetesen sokakban felmerülhet a kérdés, hogy mire vezethetők vissza a szervezési nehézségek és a lassú ütemű, vagy egyáltalán nem létező fejlődés. Az említett hiányosságok részben annak köszönhetők, hogy a kórházak vezetői túlnyomórészt orvosok. Persze részt vesznek gazdasági-vezetői képzésen és magas színvonalon elsajátítják azt (lényegében minden második felsőszintű vezető végzett egészségügyi menedzserképzőt), mégis elsődleges feladatuk a gyógyítás. Rendkívül nehéz összeegyeztetni az orvosszakmai és a gazdasági szempontokat: az egyensúlyt megtalálni az orvos-szakmailag szükséges és a gazdaságilag lehetséges megoldások között. Nyilvánvaló, hogy ezeket a szempontokat csak egy mindkét területen képzett menedzser (aki lehet orvos is!) tudná átlátni és működtetni.

Emellett a gazdasági vezető réteg utánpótlása is szegényes. Gondolok itt arra, hogy nincsenek olyan személyek, akik alapvetően pénzügyi, közgazdasági végzettséggel és megfelelő egészségügyi, intézmény-gazdálkodási gyakorlattal rendelkeznek. Sajnálatos tény, hogy a pályázati követelmények alól a fenntartók rendszerint felmentést adnak a jelentkezőknek.[74]

A Semmelweis Terv reformjaival kapcsolatos *de lege ferenda* javaslataim a következők:

1.4.2./21. „A hatékonyság javítása érdekében tehát szükség van az amortizáció és a megtérülés díjtételekbe való beépítésére. Fontos szempont a szektorsemlegesség elve […]" Mi a probléma? Az amortizáció nincs beépítve az Egészségbiztosítási Alapba, ugyanis a tulajdonos feladata lenne az utánpótlás, aki pedig nem tesz eleget ennek. A megoldás véleményem szerint az alapdíj emelése lenne, kérdés, hogy milyen mértékben, hisz az elmúlt 3,5 éves infláció is indokolná.

C.a/1. „[…] a megyénél nagyobb, de a jelenlegi régióktól eltérő területi egységeket (nagytérségeket) tekintjük ellátási egységeknek. Ezek az egységek a jelenlegi kórházhálózat fejlettségi szintjének ismeretében alakítandók ki." Miért indokolt? Az egészségügyi szereplők

74 13/2002. (III. 28.) EüM rendelet az egészségügyi közintézmények vezetőjének és vezető-helyetteseinek képesítési követelményeiről, valamint a vezetői megbízás betöltése érdekében kiírt pályázat részletes eljárási szabályairól.

tisztában vannak azzal, hogy egy Magyarországnyi terület képtelen 54 súlyponti kórházat eltartani. Hátránya, hogy a betegeknek több órát kell utazniuk az ellátásért, hisz a dokumentum szerint a nagytérségi központok a területük „közlekedésileg ide irányuló részeiért felelősek".

1.2./13. „[…] a sorban állás pénzzel kiváltható legyen a közfinanszírozást ellátó intézményekben is […] a soron kívüli ellátás nem a közfinanszírozott ellátások terhére történik. Szűkös TVK mellett jelentene többletbevételt, ha az árakkal fölé tudnának menni a határköltségeknek. Probléma ezzel, hogy nincs rá jelenleg fizetőképes kereslet, a megoldás a többlet TVK teljes alapdíjjal való kifizetése lenne.

1.2./12. „A hálapénz visszaszorítása érdekében megfontolandó a szabad orvosválasztás fizetőssé tett rendszerének egyértelművé tétele." (Betegutak rendbetétele, a pénz többletforrásként való meghatározása.) Jelenleg a szabad orvosválasztás után nincs térítési díj, a többletbevételek realizálása komoly szervezési feladatokat igényel. Sajnos a betegek gondolkodásmódjának megváltoztatása rövid úton lehetetlen, a hálapénz továbbélne. Megoldás: biztos megoldás nincs, talán ezen bevétel a dolgozók jövedelmét növelhetné, de ez nem feltétlenül biztosítaná a hálapénzek megszűnését.

Reformlépésnek tekinthetjük, hogy 2012. január 1-től állami tulajdonba kerül a „megyei önkormányzatok vagyona és vagyoni értékű joga, az általuk fenntartott intézmények, azok vagyona és vagyoni értékű joga, valamint a megyei önkormányzatok tulajdonában lévő jogi személyiséggel rendelkező, vagy jogi személyiség nélküli gazdasági társasága (a megyei önkormányzat tulajdoni hányada erejéig), alapítványa, illetve közalapítványa", a megyei önkormányzatok konszolidációja keretében, a megyei önkormányzati intézmények átvételéről szóló törvényjavaslat szerint.[75]

75 Megyénként intézmény átadás-átvételi bizottság, valamint egészségügyi intézmény átadás-átvételi bizottság működik majd. Vezetője a kormányhivatal kormánymegbízottja, tagjai a megyei kormányhivatal főigazgatója, az intézményi biztos, a megyei közgyűlés elnöke, a megyei önkormányzat főjegyzője, valamint a Magyar Államkincstár területi szervének vezetője. A bizottság feladata a megyei intézmények átadás-átvételére vonatkozó megállapodás előkészítése. Az ehhez kapcsolódó

A problémákat, nehézségeket és a megoldásra váró kérdéseket hosszasan lehetne még sorolni, de nem teszem. Dolgozatom a jelenlegi formájában csak egy áttekintés, egy kivonat, az állami kötelezettségeket, az egészségügyi szolgáltatók és az ezekért felelős szervek rendszerét mutatja be. Mi lesz a megoldás? Lesz-e egyáltalán megoldás a különböző problémákra? Ígéretek mindig vannak, a legutóbbi szerint „az állami egészségügyi intézmények funkcionális integrációja rövid időn belül lezajlik, annak révén egységesítik egyebek mellett a közbeszerzést, a telekommunikációt és az úgynevezett betegutakat. Eközben elsődleges céljuk, hogy a rendszerben dolgozók bérén is javítani tudjanak – hangsúlyozta, hozzátéve: határozatokban rögzítik majd, hogy a rendszerből visszaforgatható tartalékokat a bérekre kívánják fordítani."[76] Ahogy korábban is említésre került, alappillére ennek az lehet, hogy az emberközpontú közpolitika nélkülözhetetlen részét tekintő közgondolkodás nem szolgálhat önös érdekeket. Érdeklődve várja a magyar egészségügy a fejleményeket.

legújabb szabályozások: 372/2011. (XII. 31.) Korm. rendelet a megyei önkormányzat egészségügyi intézményei és a Fővárosi Önkormányzat egészségügyi intézményei átvételének részletes szabályairól; 2012. évi XXXVIII. törvény a települési önkormányzatok fekvőbeteg-szakellátó intézményeinek átvételéről és az átvételhez kapcsolódó egyes törvények módosításáról; 92/2012. (IV. 27.) Korm. rendelet a települési önkormányzatok egészségügyi intézményei átvételének részletes szabályairól és egyes egészségügyi tárgyú kormányrendeletek módosításáról; 31/2012. (IV. 27.) NEFMI rendelet Az állam tulajdonában lévő és az egészségügyért felelős miniszter irányítása alá tartozó egészségügyi szolgáltatók tekintetében fenntartói joggal rendelkező államigazgatási szerv kijelöléséről.

76 Szócska Miklós, a Nemzeti Erőforrás Minisztérium egészségügyért felelős államtitkára 2011 májusában. Forrás: Szabó Gergő: *Szócska Miklós: Külön felügyeletet kapnak az állami egészségügyi intézmények*. 2011. május 5. csütörtök 16:13. http://inforadio.hu/hir/belfold/hir-431738 (Letöltés ideje: 2011. május 26.)

FÜGGELÉK

Fogalomtár

Aktív ellátás | A finanszírozás módja szerint aktív ellátásnak minősül az az ellátás, amelynek célja az egészségi állapot mielőbbi helyreállítása. Az aktív ellátás időtartama, illetve befejezése többnyire tervezhető, és az esetek többségében rövid időtartamú.

Case mix index (CMI) | Az aktív fekvőbeteg-ellátás finanszírozási rendszere szerint elszámolható, adott időszak alatt ellátott finanszírozási esetek összetételét költségigényesség szempontjából jellemző mutató, amely az elszámolt súlyszám és az elszámolt finanszírozási esetszám hányadosa.

Degresszív finanszírozás | Meghatározott teljesítményvolumentől kezdődően csökkenő díjazás.

Egészségügyi ellátás | A beteg adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége tartozik bele.

Krónikus ellátás | A finanszírozás módja szerint krónikus ellátásnak minősül az, amelynek célja az egészségi állapot stabilizálása, fenntartása, illetve helyreállítása. Az ellátás időtartama, illetve befejezése, általában nem tervezhető, és jellemzően hosszú időtartamú.

Mátrix kórházi ellátás | A betegellátás az aktív fekvőbeteg-szakellátó intézetben klinikai típusú és műtétes egységekben történik az ÁNTSZ engedélye szerint. A kórház ezen belül nem különül el osztálystruktúrákra, hanem a mindenkori ellátási igény szerint végzi az ellátást.

Progresszív egészségügyi ellátás | Az egészségügyi ellátások rendszere az eltérő egészségi állapotú egyének differenciált ellátását szolgáló, a munkamegosztás és a fokozottság elvén alapuló intézményrendszerre épül, amelyben az egyén egészségi állapotának összes jellemzője együttesen határozza meg a szükséges ellátási szintet.

Szolgáltató | Az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedéllyel rendelkező természetes, vagy jogi személy, illetve jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, aki vagy ami a finanszírozóval kötött szerződés alapján az Egészségügyi Alapból finanszírozott egészségügyi szolgáltatást nyújt.

Szolgáltatásvolumen | Önálló elszámolási tételként elszámolható, külön jogszabályban meghatározott szolgáltatási egységek mennyisége.

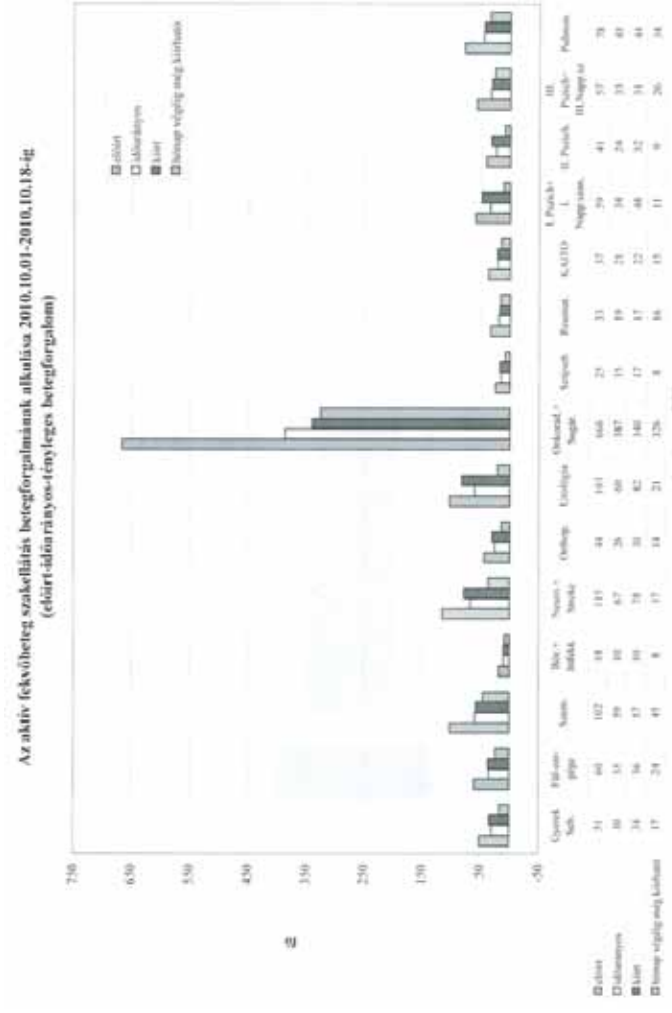
Teljesítménydíj | Az alapdíj és a teljesítmény szorzata.

Teljesítményvolumen | A külön jogszabályban meghatározott szolgáltatási egységek teljesítményértékeinek mennyisége, amely önálló elszámolási tétel.

Teljesítményvolumen-korlát | Az a teljesítményszint, vagyis aktív fekvőbeteg ellátás esetén súlyszámban, járóbeteg ellátás esetén pontszámban kifejezett maximális teljesítmény, amelynek mértékig az adott időszakban (hónap, év) az OEP a szolgáltató részére az elvégzett tevékenységet finanszírozza a jogszabály által meghatározott egységdíjon (súlyszám=150 000,- Ft/súlyszám, pont=1,50 Ft/pont).

MELLÉKLETEK

1. melléklet



2. melléklet

Ambuláns adatlap
(6/A. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez)

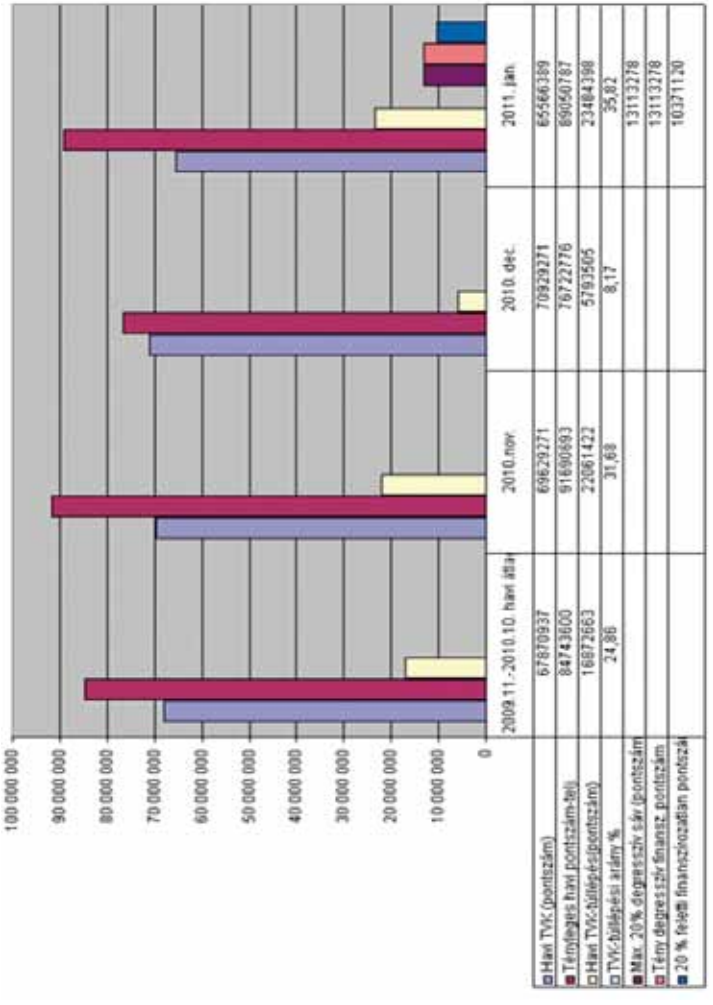
1. Javítás:
2. Eredeti dátum:
3. Eredeti szakrendelő:
4. Eredeti naplósorszám:
5. Naplósorszám:
6. Rendelő neve:
7. Rendelő azonosítója:
8. Beküldő munkahely neve*:
9/a. Beutaló orvos munkahelyének azonosítója:
10. Térítési kategória:
9/b. Beutaló orvos kódja:
9/c. Beutalást megalapozó ellátást igazoló adat:
9/d. Beutaló kelte:
11. Ellátást végző orvos kódja:
12. Érvényes biztosítás országa vagy a páciens állampolgársága:
13. Személyazonosító jel:
14. Személyazonosító típusa:
15. Beteg neve:
16. Születési dátum:
17. Anyja neve**:
18. A beteg leánykori neve**:
19. Lakcím**:
20. Kezelés ideje:
21. Beteg neme:
22. Ellátás típusa:
23. Továbbküldés:
24. Baleset minősítése**:
25. E-adatlap kitöltés
26. DIAGNÓZISOK** Kód
27. BEAVATKOZÁSOK Kód Me
27/a. Beavatkozások jellege
28. Laboratóriumi vizsgálat kérés:
29. Képalkotó vizsgálat kérés*:
30. CT-MRI-PET vizsgálat kérés*:
31. Fizioterápiás ellátásra utalás*:
32. Útiköltség*:
33. Keresőképesség elbírálása*:
34. Felírt gyógyászati segédeszköz vények száma**:
35. Felírt vények száma**:
36. Felírt gyógyászati ellátás (gyógyfürdő) vények száma**:
37. Elszámolási nyilatkozat

Dátum: ..... év ..... hó ..... nap

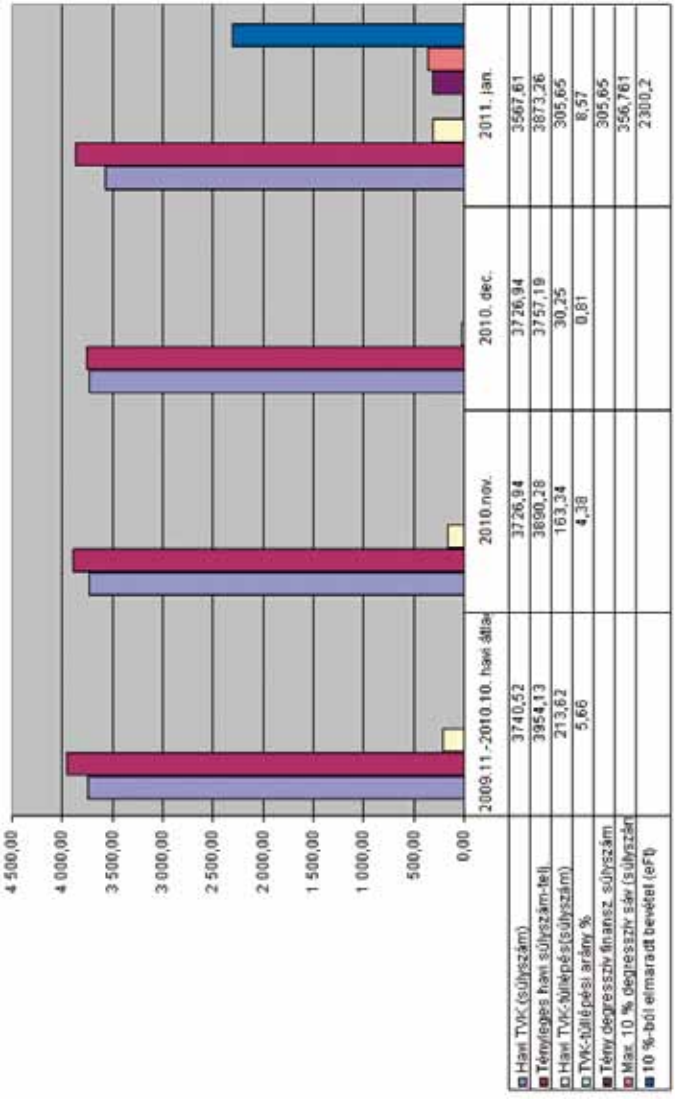
.....
az ellátásért felelős orvos

pecsétszám

3. melléklet


100 000 000
90 000 000
80 000 000
70 000 000
60 000 000
50 000 000
40 000 000
30 000 000
20 000 000
10 000 000
0
2009.11.-2010.10. havi átlag
2010.nov.
2010. dec.
2011. jan.
Havi TVK (pontszám) 67870937 69629271 70929271 65566389
Tényleges havi pontszám-teli 84743600 91690693 76722776 69050787
Havi TVK-túllépés(pontszám) 16872663 22061422 5793505 23484398
TVK-túllépési arány % 24,86 31,68 8,17 35,82
Max. 20% degresszív sáv (pontszám 13113278
Tény degresszív finansz. pontszám 13113278
20 % felett finanszírozatlan pontszá 10371120

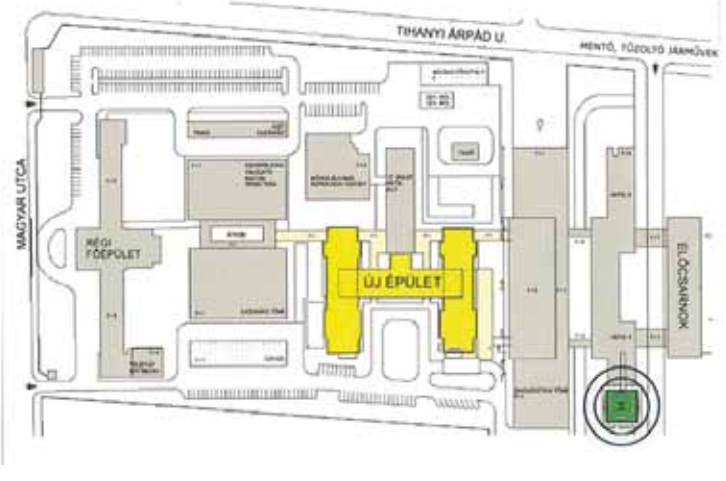
4. melléklet


4 500,00
4 000,00
3 500,00
3 000,00
2 500,00
2 000,00
1 500,00
1 000,00
500,00
0,00
2009.11.-2010.10. havi átlag
2010.nov.
2010. dec.
2011. jan.
Havi TVK (súlyszám) 3740,52 3726,94 3726,94 3567,61
Tényleges havi súlyszám-telj 3954,13 3890,28 3757,19 3873,26
Havi TVK-túllépés(súlyszám) 213,62 163,34 30,25 305,65
TVK-túllépési aránya % 5,66 4,38 0,81 8,57
Tény degressziv finansz. súlyszám 305,65
Max 10 % degressziv sáv (súlyszám 356,761
10 %-ból elmaradt bevétel (eFt) 2300,2

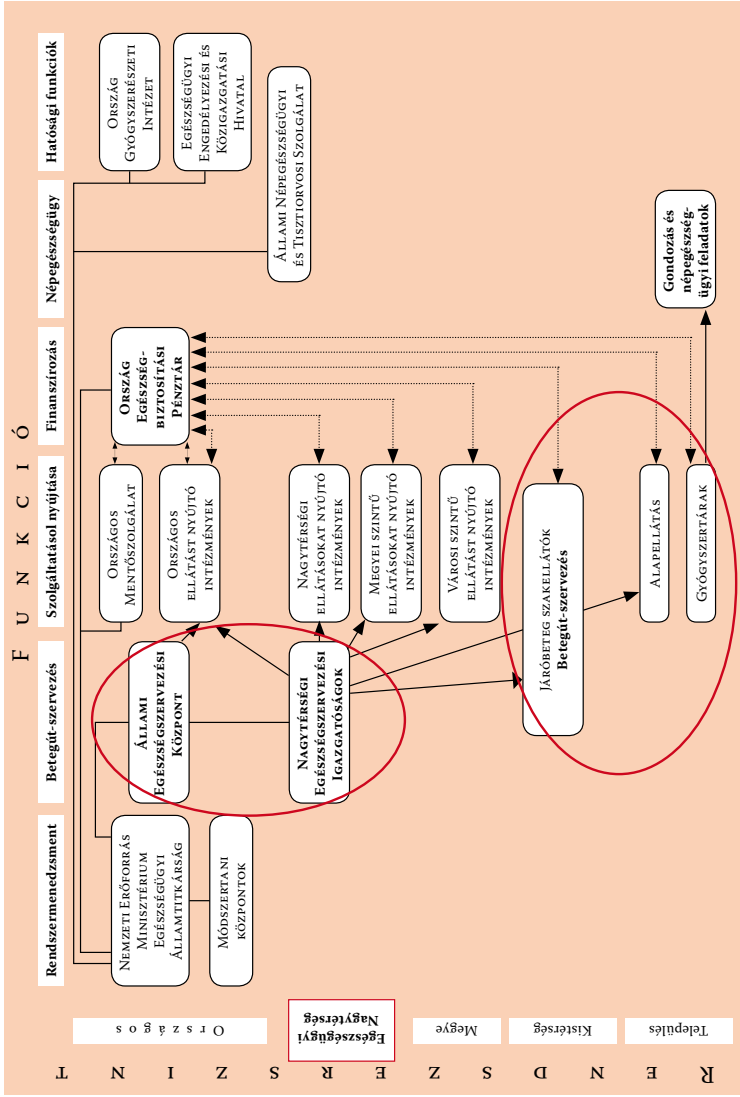
5. melléklet

Az új épület látványterve

A kórház alaprajza az új épülettel



6. melléklet: Vázlatos rendszermodell szintenkénti és funkcionális mátrixban



IRODALOM

- Bene Zsolt: Nemzetközi példák adaptálásához is többletforrás szükséges. Orosz Éva nyilatkozott lapunknak. *Egészségügyi Menedzsment*, 4. évf. 1. sz. 2002.
- Daragó László: Javaslat a homogén beteségcsoportok rendszerének korrekciójára. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 41. évf. 3. sz. 2003.
- Fecske Mihály: A magyar egészségügy alapvető problémái különös tekintettel a kórházak helyzetére. In: Gidai Erzsébet – Nováky Erzsébet – Tóth Attiláné (szerk.): *Magyarország az ezredforduló után*. Budapest, Magyar Tudományos Akadémia Jövőkutató Bizottság, 1999.
- Fecske Mihály: Az ideális kórházmodell és a mai valóság. In: *Egészségügy Magyarországon*. (Magyarország az ezredfordulón. Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián. II. Az életminőség tényezői Magyarországon) Budapest, Magyar Tudományos Akadémia, 2001.
- Gidai Erzsébet: Az egészségügy és a gazdaság kapcsolata; a gazdasági rendszerváltás hatása az egészségügyre. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 29. évf. 2. sz. 1991.
- Györfy Viktória: *A fekvőbeteg szakellátás finanszírozása*. Sopron, Nyugat-Magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Kar, 2006.
- Karner Tamásné: Az egészségügyi marketing szerepe. *Marketing & Menedzsment*, 38. évf. 1. sz. 2004.
- Karner Tamásné: *Gazdálkodás az egészségügyben különös tekintettel a kórházak finanszírozására*. [Doktori értekezés]. Sopron, Nyugat-magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Kar Gazdasági Folyamatok Elmélete és Gyakorlata Doktori Iskola Közösségi Gazdálkodástan Alprogram, 2005.
- Kilényi Géza (szerk.): *A közigazgatási jog nagy kézikönyve*. Budapest, Complex Kiadó, 2008.
- Molnár Angéla: Az egészségügyi rendszerek finanszírozási és jogi aspektusai. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 40. évf. 5. sz. 2002.
- Nagy Balázs – Dózsa Csaba – Boncz Imre: A fejkvótaszámítás továbbfejlesztésének lehetőségei az irányított betegellátási rendszerben. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 42. évf. 2. sz. 2004.

• Nagy Júlia: *Egészségügyi gazdaságtan*. Budapest, Praxis Server, 1998.
• Nagy Júlia: *A fekvőbeteg szakellátás finanszírozásának alapjai. Finanszírozás homogén betegségcsoportok szerint. SOTE Rezidens Oktatási Program 2009. június*.
• http://hsmtc.hu/wp-content/uploads/2009/03/nagy_fekvobeteg_hbcs_juni.pdf (Letöltés ideje: 2010. november 1.)
• Orosz Éva: *Félúton vagy tévúton? Egészségünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái*. Budapest, Egészséges Magyarországért Egyesület, 2001.
• Sugár Katalin: *Egészségügy, társadalombiztosítás, szociálpolitika. Jegyzet*. Budapest, Pénzügyi és Számviteli Főiskola, 1994.
• Szabadfalvi András: A magyar kórházak elmúlt negyven éve. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 40. évf. 4. sz. 2002.
• S[udár] Á[gnes]: Két hét haladék a kórházaknak. Megyei közgyűlés: egyelőre vár az önkormányzati biztos kinevezésével. *Kisalföld*, 60. évf. 99. sz. (2005. április 29.) 3. o.
• Szabó Gergő: *Szócska Miklós: Külön felügyeletet kapnak az állami egészségügyi intézmények*. 2011. május 5. csütörtök 16:13. http://inforadio.hu/hir/belfold/hir-431738 (Letöltés ideje: 2011. május 26.)
• Török Kovács Anett: Az egészségügy-finanszírozás új rendszere Magyarországon. *Polvax. Társadalomtudományi folyóirat*, 1. évf. 3. sz. 1997.

Jogszabályok, egyéb dokumentumok

• 1949. évi XX. törvény a Magyar Köztársaság Alkotmányáról
• 1990. évi LXV. törvény a helyi önkormányzatokról
• 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (Eütv.)
• 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól (Ebtv.)
• 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről
• 317/2006. (XII . 23.) Korm. rendelet az Országos Egészségbiztosítási Pénztárról
• 43/1999. (III . 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól

• 21/1998.(VI. 3.) Népjóléti Miniszteri rendelet az egészségügyi szolgáltatást nyújtó egyes intézmények szakmai minimum feltételeiről
• 9/1993. (IV. 2.) Népjóléti Miniszteri rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről
• 56/1995. (IX. 15.) AB határozat
• 372/2011. (XII. 31.) Korm. rendelet a megyei önkormányzat egészségügyi intézményei és a Fővárosi Önkormányzat egészségügyi intézményei átvételének részletes szabályairól
• 2012. évi XXXVIII. törvény a települési önkormányzatok fekvőbeteg-szakellátó intézményeinek átvételéről és az átvételhez kapcsolódó egyes törvények módosításáról
• 92/2012. (IV. 27.) Korm. rendelet a települési önkormányzatok egészségügyi intézményei átvételének részletes szabályairól és egyes egészségügyi tárgyú kormányrendeletek módosításáról
• 31/2012. (IV. 27.) NEFMI rendelet az állam tulajdonában lévő és az egészségügyért felelős miniszter irányítása alá tartozó egészségügyi szolgáltatók tekintetében fenntartói joggal rendelkező államigazgatási szerv kijelöléséről

Internet

• országos egészségbiztosítási pénztár honlapja: http://www.oep.hu/pls/portal/docs/page/szakma/oephuszak_euszolg/jvell_szolg/tajekoztato20100303.pdf
• állami számvevőszék honlapja: http://www.asz.hu/asz/jeltar.nsf/0/cdd41ce628108e12c1256cb1004405f9?opendocument
• Nemzeti Erőforrás Minisztérium honlapja: http://www.nefmi.gov.hu/miniszterium/2010/semmelweis-terv
• Semmelweis Terv http://www.nefmi.gov.hu/kereses?searchStr=semmelweis+terv
• http://www.weborvos.hu/lapszemle/fejcserek_lehetnek_egeszsegugyben/166343/
• http://drinfo.hu/hirek/egeszsegpolitika/13682-a-mok-velemenye-a-semmelweis-tervrol
• http://www.hirextra.hu/2010/11/15/komoly-valtozasok-elott-az-egeszsegu