



**„TÁMOP-4.1.2/A/1-11/1-2011-0015 Egészségügyi Ügyvitelszervező Szakirány:
Tartalomfejlesztés és Elektronikus Tananyagfejlesztés a BSc képzés keretében”**



Bevezetés az egészségügy

gazdaságtanába

e-Book

Dr. Pulay Gyula

Semmelweis Egyetem
Cím: 1085. Budapest, Üllői út 26.
Telefon: +36 (1) 459-1500
E-mail: hirek@semmelweis-univ.hu
Honlap: <http://semmelweis-egyetem.hu>



A projektek az Európai Unió
támogatásával valósulnak meg.



Bevezetés az egészségügy gazdaságtaába

Tartalomjegyzék

1.	fejezet: Egészségügy és gazdaságtan	7
1.1.	A gazdaságtan helye az egészségügyben	7
1.2.	Az egészségügyi gazdaságtan kialakulásának története, okai	9
1.3.	Az egészségügyi gazdaságtan lehetséges feladatai és új kihívásai	10
2.	fejezet: Szükséglet, igény, kereslet és fogyasztás az egészségügyben.....	12
2.1.	Szükséglet és igény, kínálat gerjesztette igény.....	12
2.2.	Kereslet és fogyasztás	14
3.	fejezet: Az egészségüggyel szembeni társadalmi elvárások	16
3.1.	Etikai követelmények	16
3.2.	Társadalompolitikai elvárások.....	17
3.3.	A méltányos elosztás elvei	18
3.4.	Az ellátás megszervezésével kapcsolatos társadalompolitikai követelmények	19
4.	fejezet: Hatékonyság az egészségügyben.....	21
4.1.	Eredményesség, hatásosság, hatékonyság az egészségügyben	21
4.2.	Az egészségügyi hatékonyság közgazdasági értékelése.....	22
4.3.	A költséghatékonyság és az allokációs hatékonyság.....	23
5.	fejezet: Az „egészségnyereség” mérése	23
5.1.	Az egészségnyereség mérésének dilemmái.....	23
5.2.	Az életminőség mérése.....	25
5.3.	A QALY (Quality Adjusted Life Years) módszer	26



5.4. A DALY (Disability adjusted life years) módszer	28
6. fejezet: Az egészségbiztosítás	28
6.1. Az egészségbiztosítási kockázatok sajátosságai.....	28
6.2. Kockázatmegosztás az egészségbiztosítás keresleti és a kínálati oldalán	31
6.2.1. Kockázatmegosztás a keresleti oldalon.....	31
6.2.2. Kockázatmegosztás a kínálati oldalon	32
6.3. Egészségbiztosítás Magyarországon	33
6.3.1. A magyar kötelező egészségbiztosítás fontosabb jellemzői	33
6.3.2. Egészségbiztosítási piac Magyarországon	34
7. fejezet: Az egészségügyi rendszerek gazdasági jellemzői	35
7.1. Az egészségügyi rendszer és szektor fogalma.....	35
7.2. Az egészségügyi rendszer funkciói	36
7.4. Az egészségügyi rendszerek mutatói.....	39
8. fejezet: A magyar egészségügyi rendszer gazdasági jellemzői.....	42
8.1. Az gyógyító megelőző ellátások rendszere Magyarországon	42
8.2. Az egészségügy irányítási rendszere	45
8.3. A magyar egészségügyi ellátó rendszer néhány gazdasági jellemzője nemzetközi összehasonlításban	48
9. fejezet: Az egészségügyi szolgáltatások piacának sajátosságai	50
9.1. A gazdálkodás (gazdaságsszervezés) fő módjai	50
9.2. A piaci koordináció sikerességét akadályozó tényezők az egészségügyben.....	51
9.3. A piac szerepe az egészségügyben	55
10. fejezet: Privatizáció az egészségügyben	57



10.1.	A privatizáció (magánosítás) fogalma, főbb típusai.....	57
10.2.	Privatizáció az egészségügyben	58
10.3.	Az egészségügyi privatizáció jellemzői az Európai Unióban	60
10.4.	Az egészségügyi privatizáció jellemzői Magyarországon	61
11.	fejezet: Az egészségügyi ellátás megszervezésének néhány modellje.....	64
11.1.	A társadalombiztosítás bismarcki modellje.....	64
11.2.	A Szemaskó modell.....	64
11.3.	Az angol nemzeti egészségügyi szolgálat (NHS) modellje	65
11.4.	A francia kétszintű biztosítási modell	66
11.5.	Az amerikai egészségügyi ellátás rendszere	67
11.6.	Az egészségügyi elő-takarékossági számlák rendszere	67
12.	fejezet: Az európai egészségügyi reformok közös jellemzői.....	69
12.1.	Az egészségügyi rendszer és az egészségi állapot összefüggései	69
12.2.	Az európai egészségügyi reformok céljai, alapelvei.....	70
12.3.	A minőség és a költséghatékonyság javítása.....	72
12.4.	A finanszírozás megszilárdítása	73
12.5.	Kereslet által irányított egészségügyi rendszer fejlesztése	74
12.6.	Egészségügyi reformok Közép-Kelet-Európában.....	74
12.7.	A biztosítási és az adóalapú egészségügyi rendszerek közeledése	76
13.	fejezet: A magyar egészségügyi reformok legfontosabb gazdasági jellegű törekvései eredményei és kudarcai.....	78
13.1.	A beteg kiszolgáltatottságának megszüntetése az ellátórendszerrel szemben	78
13.2.	Biztosítási elven működő egészségügyi rendszer	82



13.3.	Új egészségügyi szerkezetet.....	87
14.	fejezet: Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásának rendszerei	91
14.1.	Az egészségügyi finanszírozás lényege	91
14.2.	A finanszírozási rendszer típusai.....	91
14.3.	A finanszírozás lehetséges technikái, formái, az egyes finanszírozási technikák előnyei és hátrányai	93
14.4.	A kórházak finanszírozása, DRG típusú kórház-finanszírozás.....	94
15.	fejezet: A magyar egészségügyi finanszírozás alapvető jellemzői	97
15.1.	A teljesítmény szerinti finanszírozási rendszer kialakulása Magyarországon	97
15.2.	A finanszírozási rendszer korszerűsítésének alapelvei és struktúrája.....	98
15.3.	Finanszírozási alapfogalmak	99
15.4.	Az alapellátás finanszírozásának fő vonásai	100
15.5.	A járóbeteg-szakellátás finanszírozásának fő vonásai	102
15.6.	A fekvőbeteg-ellátás finanszírozásának fő vonásai	102
15.7.	Teljesítményvolumen-korlát, illetve keret (TVK)	103
16.	fejezet: Az egészségügyi szolgáltatások néhány üzemgazdasági kérdése	105
16.1.	Az állandó és a változó költségek sajátosságai az egészségügyi ellátásban	105
16.2.	Az egészségügyi struktúra fenntartásának költségei.....	109
17.	fejezet: A gazdasági értékelés elméleti háttere az egészségügyben.....	112
17.1.	A gazdasági értékelés célja az egészségügyben.....	112
17.2.	Mi az eredmény? Mi a költség?	114
17.3.	A gazdasági értékelés lehetséges perspektívái az egészségügyben	115
17.4.	A határelemzés jelentősége az egészség-gazdaságtani elemzések során.....	117



18.	fejezet: Az egészség-gazdaságtani elemzések módszerei	119
18.1.	A költségek elemzésére szolgáló módszerek	119
18.2.	A költség/hatás arányt elemző módszerek	121
18.3.	A költségvetési hatáselemzés	122
18.4.	Érzékenységi vizsgálat	124
19.	fejezet: A gazdasági elemzések gyakorlata a magyar egészségügyben	125
19.1.	Jogi-intézményi környezet	125
19.2.	Az egészségügyi technológiák értékelésének szakmai szempontjai	126
19.3.	A magyar egészség-gazdaságtani irányelvek	128
20.	fejezet: A gyógyszeripar, gyógyszerforgalmazás és a biztosítói támogatás közgazdasági összefüggései	133
20.1.	A gyógyszeripar fejlődése	133
20.2.	A gyógyszerpiaci szabályozás	134
20.3.	A gyógyszer-támogatási rendszer	138
	Felhasznált irodalom	1412



1. fejezet: Egészségügy és gazdaságtan

Az egészségügynek nevezett rendszerbe tartozik minden tevékenység, amelynek a célja az egészségi állapot

- megőrzése,
- helyreállítása,
- stabilizálása.

Az egészségügy tehát elsősorban a gyógyításról szól. Miért foglalkozunk akkor az egészségügy kapcsán gazdasági kérdésekkel? Azért, mert az emberek gyógyítása kapcsán számos olyan probléma felmerül, amelyeknek a megoldásához a közgazdaságtan a maga eszközeivel hozzá tud járulni.

1.1. A gazdaságtan helye az egészségügyben

Az egyik legnyilvánvalóbb probléma a szűkösség. Az egészségügyre sosincs elég pénz, de kevés a modern berendezés is, nem érhető el minden korszerű gyógyszer és gyakran hiány van jó szakemberekből is. Szűkös erőforrás az idő is, mind a szolgáltatói, mind az ellátotti oldalon. Például nem mindegy, hogy a beteg családjának mennyi ideig kell egy önellátásra képtelen embert ápolnia. A szűkösség problémája a gyógyítás szinte minden döntésénél felmerül, hiszen ami erőforrást egy beteg gyógyítására fordítottak, azt egy másik megmentésére már nem lehet felhasználni. A közgazdaságtan viszont éppen a szűkös erőforrások racionális elosztásának a kérdéseivel foglalkozik.

Ennek kapcsán rögtön felvetődik a helyettesítés problémája. Ugyanazt az eredményt az egészségügyben különböző gyógymódokkal is el lehet érni. A különböző alternatívák közül az optimális kiválasztása szintén a közgazdaságtan témakörébe tartozik.

Tagadhatatlanul jelen van az anyagi érdekeltség is az egészségügyben. Bár az egészségügyi intézmények többsége nem nyereségérdekelt, mégis ha ugyanazt a szakmai eredményt úgy is el lehet érni, hogy az az intézmény számára anyagilag előnyösebb, akkor az egészségügyi vezetők és az egészségügy többi szereplői is nagy valószínűséggel ezt a megoldást fogják választani.¹

Az egészségügyben is van létjogosultsága a közgazdaságtan határelemzési szemléletének. A döntések jelentős részét az egészségügyben is határhelyzetben kell meghozni, például újabb nővér alkalmazása, egy ágy megszüntetése, új beavatkozás elvégzése kapcsán. Az egészségügyben is érdemes módszeresen elemezni, hogy egy lélegeztető készülék pótlólagos beállítá-

¹ Lásd Antal Z. László (1991)



sa, egy műtő kétműszakos üzemeltetésének bevezetése vagy egy szűrőállomás megépítése a várható hasznokhoz képest mekkora költségekkel jár, azaz hol van a fejlesztés ésszerű határa.

A közgazdasági elemzésre tehát szükség lenne az egészségügyben is, de vajon van-e rá megalapozott szakmai lehetőség is? A közgazdasági elemzésekben szembe kell egymással állítani a ráfordításokat és az eredményeket. Ráfordításként jelentkeznek a megelőzés, a gyógyítás, az egészségmegőrzés kiadásai. Ezeket sem könnyű teljes körűen begyűjteni. Az igazi probléma azonban az eredmény számba vételénél jelentkezik. Mi tekinthető az egészségügyben eredménynek?

- A sikeres beavatkozás, például az operáció sikere?
- A visszanyert egészség?
- A betegség vagy a beavatkozás utáni túlélés?

Mindegyik, és egyik sem. Még nehezebb helyzetben lennénk, ha ezeket az eredményeket a közgazdasági elemzés érdekében pénzben szeretnénk kifejezni. Éppen ezért erre az egészségügyi gazdaságtan csak ritkán vállalkozik. Ugyanakkor az eredmények összehasonlíthatósága érdekében átvette és bevezette az egészségnyereség fogalmát.

Definíció: Az egészségnyereség az egészségügyi szolgáltatás révén elért életesély növekedés életévekben kifejezve. Minden ember egy megnyert éve, egy év egészségnyereségnek számít.

Az egészségnyereségnek a kiszámítása nem könnyű, és nem tükrözi teljes mértékben az egészségügyi ellátás minden eredményét². Ezért bevezették az életminőséggel korrigált egészségnyereség fogalmát is, amely más súllyal veszi figyelembe az egészségben és a nem egészséges állapotban töltött éveket.

Egyes esetekben, például, ha a fiatal korban végzett beavatkozások vagy az aktív korúak rehabilitációjának a hatásait elemezzük, az eredmény a munkában tölthető megnyert éveket számával is mérhető. Ezt termelékenység nyereségnek nevezi a szakirodalom.

Az eredmények mérése egyáltalán nem egyszerű az egészségügyben, és az eddig kidolgozott megoldások sok vitát váltanak ki. Ezért (is) tisztán gazdasági megfontolások alapján az egészségügyben nem szabad döntéseket hozni. Ez azonban nem jelenti azt, hogy gazdasági elemzések nélkül szabad döntéseket hozni. Éppen ellenkezőleg az egészség-gazdaságtani elemzések fontos támpontul szolgálhatnak az egészségügyi döntésekhez országos, területi, ágazati és egészségügyi intézményi szinten egyaránt.

Az egészség-gazdaságtan létjogosultsága mellett szól az is, hogy az egészségügy egésze és az egészségügyi intézmények nagy része közfinanszírozásban részesül, azaz közpénzekből

² E témakörrel az 5. fejezetben foglalkozunk majd részletesebben.



(adókból, járulékokból) tartja fenn az állam. A közpénzek felhasználásával szemben pedig általános követelmény az elszámoltathatóság és megengedhetőség.

Definíciók

Elszámoltathatóság: a közpénzt felett rendelkező személynek, intézménynek késznek és képesnek kell lennie arra, hogy megindokolja és alátámassza a közpénz felhasználásával kapcsolatos döntéseit.

Megengedhetőség: annak kimutatása, hogy a közfinanszírozásba befogadott új szolgáltatás révén nagyobb társadalmi haszon érhető el, mint a kiváltott, illetve mint a korábban már befogadott szolgáltatások révén.

Az elszámoltathatóság tehát alapvetően egy formai követelmény: a döntéseknek legyen indokolása, és azok legyenek nyilvánosak. Az egészségügyben ez például azt jelenti, hogy egy új egészségügyi szolgáltatás közfinanszírozásba vonására átlátható, nyilvános szabályok révén kerül sor.

A megengedhetőség egy tartalmi követelmény. Azt jelenti, hogy a közpénzek felett döntést hozó személy (testület) megvizsgálja döntésének gazdasági hatásait, felméri társadalmi hasznait, összeveti a már közfinanszírozott szolgáltatások hasznaival és a kedvező eredmény ismeretében dönt a közfinanszírozásba vonásról. Nyilvánvaló, hogy egy ilyen döntés nem hozható meg egészség-gazdaságtani elemzések nélkül.

1.2. Az egészségügyi gazdaságtan kialakulásának története, okai

Az egészségügyi gazdaságtan tudományként az 1950-es években alakult ki angol-szász területeken. Az 1970-es, 1980-as években valamennyi fejlett ipari államban elismerést nyert. Magyarországra a 80-as évek második felétől kezdve szivárgott be, és a 90-es évek közepén nyert polgárjogot. Ma már Magyarországon is több egyetemen tanítják, és működnek egészségügyi gazdaságtannal behatóan foglalkozó kutatóműhelyek is.

Az egészségügyi gazdaságtan kialakulása több okra vezethető vissza. Nézzük közülük a legfontosabbakat! Tudományos alapjait a humántőke elmélet³ teremtette meg, amely bebizonyította, hogy a gazdasági növekedéshez nemcsak a tőke és a munkaerő mennyisége járul hozzá, hanem a munkaerő minősége is, sőt ez a növekedés legfontosabb és legbiztonságosabb forrása. Az egészségügyi ellátás fejlesztése pedig rendkívüli mértékben javítja a dolgozók munkavégző képességét.

A másik ok az egészségügyi költségrobbanás, amit elsősorban az egészségügy technikai, technológiai forradalma idézett elő. A gyógyítást korszerű berendezések, orvosi műszerek, gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök arzenálja segíti. Ez azonban óriási összegek be-

³ A humántőke gazdasági szerepét vizsgálja. Emberi tőkeberuházásoknak nemcsak a formális oktatás tevékenységei tekintik, hanem minden olyan befektetés, amely javítja az ember termelőképességét, így az egészségi helyzetet, az életminőséget javító befektetéseket is.



fektetését igényli. Így előtérbe került az egészségügyi befektetések megtérülésének, gazdaságosságának elemzése.

A technikai-technológiai és a szakmai fejlődés eredményeként ugyanarra a betegségre sokféle gyógymódot fejlesztettek ki. Ha viszont egy betegség többféleképpen is eredményesen gyógyítható, akkor érthető az igény, hogy közülük a gazdaságilag leghatékonyabbnak bizonyulók kerüljenek kiválasztásra és csak ezek kapjanak közfinanszírozást.

Végül meg kell említenünk egy első látásra különös okot is. Ez nem más, mint az egészségügyi ellátás jól mérhető eredményességének csökkenése. Mára, a fejlett országokban a nagy egészségnyereséggel járó beavatkozások, például a gyermekhalandóság gyors csökkenése, a járványok megfékezése, „kifulladtak”. Ma már a viszonylag kis egészségnyereség elérése is jelentős ráfordításokkal jár. Például a csecsemőhalandóságot ma már elsősorban úgy lehet csökkenteni néhány ezrelékkel, hogy az egészen kissúlyú koraszülötteket is megmentik. Egy-egy ilyen beavatkozás azonban több millió forintba is kerülhet.

1.3. Az egészségügyi gazdaságtan lehetséges feladatai és új kihívásai

Az előző alfejezetben felvázolt tendenciák napjainkban is folytatódnak. Következésképpen az egészségügyi gazdaságtan fontos feladata marad az egészségügyi szolgáltatások, technológiák költséghatékonyságának, eredményességének elemzése, a költség-haszonszámítási módszerek tökéletesítése, a segítségnyújtás a költségek növekedésének kontrolljához.

Az egészségügyi gazdaságtan azonban nemcsak mikro szinten, azaz a technológiák, eljárások alkalmazásának szintjén, hanem makroszinten is hozzá tudna járulni az egészségügyi rendszer egésze hatékonyságának növeléséhez. A lehetséges célok felmutatása és a célkonfliktusok bemutatása; az egészségügyi ágazati irányítási koncepciók kidolgozása és kritikai elemzése; a gazdaságos és hatékony beteg utak feltárása; a valós szükségletekhez igazodó kínálati szerkezet kialakítása mind-mind olyan feladatok, amelyekre az egészségügyi gazdaságtan alkalmas vagy alkalmassá tehető.

Van az egészségtudományoknak néhány olyan területe, amelyeken az adott tudományterület művelői jól együtt tudnak működni az egészségügyi gazdaságtan kutatóival. Ilyenként említhető a minőségbiztosítás és az egészségügyi motivációkutatás.

Végül kiemelendő, hogy az egészségügyi gazdaságtant új kihívások elé állítják az egészségügygel kapcsolatos egyre hangsúlyosabb társadalompolitikai kérdések. Elsőként említhetjük a felelőségek megosztásának kérdését. Ha ugyanis az egészségügyi ellátás során az erőforrások szűkössége miatt nem juthat hozzá mindenki azonnal a neki szükséges legjobb szolgáltatáshoz, akkor az ezzel összefüggő döntések rendszerét nyilvánossá kell tenni, a döntéseket indokolni kell, amit részben szakmai, részben gazdasági érvekkel meg kell alapozni. Egyértelművé kell tenni, hogy a rangsorolás milyen szinteken, milyen szabályok szerint, kinek a felelősségvállalásával történik. Például, milyen alapon válasszák ki, hogy ki jogosult csípőprotézis műtétre, az erre várakozók közül.



Az egészségügyi ellátás másik nagyhorderejű társadalmpolitikai kérdésköre az egyenlő hozzáférés, az esélyegyenlőség, a méltányosság. Az ezzel kapcsolatos legújabb kutatások felszínre hozták, hogy a jogilag biztosított egyenlő hozzáférés a gyakorlatban egyáltalán nem jelent esélyegyenlőséget, azaz a társadalom és a betegek különböző csoportjai igen eltérő eséllyel jutnak hozzá a nekik szükséges egészségügyi ellátásokhoz. E probléma orvoslása az egészségügyi fejlesztési-beruházási politika újragondolását teszi szükségessé, ami számos gazdasági, gazdaságossági kérdést felvett. Az egészségügyi gazdaságtan megfelelő elméleti-módszertani apparátussal rendelkezik e kérdések megválaszolásához. A termelési hatékonyság (az erőforrások optimális kihasználása) és az elosztási hatékonyság (Pareto-optimalis⁴, vagy más kritérium szerint) megkülönböztetése megfelelő logikai keretet teremt a fejlesztési döntések gazdasági és társadalmpolitikai szempontok szerinti értékeléséhez.

Természetesen az egészségügyi gazdaságtan művelőinek kellő alázatossággal kell közelíteniük ezekhez a kérdésekhez. Nem téveszthetik szem elől, hogy az egészségügyre szánt források növelése elsősorban társadalmpolitikai és szakmapolitikai döntés. Valamely erőforrás termelékenységének fokozása pedig termelői és szakmapolitikai döntés. A döntés meghozatalakor azonban az egészség-gazdaságtan által felvetett szempontokat is mérlegelni szükséges.

⁴ Lásd a "Gazdasági és pénzügyi alapismeretek jegyzet 1. fejezetében.



2. fejezet: Szükséglet, igény, kereslet és fogyasztás az egészségügyben

A közgazdaságtan általában a kereslet és a kínálat viszonyával foglalkozik, hiszen a piacon, de a gazdaság egészében is akkor van egyensúly, amikor a kereslet megegyezik a kínálattal. Ebből adódóan a közgazdaságtan általában nem nagyon törődik azzal a kérdéssel, hogy a piacon megjelenő keresletet valódi szükséglet hozta-e létre vagy valaki csak úgy mekvívánta a krumplislángost, pedig annak az elfogyasztása nem használ az egészségének. Az egészségügyi gazdaságtan azonban ebben különbözik az általános közgazdaságtantól. Kiinduló pontja ugyanis az, hogy az egészség érték. Következésképpen az egészségügyi rendszernek az a feladata, hogy az egészségügyi szükségleteket elégítse ki. Az egészségügyi szolgáltatások kínálatának és keresletének egyensúlya tehát önmagában még nem elegendő, sőt az erőforrások pazarlához vezet, ha az egészségügyi szolgáltatók kínálatukkal valós szükséglettel nem megalapozott keresletet elégítenek ki. Ezért ebben a fejezetben az egészségügyi gazdaságtan sajátos nézőpontjából elemezzük az egészségügyi ellátások iránti szükséglet, igény és kereslet, valamint a fogyasztás viszonyát.

2.1. Szükséglet és igény, kínálat gerjesztette igény

A szükséglet az egészségi állapotból következik, objektív. Például, ha valakinek vashiánya van, akkor a vasat a szervezetében pótolni kell. A szükséglet irányulhat a betegség megelőzésére, a betegség gyógyítására, a beteg állapotának stabilizálására, a betegség tüneteinek enyhítésére.

Az igény a felismert szükséglet. A vashiányos személynek fel kell ismernie a hiányt, és szándékában kell, hogy álljon a hiány pótlása.

A kereslet a fizetőképes igény. Ennek is két összetevője van. Az egyik, hogy a vashiányos személynek legyen pénze vastartalmú gyógyszer megvásárlására. A másik, hogy ezt a szükségletét előnybe részesítse sok más szükségletével szemben. Ellenkező esetben erre már nem jut pénze, azaz a szükségletből nem lesz kereslet.

A fogyasztás (használat) a kereslet és a kínálat találkozása, amikor a kereslettel rendelkező beteg megtalálja a neki szükséges orvosságot és azt az előírások szerint elfogyasztja.

Az egyén egészségügyi szükségleteire leginkább a következő tényezők hatnak: az életmód, az életkor, az életút, a genetikai adottságok, a születéskori sérülések, véletlen tényezők. Ezekkel a tényezőkkel e jegyzetben nem foglalkozunk, mivel kívül esnek az egészségügyi gazdaságtan hatókörén.

Az igényre ható tényezők közül első helyen az egyén tájékozottságát emeljük ki. Egyrészt a saját egészségi állapotát kell ismernie, másrészt az elérhető szolgáltatásokat. Sokat számítanak az egyén motivációi is. Például van, aki hibátlan fogsort szeretne és ezért fogszabályozó beavatkozást igényel, és van, aki csak akkor fordul fogorvoshoz, ha fáj a foga.

Az igényeket folyamatosan növeli a lehetőségek bővülése. Néhány évtizeddel ezelőtt az idős embereknek még nem lehetett igényük arra, hogy elkopott csípőízületüket csípőprotézissel pótolják, mivel az orvostudomány még nem volt erre képes. Mára már ez rutinmű-



tétté vált. Ebben az értelemben az egyén egészségügyi szükségletei is változnak, de ettől még azok objektívnek tekinthetők. Például súlyos mérgezés esetén az egyetlen gyógy mód a májátültetés. Korábban ilyen szükségletéről nem beszélhettünk. Mióta azonban a májátültetés lehetséges beavatkozássá vált, azóta az objektív szükséglete minden olyan mérgezett betegnek, aki e nélkül elhalálozna.

Végül beszélnünk kell a kínálat gerjesztette igényről, illetve ennek egészségügyi sajátosságairól is. Erre a problémára éppen az egészségügyi gazdaságtannal foglalkozók irányították rá a figyelmet. Azt tapasztalták ugyanis, hogy az egészségügyben a kínálat bővülése nem az ár csökkenéséhez, hanem az igény, a kereslet és az igénybevétel növekedéséhez vezet. A konkrét megfigyelések során azt észlelték, hogy hiába nőtt egy adott területen az orvosi, fogorvosi praxisok száma, a praxisoknak nem kellett mérsékelniük az áraikat.

A jelenségre a gazdasági szakemberek az alábbi magyarázatokat adták:

- A szolgáltatók mesterségesen gerjesztik a keresletet, például ha nincs elég paciensük, akkor gyakrabban visszahívják a betegeket, felesleges vizsgálatokat is elvégeztetnek velük.
- A szolgáltatók a „monopolisztikus verseny”⁵ miatt nem kényszerülnek az árak csökkentésére. Tehetik ezt annál inkább, minél kisebb részét fizeti az egészségügyi ellátás díjának az azt ténylegesen igénybevevő (beteg) személy. A „monopolisztikus verseny” kifejezés arra a helyzetre utal, miszerint az egészségügyi ellátás egy bizalmi szolgáltatás. Következésképpen csekély árelőny kedvéért valaki nem vált orvost. Ily módon a saját páciensei körében minden orvos egyedi szolgáltatást nyújt, azaz monopolhelyzetben van.
- A jobb elérhetőség (kisebb távolság, rövidebb várakozási idő, választékosabb nyitvatartás) nagyobb keresletet von maga után. A kereslet mögött azonban valóságos szükségletek húzódnak meg.
- Valós szükségletek kielégítésére korábban nem került sor. A szolgáltatók jelenlétükkel, marketingtevékenységükkel felkeltették a valós szükséglet kielégítése iránti igényt, illetve elősegítették, hogy az érintettek szükségletük kielégítését előbbre rangsorolják.

Az első magyarázat esetében valóban arról van szó, hogy a kínálat felesleges keresletet gerjeszt. Közfiranszírozás esetén tehát ezek kiszűrése valós megtakarítást jelent. A második eset az egészségügy olyan sajátossága, ami aligha változtatható meg. A harmadik és negyedik magyarázatokból azonban jól látszik, hogy a kínálat gerjesztette igény az egészségügyben is fontos eszköz arra, hogy a valós egészségügyi szükségleteket minél teljesebb

⁵ Monopolisztikus verseny az azonos funkciójú, de differenciált terméket (márkatermékeket) gyártó vállalatok között zajlik. Lásd részletesen a Gazdasági és pénzügyi ismeretek jegyzetben.



mértékben kielégítsék. A kínálat bővülése, sokszínűbbé válása az egészségügyben is a fejlődés fontos hajtóereje. Természetesen közfinanszírozás esetén ez a finanszírozó terheinek a növekedésével jár együtt. Ezt azonban nem szükségszerű a kínálat mesterséges korlátozásával kezelni. Célszerűbbnek látszik a közfinanszírozásba történő befogadás kritériumainak a körültekintő kialakítása.

2.2. Kereslet és fogyasztás

Az egészségügyi szolgáltatások iránti keresletet elsősorban a hozzáférhetőség, az ár, az információ és a minőség befolyásolja. Ebből a szempontból az egészségügy sok sajátossággal rendelkezik. A hozzáférést ugyanis sok esetben jogilag szabályozzák (például kötelező beutalási rend, ajánlott betegutak, orvosi beutalási kötelezettség), az ár szerepe pedig kevésbé jelentős akkor, ha az ellátásért nem, vagy csak részlegesen kell fizetni. Az egészségügyben különösen igaz a szereplők aszimmetrikus informáltsága, azaz az ellátást nyújtók többet tudnak a beteg szükségletéről, mint maga az ellátott. Ez azt eredményezi, hogy az egyes emberek egészségügyi szolgáltatások iránti tényleges keresletét nagymértékben maguk a kínálatot nyújtók határozzák meg. Például a beteg csak azt tudja, hogy fáj a foga, de a fogorvos mondja meg, hogy a fogat meg lehet-e menteni vagy ki kell húzni.

Az egészségügyi ellátásnak ezekkel a speciális problémáival a 9. fejezetben foglalkozunk majd részletesebben

A minőségnek a kereslet alakulásában szintén fontos szerepe van, hiszen sok esetben éppen azért van fizetőképes kereslet a magánszolgáltatások iránt, mivel a közfinanszírozott szolgáltatások a kívánt minőséget nem tudják nyújtani. Itt nem csak a szolgáltatás orvosszakmai minőségére kell gondolni, hanem az ellátással kapcsolatos kényelmi, intimitási szempontokra is, például a hotelellátás minőségére, a várakozási időre, a személyes törődésre.

A fogyasztást befolyásoló körülmények közül három esetet érdemes kiemelni. Az első az, amikor a kereslet ellenére sem jön létre a fogyasztás, amit a kínálat korlátozott rendelkezésre állása okoz. A korlátozottság kifejeződik a területi különbségekben, azaz az ellátás a biztosított számára elvileg jár, de lakóhelye környékén azt az érintett nem tudja igénybe venni. Például ilyenek a vidéki családok részére a fogyatékos gyermekek számára nyújtott speciális fejlesztések, amelyekhez hetente többször be kellene járni a budapesti vagy más nagyvárosi fejlesztő központba, ami megoldhatatlan a számukra.

A másik korlátozó tényező a nyílt, vagy burkolt rangsorolás (pl. várólisták vagy a kevésbé súlyos esetek kizárása a kezeléssel). A szűkös erőforrások és a közfinanszírozás (az árak nincs egyéni keresletet korlátozó szerepe) miatt a nyílt rangsorolás bizonyos esetekben elkerülhetetlen. A nyilvános várólisták hiánya olykor arról árulkodik, hogy a hozzáférést burkolt rangsorolás (ismeretség, hálapénz) „szabályozza”.

A fogyasztástól eltérítő tényező lehet a szükségtelen kereslet is, amikor az ellátást közvetlenül megelőzően derül ki, hogy az ügyfélnek nincs szüksége a keresett szolgáltatásra.



Sajnálatos módon az egészségügyben is jelen van a szükségtelen fogyasztás. Ennek egy része a kínálat gerjesztette keresletből adódik, amikor a túlkínálattal rendelkező szolgáltatók mesterségesen (például indokolatlan beutalásokkal, túl gyakori visszarendelésekkel, a kezelési idő túlzott meghosszabbításával) növelik a szolgáltatásaik iránti keresletet. Egy másik ok lehet a szolgáltatások rossz megszervezése. Például a betegen többször is elvégzik ugyanazokat a vizsgálatokat. Szüségtelen fogyasztást eredményezhet a túlzott biztonságra törekvő gyógyítás, az ún. defenzív medicina is. Végül az egyénnek is lehet olyan kereslete, amely mögött nincs valós egészségügyi szükséglet mégis hajlandó fizetni érte, vagy a közfinanszírozott egészségügyben „kiharcolja” magának a felesleges ellátást.



3. fejezet: Az egészségüggyel szembeni társadalmi elvárások

Már az első fejezetben is megpróbáltuk érzékeltetni, hogy a gazdaságtan az egészségügyben kiegészítő szerepet játszik, feladata annak elősegítése, hogy az egészségüggyel kapcsolatos társadalompolitikai döntések és az egészségügyben hozott egészségpolitikai, orvos-szakmai döntések gazdaságilag is megalapozottak legyenek. Ezért az egészségügyi gazdaságtan számára az egészségüggyel szembeni társadalmi elvárások jelentik az egyik legfontosabb kiinduló pontot. Teljesen hiábavaló lenne például közgazdászként a fizetős egészségügy hatékonysága mellett érvelni, ha az egészségügyi szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférés a társadalmi elvárás. Természetesen az egyenlő hozzáférés biztosításával szükségképpen együtt járó mikro-gazdasági veszteségekre az egészségügyi gazdaságtannak rá kell mutatnia, de nem azért, hogy a politikai döntéshozó az egyenlő hozzáférést elvesse, hanem azért, hogy a veszteségek megtérítésének szükségességével kalkuláljon.

Ebben a fejezetben tehát áttekintjük az egészségüggyel szembeni lehetséges társadalmi elvárásokat. Azért a lehetséges elvárásokat, mert ezek az elvárások egészen explicit módon és teljes körűen nem fogalmazódnak meg. Minden bizonnyal a társadalom egyes érdekcsoportjainak különböznek is az egészségüggyel szembeni elvárásai.

3.1. Etikai követelmények

Aligha kérdéses, hogy a demokratikus országokban az egészségügyi ellátással szemben a társadalom etikai követelményeket támaszt. Populista módon ezt jelszószerűen fogalmazzák meg: Mindenkinnek legyen joga az egészséghez! Mindenki jogosult legyen a legmagasabb szintű egészségügyi ellátásra! Nyilvánvaló, hogy ezek a jelszavak teljesíthetetlenek. Baj van az olyan minimalista megfogalmazásokkal is, miszerint mindenki legyen jogosult az alapvető egészségügyi ellátásokra, mivel az alapvető ellátás mindenki számára éppen az, amitől meg tud gyógyulni vagy életben tud maradni, ami igen gyakran több millió forintos műtétek, beavatkozások elvégzését jelentené.

Célszerűbb ezért jelszavak helyett valódi etikai követelményeket megfogalmazni, majd ezekből kiindulva, ezek tartalmát kibontva lépni tovább. Egyetértve Kornai Jánossal⁶ két etikai posztulátumot fogalmazhatunk meg: az egyén szuverenitását és a szolidaritást.

Az egyén szuverenitása alatt Kornai azt érti, hogy az egyénnek az egészségügyi ellátások esetében is joga van választani, de felelős a választásáért! Ha rosszul dönt, maga viseli annak következményeit! Ebből kiindulva célként az egészségügy olyan átalakítását jelöli meg, amely megnöveli az egyén és szűkebbre szorítja az állam döntési jogkörét az egészségügyi szolgáltatások szférájában!

⁶ Kornai János (1998)



A szolidaritás kapcsán Kornai azt hangsúlyozza, hogy nem elég az egyéni és kollektív karitatív tevékenység, a közösségnek állami redistribúció útján is segítenie kell. Célként azt fogalmazza meg, hogy segíteni kell a szenvedőket, a bajban lévőket, a hátrányos helyzetűeket! Rászorultaknak azokat tekinti, akik önerejükkel nem képesek kielégíteni alapvető szükségleteiket sem.

Kétségtelen, hogy ennél a szolidaritás fogalomnál léteznek a szolidaritásnak szűkebb és tágabb meghatározásai is. Ezek azonban már nem etikai, hanem alapvetően – a következő alfejezetben tárgyalt – társadalompolitikai nézőpontokat, preferenciákat tükröznek.

3.2. Társadalompolitikai elvárások

A lehetséges társadalompolitikai elvárások közül az egyenlő hozzáférés, az esélyegyenlőség és a méltányosság (igazságosság) az, amit leggyakrabban szoktak az egészségügyi ellátásokkal szemben követelményként megfogalmazni.

Egyenlő hozzáférés fogalma alatt két követelmény teljesülését értjük. Az egyik, hogy az (alapvető) egészségügyi ellátásokra anyagi helyzetétől függetlenül mindenki (minden állampolgár, minden magyarországi lakos) legyen jogosult. A másik, hogy az egészségügyi kapacitásokat úgy kell elosztani, hogy azok az ország minden részében, részéről elérhetőek legyenek.

Az egyenlő hozzáférés tehát részben jogi (jogsabályi garanciák), részben gazdasági (ingyenesen vagy mindenki által megfizethető térítési díj mellett igénybe vehető szolgáltatások, a területi különbségeket kiegyenlítő finanszírozás), részben ellátás-szervezési feltételek teljesítését igényli. Ugyanakkor-e követelmények teljesítése kimerül az egyenlő hozzáférés objektív feltételeinek biztosításában.

Az esélyegyenlőség egy gyakorlatiasabb követelmény. Azt jelenti, hogy a társadalom különböző csoportjai az egészségügyi szolgáltatásokat egészségügyi szükségleteiknek megfelelően azonos arányban veszik igénybe. Az egyenlő hozzáférés objektív lehetősége ugyanis még nem jelent gyakorlati egyenlőséget. A 2. fejezetben részletesen bemutatott, mi kell ahhoz, hogy az egészségügyi szükségletből fogyasztás legyen. A tudásszintben, a tájékozottságban, az egészségtudatosságban, a motiváltságban, az önérvényesítő képességben stb. meglévő különbségek – megfelelő kiegyenlítő mechanizmusok híján – azt eredményezik, hogy az eltérő helyzetű társadalmi csoportok igen eltérő mértékben veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat, és ez nem magyarázható egészségi állapotuk különbözőségével.

Ennek alapján teljesen nyilvánvaló, hogy a 3.1. alfejezetben megfogalmazott etikai követelmények, az egyén szuverenitása és a szolidaritás csak akkor teljesülnek, ha a fent említett különbségeket mérséklő mechanizmusok működnek.

E látszólag tisztán társadalompolitikai követelménynek nagyon komoly egészségügyi gazdaságtani következményei vannak. Például egy szűrőprogramot csak úgy lehet gazdaságilag hatékonyan megszervezni, ha figyelembe veszik a lakosság egészségtudatosságát.



ban, mobilitási készségében, önmenedzselési képességében meglévő különbségeket és különböző rásegítő intézkedésekkel elérik, hogy az említett tényezők szerint hátrányos helyzetű, de magas rizikójú lakossági csoportok ne maradjanak ki a szűrésből.

A harmadik társadalmpolitikai követelmény a méltányosság (igazságosság). Ezt két szempont szerint is meg kell fogalmazni. Horizontális méltányosságról beszélünk, ha az azonos helyzetben lévők azonos kezelésének követelményét fogalmazzuk meg. Például azt mondjuk, hogy minden veseelégtelenségben szenvedő beteg jusson hozzá a művese-kezeléshez. Bonyolultabb a vertikális méltányosság követelményének teljesítése, mivel az a különböző helyzetben lévők méltányos kezelésének igényét fogalmazza meg. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy ha az ország a súlyos szívbetegségben szenvedők számára létrehoz a szívtüneteléshez szükséges kapacitást, akkor méltányos a tüdőátültetés lehetőségét is megteremteni azok számára, akik e nélkül nem maradhatnak életben.

Itt látszólag megint egy tisztán társadalmpolitikai kérdéstről van szó. Valójában egy igen súlyos gazdasági problémával szembesülünk, hiszen a horizontális méltányosság követelménye azt jelenti, hogy ha egyszer az egészségügyi közfinanszírozásba egy ellátást, egy gyógyszert befogadtak, akkor azokat rövid időn belül valamennyi erre rászoruló számára hozzáférhetővé kell tenni. Az egészségügyi gazdaságtan felkészült ennek a problémának az elvi szintű megoldására, ehhez megfelelő módszerrel⁷ rendelkezik.

Ide kapcsolható a fenntartható finanszírozás, amelyet Kornai is követelményként állít az egészségügyi reformok elé. Az ő megfogalmazásában a cél az, hogy az állami költségvetés legyen képes folyamatosan finanszírozni az állam kötelezettségvállalásai teljesítését!

3.3. A méltányos elosztás elvei

A méltányos elosztás követelménye szűk értelemben azt jelenti, hogy a közfinanszírozott egészségügyi ellátásokból mindazok részesüljenek, akiknek jogos igényük van rá. A gyakorlatban azonban ez a követelmény – éppen az erőforrások szűkössége miatt – nem mindig teljesíthető. Ezért elfogadott a méltányos elosztásnak egy tágabb értelmezése is. Eszerint a méltányos elosztás azt jelenti, hogy az egészségügyi javakat elfogadható eljárások és kritériumok szerint osztjuk szét. Ennek három típusa létezik:

- a) a méltányos eljárás,
- b) a méltányos végállapot,
- c) a méltányos eljárás, amely méltányos végállapotot hoz létre.

Ad a) A méltányos eljárás azt jelenti, hogy az minden rászoruló egyén számára tisztességes esélyt biztosít a neki szükséges jószág (az egészségügyi ellátás, a gyógyszer stb.) megszerzésére. A méltányos eljárás típusai:

⁷ A módszert költségvetési hatáselemzésnek nevezik, és a 18.7. alfejezetben mutatjuk be részletesen



- sorban állás (érkezési sorrend szerinti ellátás),
- sorshúzás,
- súlyossági fok szerinti rangsorolás,
- minden más olyan szabály, amelyet az érintettek méltányosnak fogadnak el (demokratikusan kialakított saját szabályok).

Ad b) A méltányos végállapot szerinti elosztásról akkor beszélhetünk, ha az elosztás végül sikerül méltányossá tenni. Például

- két éven belül mindenki hozzájut a szükséges ellátáshoz;
- mindenki életben marad;
- azok kapták meg az ellátást, akiknek esélyük volt életben maradni.

Ad c) Ha az érkezési sorrend szerinti ellátás azt eredményezi, hogy reális időn belül minden beteg hozzájut a szükséges ellátáshoz, akkor egy méltányos eljárás méltányos végállapotot hozott létre. Ha viszont a sorban állás azt eredményezi, hogy egyesek a várakozás közben elhaláloznak, akkor méltányos végállapotról értelemszerűen nem beszélhetünk. Ilyenkor az eljárást magát is szükséges felülvizsgálni.

3.4. Az ellátás megszervezésével kapcsolatos társadalompolitikai követelmények

Az előző alfejezetekben felsorolt etikai és általános társadalompolitikai követelmények teljesítését nem hátráltatva, sőt azt elősegítve az ellátást úgy célszerű megszervezni, hogy az lehetőséget adjon az egyéni preferenciák érvényesítésére, és a szolgáltatókat érdekeltté tegye az ügyfelek igényeinek minél jobb kiszolgálásában. Ez úgy érhető el, ha verseny van a szolgáltatók között. Kornai megfogalmazásában:

- Az állami tulajdonnak és szabályozásnak ne legyen monopóliuma!
- Legyen verseny a különböző tulajdonformák és koordinációs mechanizmusok között!
- Az állampolgár választhasson, mennyit kíván maga és családja egészségére fordítani.
- Senki ne legyen kiszolgáltatva egyetlen monopol szervezetnek!

A hatékonyságot segítő másik követelmény az ösztönzés. Itt a cél olyan tulajdon és szabályozási formák létrehozása, melyek hatékonyságra ösztönöznek! Ahol nincs verseny, ott nem elég erős a hatékonyságra és takarékosagra való ösztönzés. Ugyanakkor fontos, hogy a költségcsökkentés ne a betegek kárára történjen.

További fontos követelmény az átláthatóság. Világossá válják az állampolgár szemében a kapcsolat az állami jóléti szolgáltatás és annak adóterhei között!





4. fejezet: Hatékonyság az egészségügyben

A közgazdaságtan tárgya, hogy miként osztják el az egyének és a társadalmak a szűkös erőforrásokat az egymással versengő alternatív felhasználási lehetőségek között. Itt lép be a hatékonyság fogalma, amely a legszélesebb értelemben azt jelenti, hogy a rendelkezésre álló erőforrások felhasználásával előállított termékek és szolgáltatások fogyasztása során össztársadalmi szinten a legnagyobb hasznot tudjuk elérni.

A hatékonyság típusai:

- **Termelési hatékonyság:** az adott terméket (szolgáltatást) a még szükséges legkisebb (legolcsóbb) erőforrás-felhasználással állítja elő (pénzben kifejezve).
- **Technikai hatékonyság:** a termelési hatékonyság technikai (pl. gépóra, ápolói létszám) egységben kifejezve.
- **Allokációs hatékonyság:** a termékek, szolgáltatások olyan halmazát állítja elő, amelyeket az egyének, illetve a közösség a leg többre értékeli.

4.1. Eredményesség, hatásosság, hatékonyság az egészségügyben

A hatékonyságnak – értelemszerűen – nagy fontossága van az egészségügyben is. A hatékonyságnak fontos előfeltétele az eredményesség, azaz a beavatkozás által normál körülmények között elért hatás, eredmény (pl. a fájdalom megszűnése). Az eredményességtől az egészségügyben megkülönböztetjük a hatásosságot, azaz a beavatkozás által elért hatást, eredményt (pl. vérnyomás csökkenését) ideális, klinikailag ellenőrzött körülmények között. Hatékonyság alatt azt értjük, hogy adott eredményt a legkisebb költséggel érik el.

A hatékonyságnak két értelmezése alakult ki az egészségügyben. A jóléti közgazdaságtan megközelítésmódja: az egyéni jólét összegének optimumát keresi, minden hasznosságot, használati értéket figyelembe vesz. Extra-jóléti megközelítés, amely az általános jólétnél fontosabbnak tartja az egészséget, az egészségben elért nyereséget tekinti az egészségügyi rendszer hatékonysága vizsgálatánál kiindulópontnak.

Megkülönböztetünk szubjektív és objektív haszonelvűséget. A szubjektív haszonelvűség szerint egy termék (szolgáltatás) fogyasztásának hasznosságát mindenki maga tudja a maga számára megítélni. Ezzel szemben az objektív haszonelvűség szerint az elért haszon (pl. az egészségügyi állapot javulása) értékelése szakértők feladata (is), mivel a szubjektív értékítéletet az egyéni ismeretek, az anyagi helyzet, az életkor stb. jelentősen befolyásolja.

Az egészségügy hatékonysága értékelésének európai megközelítésmódja szükségletalapú:

- a közösségi preferenciára épít,
- az egészségnyereségben fejezi ki az eredményességet,
- függetleníti az egyén fizetőképességétől.



Az egészségnyereséget optimalizáló, szükségletalapú megközelítés nem feltétlenül igazságos. Például nem biztosít egyenlő hozzáférést, mivel azoknak a betegeknek az ellátását preferálja, akiknél a gyógyulás nagyobb egészségnyereséget eredményez. Például a fiatalabb betegek ellátását preferálja az idősebbekhez képest.

4.2. Az egészségügyi hatékonyság közgazdasági értékelése

A közgazdasági értékelés az alternatív cselekvéssorozatok összehasonlító értékelését jelenti a költségeik és kedvezményeik szempontjából. A közgazdasági hatékonyságot mindig egy vagy több más lehetőséggel való összehasonlításban értelmezzük.

A költséghatékonysági elemzések következő típusait különböztethetjük meg:

- **Költség-haszon elemzés:** a pénzben mért hasznokat veti egybe a költségekkel.
- **Költség-hasznosság elemzés:** a hasznot az egészségnyereség mennyiségében, vagy minőséggel kombinált mennyiségében méri.
- **Költség-hatásosság, illetve költség-eredményesség elemzés:** az eredményt valamilyen természetes indikátorral méri.

E három értékelési típus főbb jellemzőit foglalja össze a **4.1. számú táblázat**.

4.1. sz. táblázat

A közgazdasági értékelés egyes típusainak főbb jellemzői

Elemzési technika	A költségek mérése	A következmények mérése
Költség-haszon	pénzegység	pénzegység
Költség-hasznosság	pénzegység	Minőséggel korrigált életevek
Költség-hatásosság	pénzegység	fizikai egység

A költséghatékonyságot a közgazdasági értékelés során úgy értelmezzük, hogy egy eljárás akkor költséghatékony, ha hatékonyabb, mint egy alternatíva. Ez a következőképpen jöhet létre:

- azonos költséggel nagyobb eredmény,
- azonos eredmény kisebb költséggel,
- a nagyobb költséget meghaladó arányú jobb eredmény.

Ebben az értelmezésben a költséghatékonyabb alternatíva eleget tesz a termelési hatékonyság követelményének.



4.3. A költséghatékonyság és az allokációs hatékonyság

Allokációs hatékonyság esetén azt vizsgáljuk, hogy az adott ellátás, illetve az adott betegség kezelése mennyi hasznot jelent a más betegségek kezelésével elérhető egészségnyereséghez képest

Az allokációs hatékonyság akkor érvényesül, ha az egészségügy rendelkezésére álló erőforrásokkal a társadalom egészének szintjén elérhető egészségjavulást maximalizálják.

Egy adott betegség alternatív kezelési eljárásainak összehasonlítása esetén is fellép az allokációs hatékonyság problémája, amennyiben a vizsgált új terápia több egészségnyereséget hoz betegenként, de drágább is. Ilyenkor

- az erőforrásokat kell növelni, vagy
- ki kell venni a finanszírozásból az alacsonyabb költséghatékonyságú ellátásokat, vagy
- kevésbé hatékony, de kisebb erőforrás-igényű ellátásokkal kell helyettesíteni őket.

5. fejezet: Az „egészségnyereség” mérése

Az 1. fejezetben már írtunk arról, hogy az egészségügyben a különböző beavatkozások, ellátások eredményét leggyakrabban az általuk elért egészségnyereség révén próbálják megragadni. Egészségnyereség alatt az egészségügyi szolgáltatás révén elért életesély növekedés értik, életevekben oly módon kifejezve, hogy minden ember egy megnyert éve, egy év egészségnyereségnek számít.

Nyilvánvaló, hogy az egészségügyi szolgáltatásoknak a legfontosabb, de nem az egyetlen célja az élet meghosszabbítása. Sőt az egészségügyi szolgáltatások jelentős része nem közvetlenül életmentő jellegű, hanem az életminőség javítását célozza, például enyhíti a fájdalmat, visszaállítja a mozgási képességet. Ezért szükség van egy olyan eredményfogalomra is, amely komplexebben értékeli az egészségi állapot javulását. **Ez az életminőséggel korrigált egészségnyereség, amely más súllyal veszi figyelembe az egészségben és a nem egészséges állapotban töltött éveket.** Természetesen ennek kiszámítása során is számos nehézséggel kell megküzdenünk. Ebben a fejezetben az egészségnyereség és az életminőség mérésének problémáival és lehetőségeivel foglalkozunk, majd vázlatosan bemutatunk két konkrét módszert is. E fejezet célja nem az, hogy a hallgatók elsajátítsák az életminőséggel korrigált egészségnyereség mérésének módszereit, hanem csak az, hogy megismerkedjenek az e módszerek nyújtotta lehetőségekkel, de szembesüljenek alkalmazásuk nehézségeivel, kérdőjeleivel is.

5.1. Az egészségnyereség mérésének dilemmái

Az egészségnyereség kiszámítása során számos problémába ütközünk. Az első, hogy a pozitív hatások mellett jelentkeznek a mellékhatások, kockázatok is. Például egy hatásos



gyógyszer meghosszabbítja a beteg életét, de a rendszeres gyógyszerfogyasztás újabb megbetegedések okozójává válik. A mérés során tehát nemcsak a hasznokat, hanem a kockázatokat is számba kell venni.

Itt rögtön egy újabb dilemmával szembesülünk. A tényleges kockázatok egy része ugyanis csak 15-20 év múlva válik nyilvánvalóvá, azaz jóval később annál, mint amikor a szolgáltatás, a gyógyszer eredményét mérni próbálják. Következésképpen az 5-10 évvel az alkalmazást követő vizsgálatok az értékelés szempontjából nem tekinthetők abszolút végpontnak, hanem csak közbenső pontnak.

Az életminőség mérése szintén számos alapvető kérdést felvett. Például azt, hogy mit tekintünk életminőségnek, milyen tényezők alkotják azt, hogyan számszerűsíthető azok változása, hogyan különíthetők el az életminőség objektív és szubjektív értékelései. Ismert, hogy ugyanazt az élethelyzetet az egyik ember elviselhetetlennek tartja, a másik pedig jól tolerálja.

Sok esetben az elemzést végző azzal is szembesül, hogy a hatásosság sem bizonyított, azaz egyértelműen nem állítható, hogy a beteg állapotának javulása kizárólag az alkalmazott gyógymódnak volt a következménye. Az életminőséggel korrigált egészségnyereség tudományos igényű megállapításának ezért végig kell mennie a következő lépéseken:

- Szükség volt-e a vizsgált beavatkozásra?
- A hatásosság bizonyítása. (Ez teljes bizonyossággal csak véletlenszerűen kiválasztott kontroll-csoportok segítségével lehetséges);
- Haszon/kockázat elemzés;
- Megnyert évek pontos számbavétele;
- Életminőség változásának mérése.

Ha ilyen bonyolult ez a feladat és végrehajtása buktatókkal teli, akkor egyáltalán miért foglalkozik ezzel az egészségügyi gazdaságtan? Általánosságban három célt emelhetünk ki:

- Annak bizonyítását, hogy egy eljárás valóban hoz egészségnyereséget (nem csak klinikailag kimutatható pozitív hatása van).
- Különböző eljárások egészségnyereségének összehasonlítását: egyik eljárás nagyobb egészségnyereséget hoz-e, mint a másik.
- Egységnyi egészségnyereség terápiás költségének kiszámítását.

Jelenleg az életminőséggel korrigált egészségnyereség mérésének már konkrét alkalmazási területei is vannak. A klinikai alkalmazások közül a gyógyszer-regisztrációt, a terápiás döntéseket, a szűrővizsgálatokat emelhetjük ki.



A gazdasági alkalmazások közül a gyógyszerek egészségbiztosítási befogadása az a terület, ahol jogszabály is előírja egészségügyi gazdaságtani elemzések készítését, és ezekben az eredményeket, mint életminőséggel korrigált egészségnyereséget veszik számba.⁸ További alkalmazási lehetőséget kínálnak a különböző erőforrás-allokációs döntések (például hol épüljön kórház, hány korszerű diagnosztikai központra van szükség) megalapozása.

5.2. Az életminőség mérése

Az életminőséggel korrigált egészségnyereség megállapítása során az egyik leginkább összetett feladat az életminőség mérése. Ráadásul a különböző elemzések más-más szempontból teszik szükségessé az életminőség vizsgálatát. Például ilyen kérdések merülhetnek fel:

- Milyen lenne a beteg életminősége a beavatkozás nélkül (minimális beavatkozással), ehhez képest a beavatkozás az életminőségét hogyan változtatja meg (a teljes megnyert életszakaszon keresztül)?
- Milyen a lakosság életminősége?
- Melyek azok a betegségek, amelyek a lakosság életminőségét leginkább rontják?

Az életminőség sokelemű, szubjektív dolog. Mérésére leggyakrabban (önkitöltős) kérdőíveket alkalmaznak. A kérdőív összeállítása előtt azonban még tisztázni kell a következő alapvető kérdéseket:

- Ki válaszoljon?
 - a betegek, akik az életminőségüket leginkább ismerik, de szubjektíven élik meg;
 - az orvosok, egészségügyi dolgozók, akik nagyvonalakban szintén ismerik a betegség okozta életminőség-változást, de saját szakterületükkel szemben esetleg elfogultak;
 - a lakosság (a laikusok).
- A kérdések az életminőség mely dimenzióit fedjék le?
 - egészség (pl. fizikális, szenzoros funkciók, fájdalom, kognitív készség),
 - fizikális funkciók: pl. mobilitás,
 - önellátás: pl. öltözködés, mosakodás, kontinencia.

⁸ Lásd részletesebben a 19. fejezetben.



A kérdőívek két típusát különböztethetjük meg. Az általános kérdőívek: nem egy betegséghez kötődő tényezőket vizsgálnak. Ezzel szemben a betegség-specifikus kérdőívek egy-egy betegség (például sokízületi gyulladás) érintettjei számára tesznek fel kérdéseket.

Az életminőséget két módon ragadhatjuk meg:

- Életminőség index segítségével, amely egyetlen mutatóban (egy számmal) összegzi az életminőséget (több tényező súlyozott átlagaként);
- Beteg profil kialakításával, amely a betegség(ek)re jellemző tényezőkhöz (pl. fájdalom, alvászavar, szociális izoláció, fizikai mobilitás) rendel hozzá értékeket.

Az index és a profil egyaránt alkalmazható általános és betegség-specifikus kérdőív esetén is.

Az életminőség kérdőívek az életminőség különböző dimenzióit osztályokba sorolják, és ezekhez minden megkérdezett adott határok között értékeket rendel, majd ezeket átlagolják. Például EQ-5D⁹ standard kérdőív az életminőséget az alábbi öt dimenzió mentén próbálja megragadni:

- mozgékonyság,
- önellátás,
- szokásos tevékenységek (munka, házimunka, tanulás),
- fájdalom/ rossz közérzet,
- szorongás/lehangoltság.

A lehetséges válaszokat három osztályba sorolja: nincs probléma, némi probléma, súlyos probléma.

5.3. A QALY (Quality Adjusted Life Years) módszer

Európában az egészség-gazdaságtani elemzésekben leggyakrabban a QALY módszert használják.

Definíció: A „Quality-Adjusted Life Years” (életminőséggel korrigált életevek) módszer, az életminőséggel korrigált egészségnyereség mérésének univerzális eszköze. Egyetlen mutatóban összegzi az élethosszban és életminőségben bekövetkező változásokat.

Ismerkedjünk meg nagyvonalakban ezzel a módszerrel!

A módszer lépései:

- Megállapítja az élethossz-nyereséget.

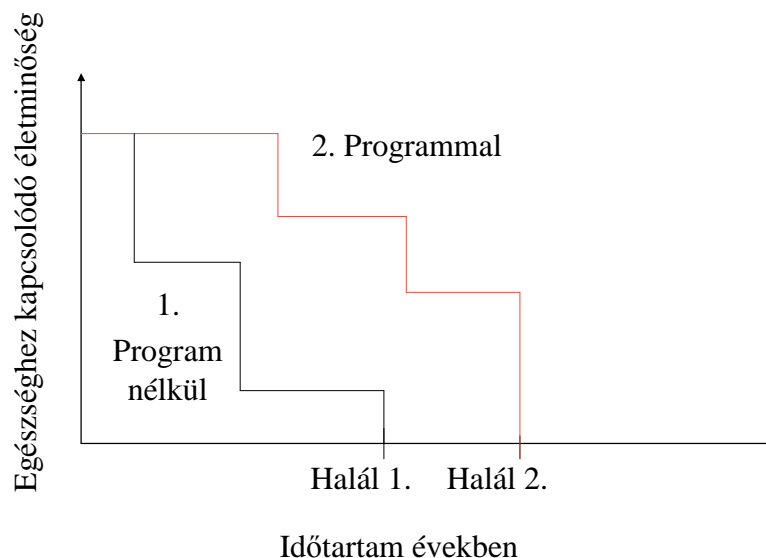
⁹ E=európai, Q=questioner, 5D= öt dimenziós



- A nyert évekhez hozzárendeli a hasznosságot (relatív életminőséget), időalkuval¹⁰, vagy életminőség-kérdőívvel (EQ-5D).
- Az adott időszakhoz tartozó QALY értékek nettó jelenértékét diszkontráta alkalmazásával kiszámítja.
- Ezt a grafikusán ábrázolja.
- Az így kapott görbe alatti területből kivonja a minimális ellátás (vagy egy másik terápia) görbéjéhez tartozó területet. A kettő különbsége az egészségnyereség. Ezt mutatja be az **5.1. számú ábra**.

5.1. sz. ábra

Életminőséggel korrigált életevek számának alakulása



A QALY alkalmazásának problémái

- A fiatalok beavatkozásait túlértékeli az idősebb korban végrehajtottakhoz képest.
- Azonos eredményt ad, ha egy ember nyer 20 évet, vagy ha 20 ember egy évet.
- Nem veszi figyelembe a gyógyulás externális hatásait (például az egészséges dolgozó hatékonyabb munkavégzésre képes, mint a betegséggel küzdő).

¹⁰ Arra kérdeznék rá, hogy a beteg hány évet adna az életéből a betegségéből való kigyógyulásért cserébe.



5.4. A DALY (Disability adjusted life years) módszer

Egy másik nemzetközileg elfogadott módszer a DALY. A „Disability-Adjusted Life Years” (egészségkárosodással korrigált életevek) módszer egyetlen mutatóban összegzi a korai halálozás következtében elvesztett életeveket és a károsodott egészségi állapotban leélt éveket. A módszert a Világbank fejlesztette ki az egészségügyre szánt erőforrások optimális allokációja érdekében.

Célja annak megállapítása, hogy mely betegségek okozzák a legnagyobb veszteséget az egészséges életkilátásokban (betegségteher).

A 82 és fél éves, férfiak esetében a 80 éves várható élettartamból vonja le az elvesztett, illetve az életminőség romlásával arányosan a betegségben töltött éveket. Az egyes életszakaszokat is súlyozza, illetve a megélendő éveket diszkontálja.

Ez a módszer nem az egyedi beavatkozások összehasonlítására, hanem az egészségügy nagyhorderejű allokációs döntéseinek az elemzésére alkalmas.

6. fejezet: Az egészségbiztosítás

6.1. Az egészségbiztosítási kockázatok sajátosságai

Az embereket egészségükkel kapcsolatban többféle kockázat fenyegeti:

- a megbetegedés kockázata,
- a betegség miatti jövedelem-kiesés kockázata,
- a gyógyulás költségének kockázata,
- tartós egészségkárosodás kockázata.
- az élet elvesztésének kockázata.

Természetesen a betegség és a halál ellen nem lehet biztosítást kötni, a megbetegedéssel kapcsolatos költségek viselésére, az életben maradók anyagi biztonságának növelésére azonban igen. (Az életbiztosítás hivatalosan nem tartozik az egészségbiztosítások körébe, ezért azzal a továbbiakban nem foglalkozunk.) Egészségbiztosítás alatt a megbetegedéssel járó anyagi terhek viselésére, megosztására kötött biztosításokat értjük. Ilyen biztosítás elvileg egyénileg is megköthető lenne ugyanúgy, ahogy az emberek lakásukra, autójukra is kötnek biztosítást. Ebben az esetben az emberek egy része kötne egészségbiztosítási szerződést, más részük pedig nem. Ezt látjuk ugyanis a vagyonnal kapcsolatos biztosításoknál, és ez tapasztalható azokban az országokban, ahol nincs, vagy nem terjed ki mindenkire a kötelező egészségbiztosítás.

A tapasztalatok szerint – tudományosan bizonyított elmélet nincs arra, hogy ez miért van így – az emberek egy része kockázatkerülő, azaz tart a jövőben bekövetkező káros eseményektől. Ebből adódóan hajlandó az esetleg bekövetkező jelentős károk mérséklése érdekében előre



kisebb anyagi áldozatokat hozni. Ők azok, akikkel lehet biztosítási szerződést kötni, ha annak megfelelőek a feltételei. Az emberek egy másik csoportja kockázatvállaló, azaz inkább elviseli a bizonytalan jövőbeni veszteséget, minthogy folyamatosan kisebb, de biztos áldozatot kelljen hoznia. Az ilyen hozzáállású emberek saját jószántukból nem kötnek biztosítást. Természetesen ez egyáltalán nem jelenti azt, hogy megbetegedésük esetén valóban képesek lesznek a gyógyításuk költségét megtakarításaikból fedezni.

A jóléti államok nem szívesen tolerálják azt a helyzetet, hogy az emberek egy része anyagi okoknál fogva nem kapja meg a neki szükséges egészségügyi ellátást. Ennek két oka van: a betegségekkel, illetve azok hiányával kapcsolatos externáliák és a méltányosságra törekvés.

Negatív externáliát az jelent, hogy a betegségeknek nemcsak egyéni, hanem társadalmi kockázatai, kárai is vannak. A beteg ember másokat is megbetegíthet, a családtagoknak ápolniuk kell őt, a munkából való kiesés a munkáltató és a társadalom számára elmaradt haszon. Ugyanakkor a beteg emberek gyógyulásával kapcsolatban pozitív externáliákról is lehet beszélni. Vannak ugyanis ún. gondoskodó és ún. önző pozitív externáliák. Gondoskodó externália az embereknek az a jóérzése, hogy segíthet másokon, az öröm, hogy valaki (pl. a szomszéd néni) meggyógyult. Ilyen externáliák tényleges létezése jól látszik abból, hogy az emberek egy része önként támogatja a más (idegen) emberek gyógyítását szolgáló alapítványokat. Önző externália alatt azt értjük, hogy más ember szenvedése rosszérzést kelt bennünk, látjuk, hogy szenved. Ez a rosszérzésünk elmúlik (pozitív externália), ha az illető megkapja a szükséges gyógykezelést.

A mindenki megillető méltányos egészségügyi ellátás a modern társadalmakban társadalompolitikai követelménnyé vált. Ez úgyis értelmezhető, mint az egészséggel kapcsolatos pozitív externáliák társadalmi szintű felismerése, tudatosítása és artikulálása.

A méltányos egészségügyi ellátáshoz való jog társadalompolitikai követelménye egyes országokban az egészségügyi ellátás állami feladattá válásával valósult meg. Más országok a kötelező egészségbiztosítás bevezetésével, majd kiterjesztésével tettek eleget ennek a követelménynek. Az első kötelező betegségbiztosítást 1883-ban Németországban vezette be Bismarck¹¹ kancellár. Ezért beszélünk máig is az egészségbiztosítás bismarcki modelljéről. Néhány fejlett országban – a legismertebb példa az Amerikai Egyesült Államok – nincs kötelező egészségbiztosítás, de a leginkább rászorulóknak alapvető egészségügyi ellátásáról különböző konstrukciók keretében az állam ott is gondoskodik¹².

Az egészségbiztosítás piaci alapon történő megszervezésének a másik nehézsége az, hogy a megbetegedéssel összefüggő kockázatok sok tekintetben nem felelnek meg a biztosítható kockázatok alapvető feltételeinek. Melyek ezek a feltételek és mennyiben nem felelnek meg e konkrét feltételnek az egészségbiztosítása kockázatok? Erre ad választ a **6.1. számú táblázat**.

¹¹ Otto von Bismarck-Schönhausen német kancellár (1815-1898)

¹² Az egészségügyi ellátás megszervezésének tipikus modelljeit, köztük a bismarcki modellt is a 11. fejezetben mutatjuk be.



6.1. sz. táblázat

A betegséggel kapcsolatos kockázatok megfelelése a biztosíthatóság alapfeltételeinek

Biztosíthatósági alapfeltétel	Megfelelés az egészségi kockázatok esetében
Társadalmi szinten rendszeresen ismétlődő káresemények.	Megfelel.
Előre felbecsülhető a kár.	A káralakulás nem egészen véletlen (például súlyos alapbetegség esetén egy újabb megbetegedés gyógyítása drágább lehet).
A biztosító és a biztosított egyenlő informáltsága a kockázat nagyságáról.	Információs aszimmetria áll fenn, a biztosító nem ismeri pontosan a beteg egészségi állapotát.
A kár felmérhető, és egyértelműen meghatározható.	A kár várható mértéke nehezen számszerűsíthető.
A káresemények egymástól függetlenek.	A megbetegedés nem teljesen független esemény (pl. életkor).
A kockázat valószínűségi alapon jelentkezik.	Vannak tudatosan vállalt események (pl. szülés).
A biztosított nem képes befolyásolni a káresemény valószínűségét.	A beteg életmódja, együttműködési készsége befolyásolja a káreseményt.

A táblázatban bemutatott helyzetből egyértelműen az következik, hogy az egészségügyben nagyon korlátozott a lehetősége annak, hogy klasszikus magánbiztosítást vezessenek be az egészségi kockázatok kezelésére. Következésképpen a legtöbb országban egyáltalán nem vagy csak szűk körben működnek ilyen rendszerek, és az egészségügyi ellátások finanszírozásáról vagy az állam maga gondoskodik vagy kötelező egészségbiztosítás keretében teremti meg az alapvető ellátások fedezetét. A kötelező biztosítás általában két kötelezettséget jelent. Az első, hogy a rendszeres jövedelemmel rendelkező állampolgároknak csatlakozniuk kell valamely egészségbiztosítóhoz és jövedelmük arányában anyagilag hozzá kell járulniuk a biztosítás fenntartásához. Az egyéni díjfizetés tehát nem kockázat, hanem jövedelemarányos. A másik kötelezettség, hogy a biztosítók egyéni jelleggel nem szelektálhatnak a biztosítottak között, azaz a magasabb kockázatú személyekkel is biztosítást kell kötniük, még pedig az általános feltételek szerint.

Ez utóbbi követelményt azért kell jogilag előírni, mert az egyéni kockázaton alapuló díjfizetés kizárása mellett másképpen nem lehetne stabil egészségbiztosítási piacot létrehozni. Miért nem? Azért, mert szabályozás híján káros szelekció játszódna le a biztosítási piac mindkét oldalán. Káros szelekció a keresleti oldalon abban mutatkozna meg, hogy a betegebb ügyfelek a nagyvonalúbb biztosítót keresnék, akinek a magasabb ellátási szint és a nagyobb kockázatú



biztosított kör miatt az átlagos díjakat emelnie kellene. Ez viszont eltántorítaná az alacsony kockázatú ügyfeleket. A káros szelekció a kínálati oldalon azt jelentené, hogy a magas kockázattal rendelkezőkkel egy biztosító sem kötne szerződést, így a legrászorultabbak kimaradnának a kötelező egészségbiztosításból.

6.2. Kockázatmegosztás az egészségbiztosítás keresleti és a kínálati oldalán

A kötelező és az egyéni kockázattól független díjtételek alkalmazó egészségbiztosítás megoldás jelenthet az egészségügyi ellátásokhoz való egyenlő hozzáférésben, ugyanakkor új problémáknak forrása válik. A „harmadik fél fizet” elvének ez a gyakorlati megvalósulása ugyanis, mind a keresleti, mind a kínálati oldalán morális kockázatokat eredményez. A „harmadik fél fizet” elve alatt azt értjük, hogy az egészségügyi ellátásért a szolgáltatónak nem közvetlenül a szolgáltatást igénybe vevő (a beteg, a fogyasztó) fizet, hanem a finanszírozó, jelen esetben az egészségbiztosító, más esetekben az állam vagy az önkormányzat. A morális kockázat pedig arra a helyzetre utal, hogy a „harmadik fél fizet” megoldás miatt a másik két fél nem vagy csak részben viseli döntéseinek anyagi terheit, ezért nagy lehet a csábítás (a morális kockázat) arra, hogy a harmadik felet túlzottan megterhelje. Az biztosítottak oldalán legalább két ilyen kockázattal számolni kell. Az első a megelőzés elhanyagolása. Nyilvánvaló ugyanis, hogy ha egy káresemény anyagi terhei nem a biztosítottra hárulnak, akkor nincs anyagi érdekeltsége a kár megelőzésében. (Ez a kockázat minden biztosítás esetében fennáll.) A másik morális kockázat abban áll, hogy a biztosított nem törődik az árral, azaz a szolgáltatások árrugalmasága megszűnik. Rosszabb esetben a biztosított még felesleges szolgáltatásokat is elfogad, sőt még a túlszámlázást sem ellenőrzi, mivel nem neki kell a számlát kiegyenlítenie. A problémát tovább mélyíti az információs aszimmetria, amely miatt a biztosított nincs is abban a helyzetben, hogy az őt ellátó szakember döntését megkérdőjelezze.

Ebből fakad a kínálati oldalon megjelenő morális kockázat. Az egészségügyi szolgáltató számára nagy a kísértés arra, hogy feleslegesen sok vagy indokolatlanul drága szolgáltatást nyújtson, mivel a biztosított a magas árat nem kifogásolja, sőt még elégedettebb is a túl jó ellátásnak köszönhetően. (Az el nem végzett szolgáltatások leszámlázását nem említjük morális kockázatként, mivel az annál több: bűncselekmény.)

A morális kockázatok bekövetkezése a valós szükségletek kielégítése elől von el forrásokat, ezért csökkentésük alapvető érdek. Mit lehet tenni ellene? Azt, amit a magánbiztosítók is tesznek. Nevezetesen a kockázat egy részét visszaterhelik a biztosítottakra, illetve az ellátókra. Nézzük meg ennek a különböző lehetőségeit!

6.2.1. Kockázatmegosztás a keresleti oldalon

A keresleti oldalon a kockázat megosztásának a legegyszerűbb módja az, ha a biztosítottat megterhelik a szolgáltatási díj egy részével. Ennek a következő formái lehetnek:

- abszolút önrész: egy bizonyos összeghatárig a teljes szolgáltatási díjat a biztosított fizeti;



- összegszerű önrész: a biztosítottnak az ellátás mindenegyes igénybevétele esetén (például orvoshoz fordulásonként, gyógyszerdobozonként) egy meghatározott összeget kell fizetnie¹³;
- az önrészt a díj százalékában állapítják meg;
- az előző megoldásokat fizetési plafonnal kombinálják. Például a százalékos díjnak van egy felső határa, vagy az abszolút és az összegszerű önrész nem haladhat meg egy év alatt egy felső korlátot.

A kockázat-megosztásnak léteznek egyéb módszerei is. Például kötelezően előírnak megelőzési tevékenységeket, és nem vagy csak csökkentett mértékben finanszírozza a biztosító azok gyógyításának a díját, akik nem vettek részt a megelőzésben. Visszatérő ötlet, hogy a biztosítási díja emelkedjen meg annak, aki egészségtelen életmódot folytat (például dohányzik). Egy 2012-től bevezetett magyar módszer szerint bizonyos betegségek esetében nem kaphatják meg a legkorszerűbb gyógyszereket azok, akik nem tartják be a terápiás utasításokat.

6.2.2. Kockázatmegosztás a kínálati oldalon

A kínálati oldalon a kockázat-megosztás elsősorban a díjfizetési technikák helyes megválasztása révén történik. Itt lényegében arról van szó, hogy a felesleges szolgáltatási tételek nyújtását leginkább ösztönző tételes elszámolás helyett a biztosító normatív módon finanszírozza a szolgáltatókat. A finanszírozás módszere¹⁴ lehet:

- eset alapú térítés,
- fejkvótás térítés,
- költségvetés meghatározása,
- napidíj, degresszív számítással,
- a fentiek kombinációi.

Az utólagos térítés helyett gyakran alkalmaznak prospektív térítést, azaz előzetesen meghatározzák a térítendő költségeket.

Az egészségbiztosító anyagi terheinek kézben tarthatósága érdekében többször adminisztratív korlátozó eszközöket is bevetnek. Ilyen lehet ellátási vagy gyógyszerrendelési protokollok kötelező alkalmazása, várakozási idő előírása, egyes ellátások kizárása a biztosítói finanszírozásból.

¹³ Az angolszász szakirodalomban csak ezt a fajta önrészt hívják co-paymentnek. A magyar (hétköznapi) szóhasználatban a más típusú biztosított önrészt is gyakran nevezik co-paymentnek.

¹⁴ A finanszírozás módszereivel részletesen a 14. fejezetben foglalkozunk.



A szolgáltató kontrollja még odáig is elmege, hogy a szolgáltatót és a biztosítót integrálják. Így alakultak ki az Amerikai Egyesült Államokban, de több más országban is az ún. managed care, magyarul irányított betegellátási rendszerek.

A kockázat-megosztás jelenthet kockázat-kiigazítás is. Erre a több-biztosítós egészségbiztosítási rendszerekben kerülhet sor. Tekintettel arra, hogy a biztosító nem szelektálhat a biztosítottak között, szinte törvényszerűen előfordul, hogy egyes biztosítókhöz lényegesen magasabb kockázatú biztosított kör tartozik, mint egy másikhoz. Ennek a kiigazítására egy kiegyenlítő alapot hoznak létre, amelyből az átlagosnál kockázatosabb ügyfélkörű biztosítók kompenzációban részesülnek, vagy a kiemelkedően magas kockázatú biztosítottak (például súlyos krónikus betegségben szenvedők, transzplantáltak) után kapnak kiegészítő támogatást.

6.3. Egészségbiztosítás Magyarországon

A magyar egészségbiztosítás II. világháborúig a bismarcki modellt követte. 1891-ben fogadták el az első betegbiztosítási törvényt. A betegbiztosítás fokozatosan terjedt ki az egyes ágazatokra, de még 1940-ben is csak az aktív keresők 21,5 százaléka volt biztosított.

1951-ben összevonták az ágazati biztosítókat, és üzemeltetését egy egységesített szakszervezeti intézményre bízták. Ezt volt a Szakszervezeti Társadalombiztosítási Központ (SZTK). A társadalombiztosítást több lépcsőben kiterjesztették minden dolgozóra és a családtagjaikra.

1972-től az egészségügyi ellátás állami feladat lett, a központi költségvetés finanszírozta. Az egészségbiztosítás megszűnt. Az egészségügyi ellátás állampolgári joggá vált.

6.3.1. A magyar kötelező egészségbiztosítás fontosabb jellemzői

1990-től az egészségügyi ellátás finanszírozását ismét a társadalombiztosítás részévé tették. 1993-tól önálló Egészségbiztosítási Alapot hoztak létre, amelyet egy önálló szervezet az Országos Egészségbiztosítási Pénztár kezel. Kezdetben az Alap társadalombiztosítási önkormányzati irányítás alatt állt. Az önkormányzatban a szakszervezetek és a munkáltatói érdekképviseletek képviseltették magukat. 1999-től az Alap állami irányítás alá került.

A jelenlegi magyar egészségbiztosítás egy kötelező társadalombiztosítási rendszer. A járulékfizetési kötelezettség minden aktív keresőre kiterjed. Mind a munkáltató, mind a munkavállaló fizet járulékot (hozzájárulást) a biztosítási rendszer fenntartásához. A nyugdíjasok, álláskezesek, szociális ellátásban és családi pótlékban részesülők stb. után központilag történik a járulékfizetés. A szolidaritás és a méltányosság széles körben érvényesül.

Az egészségbiztosítás az alábbi szolgáltatásokat fedezi:

- természetbeni egészségügyi ellátás,
- gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök megvásárlásához nyújtott támogatás,
- táppénz, baleseti táppénz.

A magyar kötelező egészségbiztosítást egy államilag szervezett biztosító nyújtja. A biztosító azonban nemcsak állami intézményeket finanszíroz, hanem önkormányzati és egyházi fenn-



tartású szolgáltatókat, vállalkozásokat és civil szervezeteket is. A természetbeni egészségügyi szolgáltatások finanszírozásában szektor-semlegesség érvényesül.

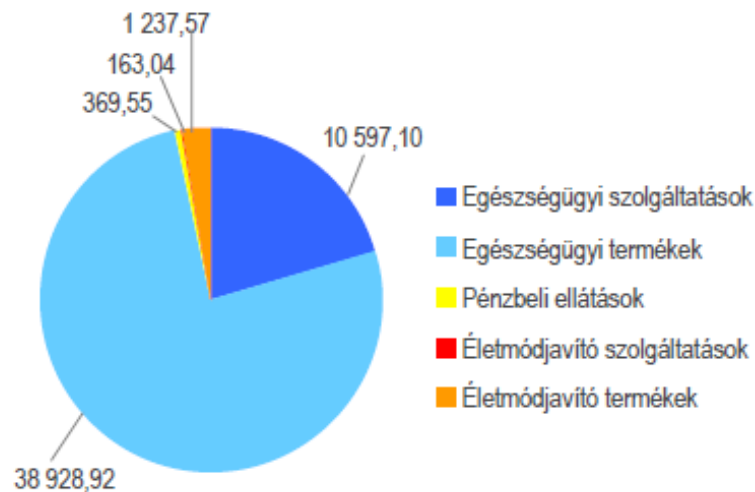
6.3.2. Egészségbiztosítási piac Magyarországon

Magyarországon a kötelező egészségbiztosítás mellett üzleti biztosítók is működnek az egészségügy területén. Elsősorban készpénz-ellátást adnak betegség esetére. Néhány biztosító finanszíroz természetbeni egészségügyi ellátást, amelyet a biztosítóval szerződött magánszolgáltatóknál lehet igénybe venni.

Az üzleti biztosítókon kívül ún. kölcsönös egészségbiztosító-pénztárak is részt vesznek az egészségüghöz kapcsolódó tevékenységek finanszírozásában. E pénztáraknak 6-700 ezer tagja van. Tipikusan az egészség megőrzését segítő szolgáltatásokat finanszíroznak, illetve ilyen jellegű termékek megvásárlásához nyújtanak támogatást. Egyes pénztárak betegség esetén a táppénzt kiegészítő készpénz-ellátást is adnak, illetve átvállalják a kötelező egészségbiztosítás által támogatott gyógyszerek esetében a biztosított által fizetendő térítési díjat. A pénztárak néhány jellemzőjét a 6.1. és a 6.2. számú ábrák mutatják be.

6.1. sz. ábra

Egészségpénztárak kiadásai, 2009 (millió Ft)

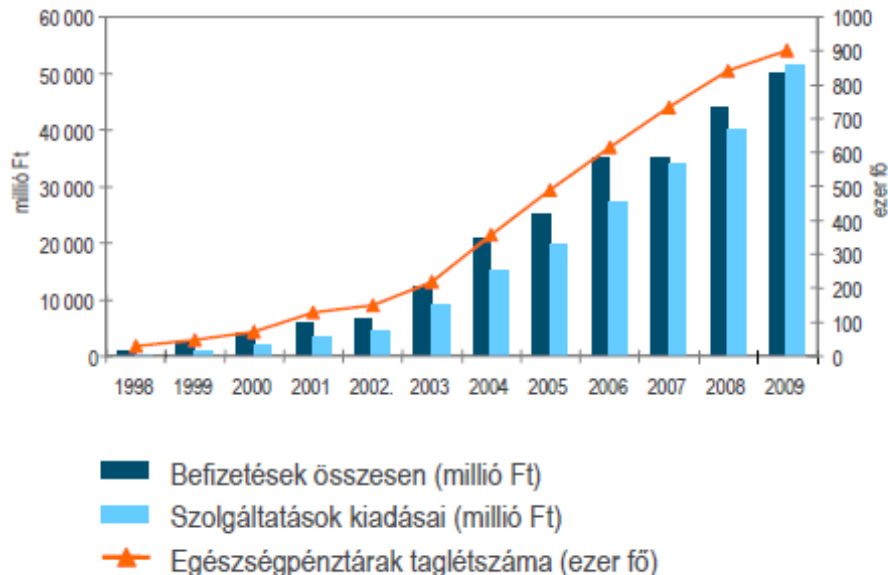


Forrás: Kincses Gy. (2010) 85. oldal

6.2. sz. ábra



Az egészségpénztárak gazdálkodási adatainak alakulása



Forrás: Kincses Gy. (2010) 84. oldal

7. fejezet: Az egészségügyi rendszerek gazdasági jellemzői

7.1. Az egészségügyi rendszer és szektor fogalma

Az egészségügyi rendszerhez tartozik minden tevékenység, amelynek a célja az egészségi állapot megőrzése, helyreállítása, stabilizálása. Az egészségügy rendszeren belül négy al-rendszert különböztethetünk meg:

- népegészségügy
- megelőző ellátások
- egészségügyi alap- és szakellátás
- egyéb.

Az egészségügyi szektor ennél tágabb fogalom, mivel az egészségügyi rendszeren kívül magába foglalja:

- a gyógyszergyártást,
- a gyógyszer-nagykereskedelmet,
- a gyógyászati segédeszközök gyártását és forgalmazását,



- a keresőképtelenséggel összefüggő pénzügyi, biztosítói támogatásokat.

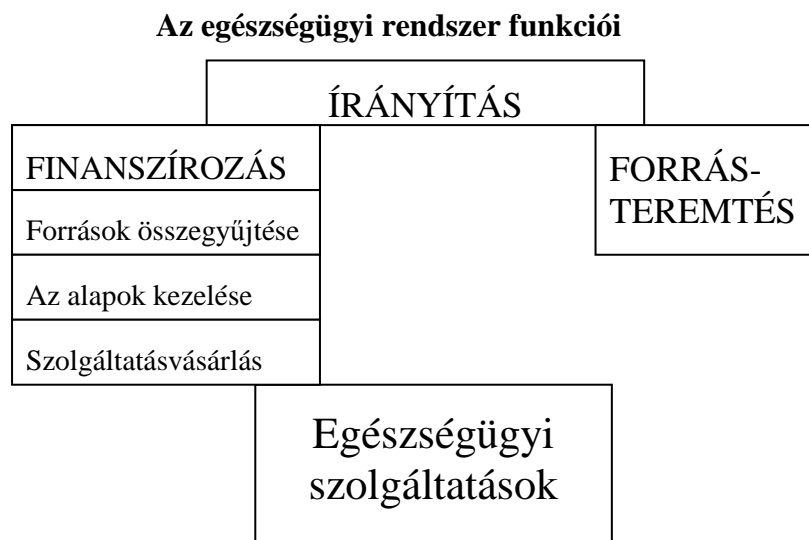
Az egészségügyi rendszer elemzésénél a következő alapkérdéseket célszerű feltenni:

- Állami feladat-e gondoskodni a lakosság egészségügyi ellátásról?
- Ki a felelős az egészségügyi ellátásért?
- Ki nyújtja a szolgáltatást?
- Ki finanszírozza?
- Ki jogosult az egészségügyi közszolgáltatásra?

7.2. Az egészségügyi rendszer funkciói

Az egészségügyi rendszer funkcióit a **7.1. számú ábra** mutatja be.

7.1. sz. ábra



Az egészségügyi gazdaságtan szempontjából a forrásteremtési, a finanszírozási funkciók érdemelnek kiemelt figyelmet. A forrásteremtés lehetőségei:

- adók,
- járulékok,
- az ellátottak közvetlen befizetései.

A finanszírozás lehet egycsatornás vagy többcsatornás. Ez utóbbi esetben a központi költségvetés, az önkormányzatok költségvetése és egészségbiztosítás is részt vállal a finanszírozásban.

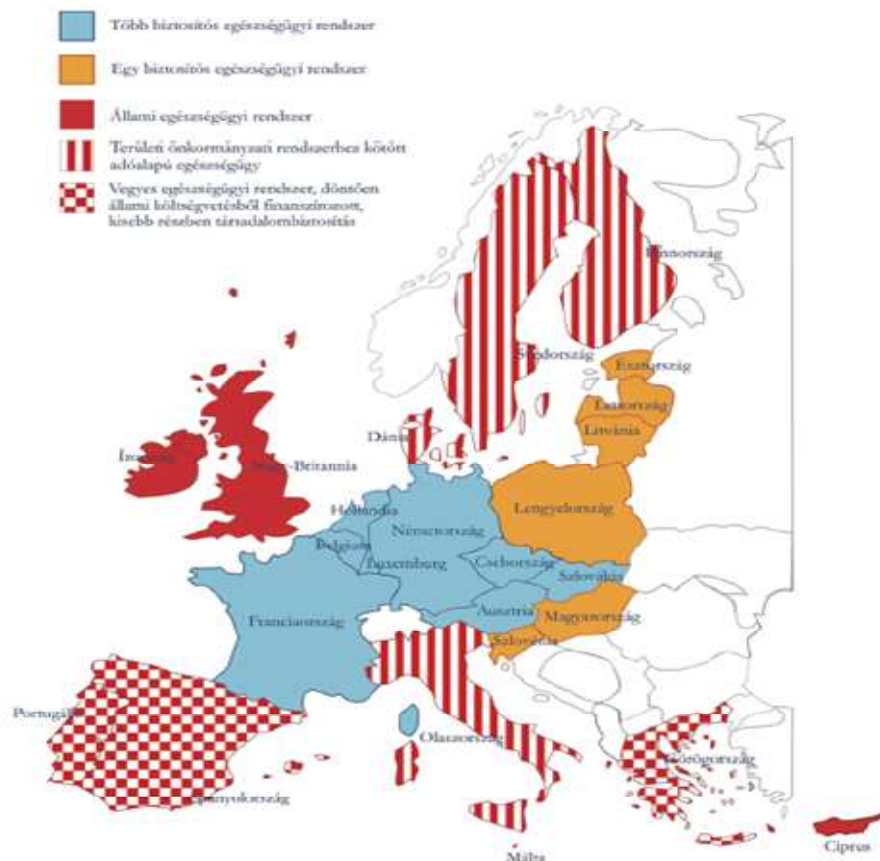
Nincs optimális megoldás a tekintetben, hogy adókból vagy járulékokból célszerű az egészségügyi ellátásokat finanszírozni. Európában mindkét megoldásra több példát ta-



lálunk. Adóalapú rendszerek működnek az: Egyesült Királyság, Írországban, Finnországban, Svédországban, Norvégiában, Dániában, Portugáliában, Spanyolországban és Olaszországban. Döntően járulékból finanszírozott az egészségügyi ellátó rendszer Németországban, Hollandiában, Luxembourgnban, Franciaországban, Csehországban, Szlovákiában, Magyarországon, Szlovéniában, Horvátországban, Észtországban, Romániában. Ennek térképét mutatja be a **7.2. számú ábra**.

7.3. sz. ábra

Adó-, ill. járulékalapú egészségügyi rendszerek Európában (2007)



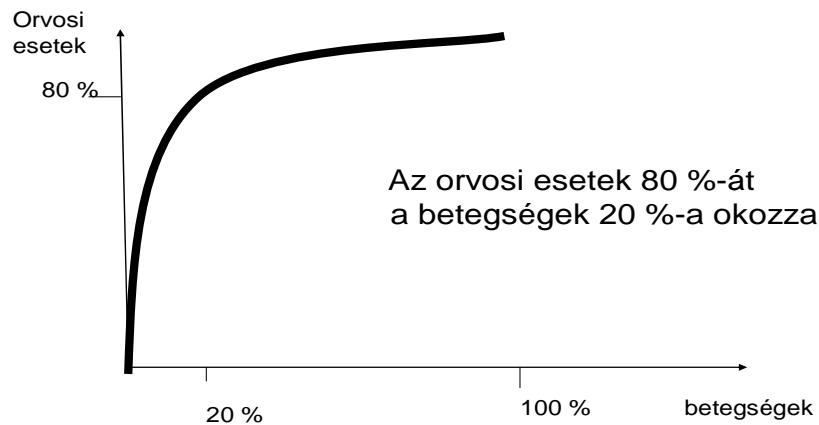
Forrás: Kincses Gy. (2010) 54. oldal

Az egészségügyi ellátások rendszerének egyetlen egészségügyi gazdasági vonatkozását szeretném kiemelni, ez a progresszív (differenciált, fokozatos) ellátás. A progresszív ellátás gazdasági alapját az ún. 20-80 szabály adja, amely tapasztalati alapon azt mondja ki, hogy a betegségek 20 százaléka okozza az orvosi esetek 80 százalékát. (Ezt szemlélteti a **7.3. számú ábra**).



7.3. sz. ábra

20-80 szabály

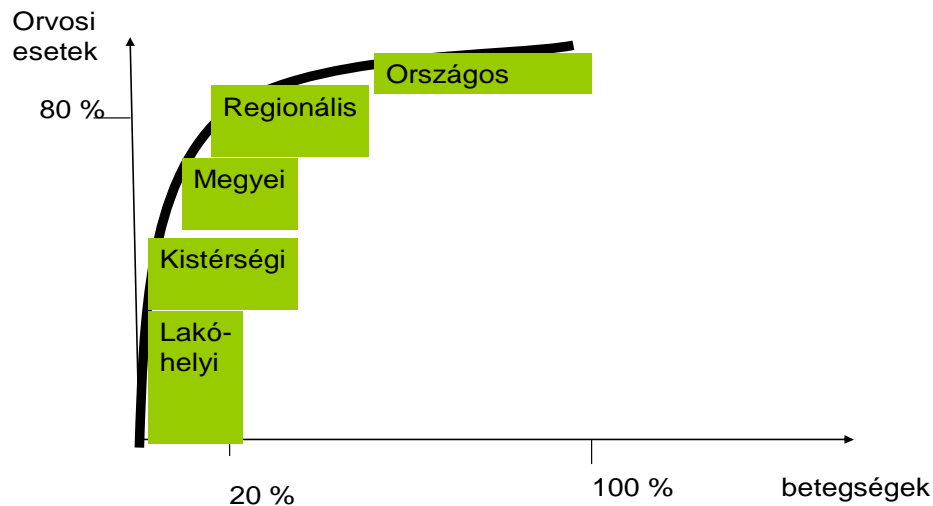


E szabályból következően a gyakori betegségeknek a gyógyítását célszerű minél közelebb vinni a lakosság lakóhelyéhez, a ritkábban előforduló betegségek gyógyítását pedig lépcsőzetesen centralizálni lehet. Ezt a lehetőséget mutatja be a **7.4. számú ábra**. Természetesen ennek során orvos-szakmai szempontokat is szükséges figyelembe venni.

7.4. sz. ábra



Progresszív ellátás



7.4. Az egészségügyi rendszerek mutatói

Az egészségügyi rendszerek elemzését, eredményességük nemzetközi összehasonlítását szolgálják azok az indikátorok, amelyeket erre a célra nemzetközi szervezetek fejlesztettek ki. Ezek közül – mint a legszélesebb körben használttal – az OECD – Health at a Glance (Egészségügyi pillanatfelvétel) kiadványaiban évente közölt mutatóival ismerkedünk meg. A mutatók az egészségi állapot, az egészség nem-orvosi determinánsai, egészségügyi dolgozók, egészségügyi tevékenységek, az ellátás minősége, hozzáférés az ellátáshoz, egészségügyi kiadások és finanszírozás témakörök köre gyűjtve tartalmaz különböző indikátorokat. Az egészségügyi gazdaságtanhoz leginkább kapcsolódó hat témakörben az indikátorok a következők:

A/ Egészségi állapot

- Születéskor várható élettartam
- 65 éves korban várható élettartam
- Korai halálozás
- Szívbetegség és sztrók (agyvérzés, szélütés) miatti elhalálozás



- Rák miatti elhalálozás
- Közúti baleset miatti elhalálozás
- Öngyilkosság
- Csecsemőhalálozás
- Csecsemőegészség: kis súllyal születés
- Gyermek fogának egészsége
- Saját egészségi állapot szubjektív megítélése
- Cukorbetegség gyakorisága
- AIDS gyakorisága

E/ Az ellátás minősége

- Krónikus betegségek ellátása (kiemelt betegség csoportokra)
- Krónikus betegségek akut ellátása (infarktus, sztrók)
- Mentális betegségek
- Rákbetegek ellátása (szűrés, túlélés és mortalitás három ráktípusra)
- Fertőző betegségek (gyermekkori oltási programok és influenzaoltás időseknek)

F/ Hozzáférés az ellátáshoz

- Ki nem elégített egészségügyi szolgáltatás igények
- Ellátásra jogosultság
- „Zsebből fizetett” költségek terhe (hálapénz)
- Orvosok földrajzi megoszlása
- Egyenlőtlenségek az orvosi konzultációk terén
- Egyenlőtlenségek a fogorvosi konzultációk terén
- Egyenlőtlenségek a rákszűrésben

G/ Egészségügyi kiadások és finanszírozás

- Egy főre jutó egészségügyi kiadások
- GDP-hez viszonyított egészségügyi kiadások
- Egészségügyi kiadások funkció szerinti megoszlása
- Gyógyszerkiadások
- A kiadások betegségek és életkor szerinti megoszlása



- Az egészségügyi ellátás finanszírozása
- Gyógy-turizmus

Emellett az OECD az egyes országok társadalmi fejlettségének összehasonlító elemzése érdekében egy többdimenziós szociális indikátorrendszert is kidolgozott, amelynek az egészségügyi dimenziói a következők:

- Várható élettartam
- Egészséggel korrigált várható élettartam
- Egészségi állapot szubjektív megítélése
- Gyermek-halandóság
- Kis súlyú újszülöttek
- Túlsúlyosság
- Magasság
- Szellemi egészség
- Potenciálisan elvesztett életévek
- Várható fogyatékoságtól mentes élettartam
- Balesetek
- Betegség miatti hiányzás a munkából
- Egészségügyi egyenlőtlenségek
- Egészségügyi kiadások
- Az egészségügy finanszírozásáért való felelősség
- Hosszú távú ellátásban részesülők
- Egészségügyi infrastruktúra.

Ezen indikátorrendszerek ismerete azért hasznos, mert az egészségügyi gazdasági elemzések során számos esetben van szükség nemzetközi összehasonlításokra is.



8. fejezet: A magyar egészségügyi rendszer gazdasági jellemzői

8.1. Az gyógyító megelőző ellátások rendszere Magyarországon

A magyar egészségügyi rendszer gazdasági jellemzőinek megértéséhez nélkülözhetetlen magának a rendszernek az ismerete. A gyógyító megelőző ellátások magyarországi rendszerét a **8.1. számú ábra** mutatja be. Az ábra az ellátásokat három nagy alrendszerre osztja a preventív szolgálatokra, az állami egészségügyi szolgálatokra és az egészségügyi szolgáltatási rendszerre. Témánk szempontjából az egyes alrendszerek kapcsán a következőket érdemes kiemelni.

8.1. sz. ábra

A gyógyító-megelőző ellátások rendszere

Preventív szolgálatok	Állami egészségügyi szolgálatok	Egészségügyi szolgáltatási rendszer
Védőnői szolgálat Szakgondozói hálózatok egyes feladatai Foglalkozás-egészségügy Ifjúság-egészségügy	Országos Mentőszolgálat, Országos Vérellátó Szolgálat	Alapellátás, Járóbeteg szakellátás Szakgondozók Házi szakápolás Aktív fekvőbeteg-ellátás Krónikus fekvőbeteg-ellátás Rehabilitációs intézmények, szanatóriumok

A preventív szolgálatok részét képező védőnői szolgálat a települési önkormányzatok által fenntartott, az egészségbiztosítás által finanszírozott alapellátás része. Szakmai felügyeletét az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (a továbbiakban: ÁNTSZ) látja el. A foglalkozás-egészségügy és az ifjúság-egészségügyi gondozás a népegészségügy részét képezi, amelyhez még az alábbi szolgáltatások tartoznak:

- egészségfejlesztés,
- család-és nővédelmi gondozás,
- sportegészségügyi gondozás,
- környezet- és település-egészségügy,



- élelmezés- és táplálkozás-egészségügy,
- sugáregészségügy.

A népegészségügy szervezése állami feladat, amihez több hatósági feladat is társul. Finanszírozása részben a központi költségvetés terhére történik, részben viszont a munkáltatók (foglalkozás-egészségügy), illetve az igénybevevők (pl. egyes laborvizsgálatok) finanszírozzák. A népegészségügyben magánvállalkozások elsősorban a foglalkozás-egészségügyben terjedtek el.

Magyarországon a mentés állami feladat, amelyet a Országos Mentőszolgálat (OMSZ) lát el. Ez egy centralizált állami intézmény. Szűk körben egyes feladatait magán, illetve alapítványi mentőknek is kiszerezte (pl. légi mentés). A betegszállítás döntő részét a magán-vállalkozások végzik, de az OMSZ is végez ilyen tevékenységet.

A vérellátás korábban decentralizáltan működött, de feladatait hatékonyabban el tudja látni az Országos Vérellátó Szolgálat (OVSZ) keretei között.

Az egészségügyi szolgáltatások rendszerét alkotó szolgáltatásokat a 8.1. ábra részletesen felsorolja, az általuk nyújtott ellátások tartalmával más tárgyak keretei között alaposan megismerkedhetnek majd. Ezért itt csak néhány gazdasági szempontból fontos jellemzőjüket emeljük ki.

Alapellátás

- Fenntartói az önkormányzatok (területi ellátási kötelezettség);
- Általánossá vált, hogy háziiorvosi, házi gyermekorvosi, fogorvosi vállalkozással kötnék szerződést;
- Szűk körben a háziiorvos és munkatársai az önkormányzat közalkalmazottai, a védőnőknél ez még általános.

Járóbeteg-szakellátás

- Ez is elsődlegesen önkormányzati feladat;
- Részben önálló szakrendelők, részben kórházi ambulanciák végzik (Korábban az integráció volt a jellemző);
- A szakrendelők döntő többségét még az önkormányzatok tartják fenn, de az egyes rendeléseket már gyakran vállalkozó orvosok, illetve egészségügyi vállalkozások működtetik.

Fekvőbeteg szakellátás

- A kórházakat megyei és városi önkormányzatok tartották fenn, de 2012-től a fenntartás állami feladattá vált. A korábbi ágazati minisztériumi fenntartású kórházakat a Központi Állami Kórházba integrálták;



- Az egészségügyért felelős minisztérium ún. országos intézeteket (onkológia, idegsebészet, kardiológia) tart fenn;
- A klinikák az egyetemek részlegeiként működnek;
- Kis számban vannak egyházi és magánkórházak (non-profit és for profit) is.

2012-ben megkezdődött az egészségügyi ellátó rendszer térségekbe szervezése. 8 ilyen egység alakul ki, amelyekben a betegellátás a progresszivitás alapszintjétől a legmagasabb szintig biztosítható.

Alapelv, hogy a tömegesen nyújtható, egyszerűbb ellátások a betegek lakhelyéhez minél közelebb álljanak rendelkezésre, viszont a bonyolult, nagy specializációt igénylő kezelések, beavatkozások a magas szakmai színvonalú centrumokban valósulnak meg.

A térségekben folyó egészségügyi ellátás optimális megszervezésének és felügyeletének feladatát, valamint a betegút-szervezést a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) Egészség szervezési és Finanszírozási Főigazgatóságán belül létrejövő és működő Területi Egészség szervezési Központok hajtják végre.

A 8.2. számú ábra az ellátó rendszert egy másik metszetben mutatja be.

Praxis keretében a házi orvosok, házi gyermekorvosok működnek. A többi ellátást költségvetési intézmények, gazdasági társaságok, non-profit szervezetek nyújtják.

8.2. sz. ábra





Forrás: Kincses Gy. (2010) 106. oldal

Egészségügyi szolgáltatások rendszerére a progresszív (differenciált, fokozatos) ellátás a jellemző. Ezt szemlélteti a **8.3. számú ábra**.

8.3. sz. ábra

Az egészségügyi alap- és szakellátás rendszere



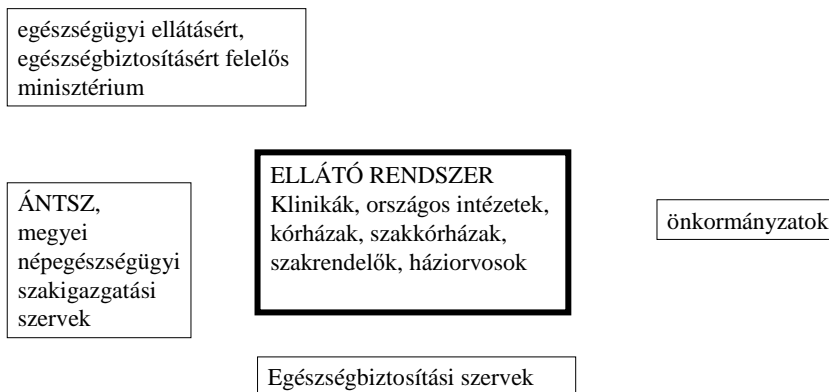
8.2. Az egészségügy irányítási rendszere

Az egészségügyi rendszer középpontjában természetesen az ellátó-rendszer áll. Meg kell azonban ismerkednünk a többi szereplővel is. Ehhez nyújt segítséget a **8.4. számú ábra**.

8.4. sz. ábra



Az egészségügyi rendszer szereplői



A magyar egészségügyi rendszer irányításában, fenntartásában

- az Országgyűlés,
- a Kormány,
- az egészségügyért és az egészségbiztosításért felelős minisztérium,
- az ÁNTSZ, és egyéb egészségügyi hatóságok,
- az önkormányzatok vesznek részt.

2011-től jelentősen megváltozott a népegészségügyi szakigazgatás szervezete. Az ÁNTSZ és a megyei népegészségügyi szakigazgatási szervek felépítése a következő:

- Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat
 - Országos Tisztiorvosi Hivatal (OTH), vezetője az országos tiszti főorvos
 - országos intézetek
- megyei népegészségügyi szakigazgatási szervek (a fővárosi és a megyei kormányhivatalok szakigazgatási szerveként működnek)
 - kistérségi népegészségügyi intézetek

A megyei népegészségügyi szakigazgatási szervek szakmai irányítását az országos tiszti főorvos látja el, e jogkörében normatív utasítást adhat ki. Főszabályként a kistérségi nép-



egészségügyi intézetek az egészségügyi állami szervek, de a kormányrendelet számos jogkört az OTH-hoz, illetve a megyei szakigazgatási szervekhez telepít.

Az OTH részt vesz az országos népegészségügyi programok kidolgozásában és irányítja, szervezi, koordinálja a programok végrehajtásának területi és helyi feladatait. Az OTH koordinálja az egészségügyi ellátás feletti szakfelügyeletet.

A 8.4. ábrán jelzett egészségbiztosítási szervek a következők:

- Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP)
- a fővárosi és megyei kormányhivatalok egészségbiztosítási pénztári feladatokat ellátó szakigazgatási szervei (egészségbiztosítási pénztári szakigazgatási szerv).

Az OEP főigazgatója az egészségbiztosítási pénztári szakigazgatási szerveknek a szakmai irányítója.

Az OEP a hatáskörébe tartozó feladatokat az ország egész területére kiterjedő illetékességgel végzi. Az OEP alapító okiratban meghatározott egyes feladatait az alapító okirat szerinti területi kihelyezett szervezeti egységei útján látja el. Az egészségbiztosítási pénztári szakigazgatási szerv által hozott hatósági döntés elleni fellebbezést az OEP bírálja el. Az OEP kezeli az Egészségbiztosítási Alapot.

A magyar egészségügyi rendszer egy többszereplős rendszer.

- Az önkormányzatok a területalapú egészségügyi alapellátás fenntartói, területi ellátási kötelezettség.
- Az állam (a kormányzat) egyfelől szabályozó, másfelől viszont az egészségügyi szakellátási rendszer fenntartója.
- Országos Egészségbiztosítási Pénztár: a működési költségek finanszírozója az Egészségbiztosítási Alap terhére.

A magyar egészségügyi rendszert a többcsatornás finanszírozás jellemzi:

- Az egészségbiztosítás a működési költségeket finanszírozza.
- A fenntartás és a fejlesztés az önkormányzatok, illetve az intézményekkel rendelkező minisztériumok feladata.
- Korábban az önkormányzatok a fejlesztéshez ún. címzett, illetve céltámogatást vehettek igénybe. Jelenleg az Európai Strukturális Alapok jelentik a fő fejlesztési forrást.



8.3. A magyar egészségügyi ellátó rendszer néhány gazdasági jellemzője nemzetközi összehasonlításban

A 7. fejezetben bemutattuk az OECD-nek azokat az indikátorait, amelyek az egyes országok egészségügyi ellátó rendszerének színvonalát jellemzik. A magyar adatokat az Európai Unió tagországai (EU-27) átlagos adatait a **8.1. számú táblázat** mutatja be.

A táblázatból jól látható, hogy a magyar egészségügy néhány kiemelt mortalitási mutatója sokkal kedvezőtlenebb az EU-27 átlagánál.

Érdekesség, hogy az ezer lakosra jutó orvosok száma tekintetében a magyar adat szinte azonos az EU átlaggal, viszont a magyarok kétszer olyan sűrűn fordulnak orvoshoz, mint az az európai átlagból következne. Ez talán azzal is összefügg, hogy az ezer lakosra jutó gyakorló ápolók száma tekintetében magyar adat némileg kedvezőtlenebb az EU átlagánál. Következésképpen az ápolók az orvosokat a nem kifejezetten orvosi feladatok ellátásától kevésbé tudják mentesíteni.

8.1. sz. táblázat

A egészségügyi ellátás néhány jellemzője Magyarországon és az Európai Unióban (27 tagország átlaga) 2010-ben (ha másképpen nincs jelölve)

Jellemző	EU-27 átlaga	Magyar adat
Várható élettartam 2008-2010 férfiak	75,8	70,3
Várható élettartam 2008-2010 nők	81,7	78,4
Rák okozta mortalitás	230/100000	336/100000
Agyvérzés okozta mortalitás	75/100000	110/100000
Orvoshoz fordulás/ fő	6,3	11,7
Praktizáló orvos/ 1000 fő	3,4	2,9
Praktizáló ápoló/ 1000 fő	7,9	6,2
Ápoló/orvos arány	2,6	2,2
Kórházi ágyak/1000 fő	5,3	7,2
MRI/millió fő	10,3	3,0
CT/ millió fő	20,8	7,3

Forrás: OECD (2012)



A kórházi ágyak tekintetében a magyar mutató értéke átlag feletti, ami sajnos nem egyértelműen pozitív, mivel azt jelzi, hogy az európai átlaghoz képest túl sok beteget látnak el kórházban a hatékonyabb ambuláns ellátás helyett. A korszerű diagnosztika esetében jelentős az elmaradásunk az európai átlagtól.



9. fejezet: Az egészségügyi szolgáltatások piacának sajátosságai

9.1. A gazdálkodás (gazdaságszervezés) fő módjai

A gazdálkodás (gazdaságszervezés) fő feladata a szűkös erőforrás elosztása a különböző szükségletek kielégítése között. A gazdaságszervezés három fő módja: a szokás, a piaci mechanizmus és a bürokratikus koordináció (tervutasítás). A modern társadalom vegyes gazdaság, amelyben a piac a fő gazdaságszervező erő.

A szokás, mint gazdaságszervezési mód a modern társadalmakban is jelen van. Lényegében azt jelenti, hogy a gazdasági cselekvéseket nem a jelen racionalitása irányítja, hanem a múltban – jó esetben – ésszerűnek bizonyult cselekvésmintákat követi a termelő és/vagy a fogyasztó. Természetesen ebben a magatartásban is lehet egy józan racionalitás. Azonban egyáltalán nem biztos, hogy a múltbeli döntések mai tudásunk alapján is ésszerűnek nevezhetők is, és a körülmények változása miatt is irracionálissá válhat a jól bevált gyakorlat folytatása. Ennek ellenére még az egészségügyben is jelen van a megszokás ereje, ami gyakran erősebbnek bizonyul a központi akaratnál vagy a piac diktálta racionalitásnál.

A bürokratikus koordináció vagy más elnevezés szerint a tervtutasításos rendszer esetében az erőforrások, valamint az általuk létrehozott termékek elosztása egy központi akarat szerint történik. Módszere a (terv)utasítás, amit tervalku előz meg. Ennek során a központ a teljesítményeket felfelé, az erőforrásokat pedig lefelé srófolja, míg a végrehajtó ennek az ellenkezőjét szeretné elérni. Az alkufolyamatban a tiszta racionalitás nem tud érvényesülni, állandóan jelen van a kijárárs, egyfelől a tartalékolás a rosszabb időkre, másfelől a teljesíthetetlen elvárás. A történelmi tapasztalatok szerint bürokratikus koordináció mellett valódi egyensúly nem alakul ki. Hiány és felesleg együttesen létezik.

A tervtutasításos rendszer hiányjelenségei a piaci koordinációt különösen vonzóvá teszik a közgazdászok számára, mivel a **piaci mechanizmus, mint egy** „láthatatlan kéz” elvégzi az erőforrások és a javak elosztását a termelők, a fogyasztók és a termelési tényezők tulajdonosai között, az **önkéntes csere** során kialakuló **árak** alapján. Nincs tehát szükség a bürokratikus koordinációt végző központ nagyon is látható kezére. Sőt bizonyítható, hogy tökéletes piac verseny esetén a létrejövő egyensúly abban az értelemben optimális, hogy egyik szereplő helyzetét sem lehet már úgy javítani, hogy közben egy másik szereplő helyzete ne romlana. Ezt nevezik Pareto-optimumnak. A „Gazdasági és pénzügyi alapismeretek” jegyzet a piac alapvető kategóriáit, valamint a piaci mechanizmus működését részletesen bemutatja. Egyetlen ábra erejéig idézzük csak fel az ott leírtakat. A **9.1. számú ábra** a piaci mechanizmus révén kialakult egyensúlyt vázolja fel.

Az ábráról leolvashatóak a piaci mechanizmus révén kialakult piaci egyensúly következményei:

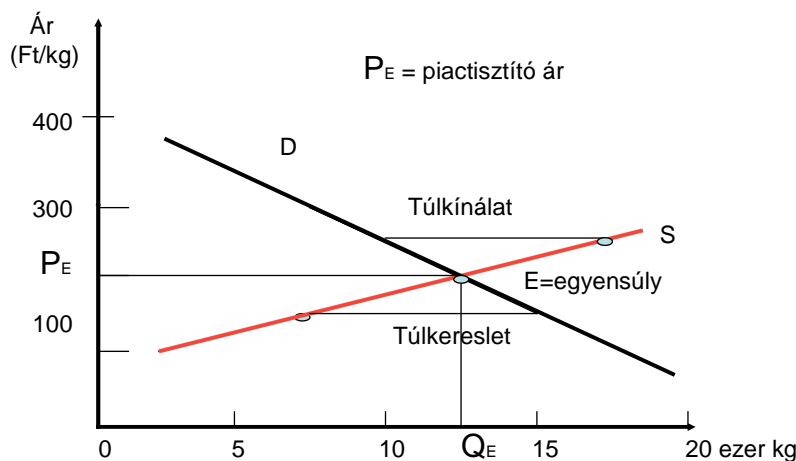
- Fogyasztói többletet értek el azok a fogyasztók, akik az egyensúlyi árnál magasabb árat is hajlandók lettek volna megfizetni a termékért.



- Termelői többletet érnek el azok a termelők, akiknek az egyensúlyi árnál alacsonyabb áron is megérte volna eladni a termékeiket.
- A piacról kiszorúlnak azok a termelők, akiknek csak az egyensúlyi árnál magasabb áron éri meg eladni a termékeiket (mivel határkölségük az egyensúlyi árnál magasabb)
- Nem jutnak hozzá a termékhez azok a potenciális vásárlók, akik csak az egyensúlyi árnál kisebb árat hajlandók, illetve tudnak megfizetni a termékért.

9.1. sz. ábra

„Piaci egyensúly: piactisztító ár



Az ábrán: S = kínálat, D = kereslet, Q = mennyiség, P = ár

A közgazdászok csak az első két következményt szokták hangsúlyozni, az egészségügyi közgazdaságtanban azonban a másik két következményről sem feledkezhünk el. Erre majd később visszatérünk.

9.2. A piaci koordináció sikerességét akadályozó tényezők az egészségügyben

A 9.1. számú ábra szerinti egyensúly tökéletes piaci verseny esetén jön létre. Emlékeztésként a **9.1. számú táblázatban** felsoroljuk ennek a kritériumait és rögtön mellé tesszük, hogy mi teljesül ebből az egészségi szolgáltatások esetében.

9.1. sz. táblázat



A tökéletes piaci verseny kritériumainak (nem) teljesülése az egészségügyben

A tökéletes verseny kritériumai	Teljesülésük az egészségügy szolgáltatások esetében.
Sok kis eladó és sok kis vevő van a piacon.	A fekvőbeteg-ellátásban sok a nagy szolgáltató, a nagyvárosokon kívül a területi monopólium is jellemző.
Az eladók és a vevők is tökéletesen informáltak.	Nagyfokú információs aszimmetria a vevők hátrányára.
Nincsenek a piacon be- és kilépési korlátok.	Jelentős belépési korlátok vannak (pl. a szakorvossá válás feltételei).
A termékek homogének.	Objektíven igen. A szolgáltatás bizalmi jellege miatt azonban „személyes monopóliumok” léteznek.

A táblázatban írtakból kiolvasható, hogy az egészségügyi szolgáltatások teljes területén nem adottak a tökéletes verseny feltételei. Ez már önmagában is azt jelenti, hogy **a piaci mechanizmus önmagában nem eredményezi az erőforrások optimális elosztását még paretoi értelemben sem.**

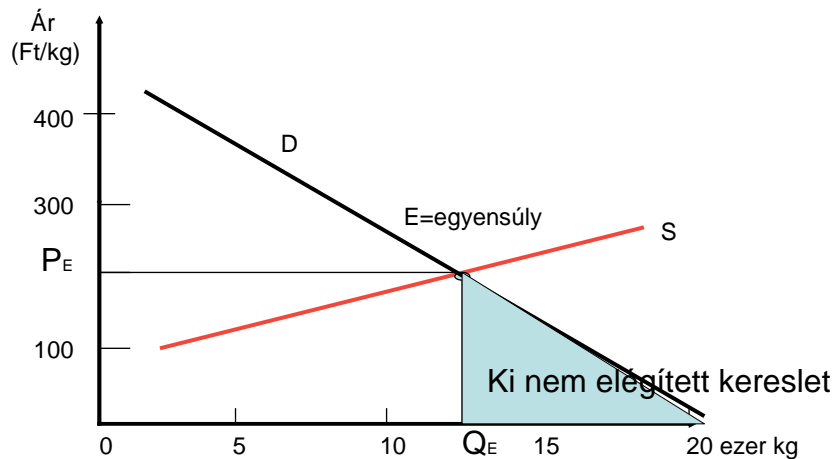
Ugyanakkor az egészségügyben is vannak szolgáltatások, amelyeknek majdnem tökéletes versenypiac van. Ilyen például: a plasztikai sebészet, a kozmetikai fogászat. A tökéleteshez közeli versenyhelyzet jellemzi a generikus gyógyszerek piacát is.

A piaci szabályozás megfelelőségét korlátozza az is, hogy az egészségügyi ellátásnak jelentős externáliái vannak. Az ún. „önző” és „gondoskodó” externáliákat a 6. alfejezetben már bemutattuk. Részben ezekből az externáliákból, részben társadalometikai elvek alapján a legtöbb országban törekszenek arra, hogy az egészségügyi ellátások mindenki számára elérhetőek legyenek. Az egyenlő hozzáférés és a piaci verseny azonban csak nehezen békíthető össze. Ezt szemlélteti a **9.2. számú ábra.**

9.2. sz. ábra



Egyenlőtlen hozzáférés a piaci modellben



Az ábra besötétített része azt mutatja, hogy a piaci egyensúly mellett ekkora kereslet marad kielégítetlen, azaz ennyien nem férnek hozzá a szolgáltatásához. Ha mindenki számára hozzáférést akarunk biztosítani, akkor az igénybevételt el kell szakítani a fizetőképes kereslettől. Természetesen ez az igénybevételi szándék növekedését vonja maga után. A nagyobb igényre két válasz adható. Az első a kínálat növelése. Ez azonban csak úgy lehetséges, ha olyan kapacitásokat is bevonnak a szolgáltatásokban, amelyek a piaci ár mellett kihasználatlanok maradtak volna, mivel határkölségük magasabb volt a piaci árnál. Fontos tanulság, hogy **az egyenlő hozzáférés biztosítása érdekében piaci szempontból nem hatékony kapacitásokat is fenn kell tartani**. Ez elméleti okoskodásnak tűnhet, de nagyon gyakorlatias következményei is vannak. Például fenn kell tartani a normatív finanszírozás mellett veszteséges a kis vidéki kórházakat, mert csak így biztosítható, hogy a környéken lakók a nagyvárosokban élőkkel egyenlő eséllyel vehessék igénybe az alapvető fekvőbeteg-ellátásokat.

A másik megoldás a szükségleteket rangsorolása, azaz nem lehet minden szükséglet azonnal kielégíteni. Ezért nyílt várólistákat kell létrehozni, ahonnan méltányos feltételekkel lehet később az ellátásba kerülni. Látjuk tehát, hogy a piaci koordináció megzavarása hiány kialakuláshoz vezet, amit korábban, mint a bürokratikus koordináció következményét mutattuk be.

Elvileg létezik egy harmadik megoldás is, nevezetesen részleges térítés bevezetése az igénybevétel mérséklése érdekében. Ez azonban éppen a legszegényebbeket szoríthatja ki a szolgáltatásból, azaz ellentétes az egyenlő hozzáférés elvével, amely miatt a piaci me-

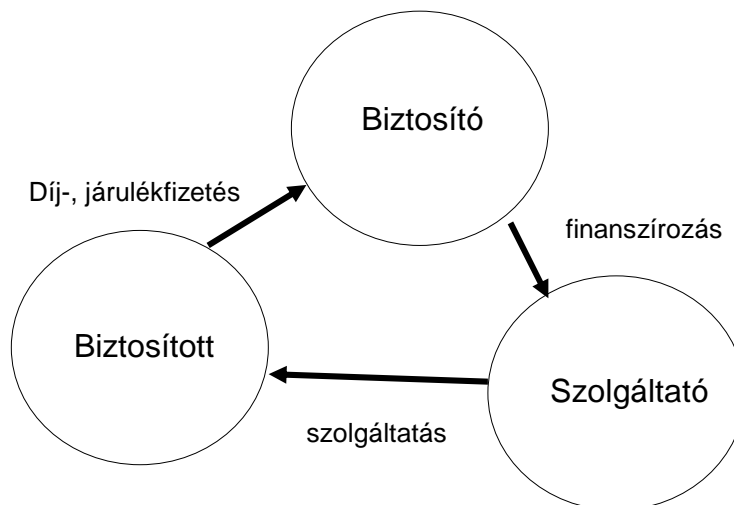


chanizmus érvényesülését korlátozzuk. Egészen kis összegű térítéssel elvileg lehet próbálkozni. Ez azonban az igénybevételt csak kevésbé korlátozza, viszont jelentős adminisztrációval jár.

Az egyenlő hozzáférés elvének érvényesítése tehát azt igényli, hogy az egészségügyi szolgáltatások ellenértékét, illetve annak meghatározó hányadát ne az azt igénybevevő egyén, hanem egy harmadik fél, az egészségbiztosítás vagy valamely állami szerv finanszírozza. Ennek szükségességét támasztja alá az a helyzet is, hogy az egészségügyben a szükséglet (igény) és a fizetőképes kereslet nagymértékben eltér nemcsak az egyének között, hanem egy ember életében az időben is. A legtöbb egészségügyi ellátást ugyanis az emberek életük inaktív periódusaiban (gyermeké és öregkorukban) veszik igénybe, jövedelmük meg aktív életkorukban van. A „harmadik fél fizet” elvét mutatja be a **9.3. számú ábra**.

9.3. sz. ábra

„A harmadik fél fizet” elv



Az egészségbiztosítás azonban újabb torzításokat visz be a piac működésébe. A 6. fejezetben részletesen ismertettük, hogy megfelelő állami szabályozás nélkül **káros szelekció jönne létre a biztosítási piac mindkét oldalán**. A másik piactorzító hatásként pedig a morális kockázatok azonosítottuk szintén a 6. fejezetben.

Az egészségügyi szolgáltatásoknak maguknak is vannak piactorzító sajátosságai, amelyek az egészségügyi ellátás természetéből következnek. Az egyik ilyen, hogy egészséget szeretnénk



vásárolni, de csak egészségügyi szolgáltatásokat kapunk, ahol éppen a szolgáltató maga mondja meg, hogy mire van szükségünk.

A másik sajátosság, hogy ritkán vásárolunk. Egy ember vakbelét legfeljebb egyszer lehet ki-venni, tehát az egészségügyi szolgáltatások vevőjeként nem tesz szert olyan tapasztalatra, mint amikor hetente zöldséget vásárol.

Az egészségügyi ellátásokkal kapcsolatos döntéseknél nagy a tévedés kockázata. Néhány ezer forintos árkülönbség miatt senki sem választana egy új szolgáltatót a kipróbált helyett.

A legsúlyosabb piactorzító tényező a fogyasztói szuverenitás korlátozottsága. A beteg ugyanis kiszolgáltatott. Ha nem találunk jó villanyszerelőt, akkor általában van két hetünk, hogy keressünk egy másikat. Az egészségügyben gyakran azonnal kell dönteni, hiszen mihamarább a fájdalom csillapítani kell, a vérzést azonnal meg kell állítani.

Furcsa megfogalmazás, de nagyon igaz, hogy az egészségügyben nincs „totálkár”. A normál piacokon számos helyzetben a határhaszon nem éri el a határköltséget, azaz az autót nem érdemes megjavítani, a szeretett macskát el kell altatni. A humánegészségügyben ilyen választási lehetőség szerencsére nincs. Ha viszont nincs, vagy erősen korlátozott a fogyasztói szuverenitás, akkor számos – a piaci mechanizmus hatásosságára vonatkozó – közgazdasági tétel érvényessége is szűkül, sőt megkérdőjeleződik.

9.3. A piac szerepe az egészségügyben

Az előző fejezetben leírtakból az következne, hogy az egészségügyben semmi szükség nincs a piacra. Amiért a piaci mechanizmusnak mégis indokolt lehet teret engedni, az a következő:

- A fogyasztók értékítéletének közvetítése (fogyasztói megelégedettség, kiszolgálás, várakozási idő, egyéni igények figyelembevétele, személyes törődés).
- A szolgáltatói teljesítmények elismerése.

Értékítéletünk szerint a piac sehol nem kívánatos, ahol az a betegek között az egészségügyi szolgáltatás szakmai színvonala tekintetében különbséget tesz. Nem szerencsés továbbá a fejlesztési döntéseket sem a piacra bízni, hiszen az egészségügyben nem lehet rövidtávú piaci értékítéletek alapján meghozni 20-30 évre szóló döntéseket.

Ugyanakkor a tervezés a tervutasításos rendszer korlátai is ismeretesek. Mennyi legyen tehát a tervezés és mennyi a piac szerepe az egészségügyben? E kérdés megválaszolásához nyújt segítséget a **9.4. számú ábra**.

9.4. sz. ábra



Tervezés vagy piac?



Forrás: Kincses Gy. (2010)

Az ábra a totális tervezéstől a szabad piacig öt lehetséges megoldást jelöl. Nézzük meg nagyon vázlatosan, hogy ezek a gazdasági koordináció szempontjából mit jelentenek az egészségügy területén!

Totális tervutasítás jellemzői:

- A tervezett szükségletek alapján osztják el az erőforrásokat („szükségletdiktatúra”).
- A szolgáltatást is állami szervek végzik, a tervezett teljesítményükhöz szabott finanszírozással.
- Kötött beutalási rend, a beteg választási szabadsága alig érvényesül.

Ezt a megoldást a 11. fejezetben, mint a Szovjetunióban alkalmazott ún. Szemacskó-modellt részletesebben bemutatjuk. Szegény országokban alkalmas lehet az egészségügy gyors mennyiségi fejlesztésére, de a modern államokban anakronizmus lenne a bevezetése.

Adaptív tervezés jellemzői:

- A tervezési folyamat decentralizációja kisebb testületekhez
- Az allokációs döntések meghatározott technikákon alapulnak és szakértők hozzák ezeket
- A tervezési folyamat közelebb kerül a tényleges betegellátókhoz
- A helyi igényeket jobban figyelembe veszik

Ez a modell jól működik a skandináv országokban.

Tervezett piac jellemzői:

- Az állam hozza létre a piacot:
 - a szolgáltatókat versenyezteti,



- a finanszírozás követi a beteget,
- minőségbiztosítás és ellenőrzés
- Meghatározó a közösségi tulajdon (állami és önkormányzati, ill. non-profit),
- A fejlesztési döntések nem piaci alapon születnek.

Ezt a modellt követte a magyar egészségügy átalakítása 1990-től napjainkig. Problémái ismereteseek.

Szabályozott piac jellemzői:

- Az egészségügyi szolgáltatók versenyeznek (jelentős a vállalkozások aránya)
- Az egészségbiztosítók versenyeznek
- Co-payment alkalmazása
- Állami beavatkozás csak fékezi a piac negatív hatásait (pl. káros szelekció elleni fellépés, fogyasztóvédelem)

Lényegében ezt a modellt követik a több-biztosítós rendszereket alkalmazó nyugat-európai államok.

A szabadpiaci rendszert az egészségügyben egyetlen fejlett ipari ország sem alkalmazza.

10. fejezet: Privatizáció az egészségügyben

10.1. A privatizáció (magánosítás) fogalma, főbb típusai

A privatizáció, azaz az állami vagy önkormányzati tulajdon, illetve tulajdonosi funkciók magánkézbe adásának három típusát különböztethetjük meg: a tulajdonosi, a működtetési és a funkcionális privatizációt.

A tulajdonosi privatizáció (szűkebb értelemben ez tekinthető privatizációnak) az állami (önkormányzati) tulajdon magántulajdonba adása révén valósul meg. Fő formái:

- ingyenes juttatás (társadalmi szervezeteknek, egyházaknak),
- eladás,
- apportálás: eszközök tulajdonjogának bevitele gazdasági társaságba, amelyben az állam (önkormányzat) nem többségi tulajdonos.

A működtetési privatizáció esetén a létesítmény tulajdonjoga az államé (önkormányzaté) marad, de a létesítmény működtetése magánkézbe kerül. Főbb formái:

- koncesszió: állami tulajdon (anyagi értékű jog) használatba adása vállalkozásnak, idegen államnak általában koncessziós díj ellenében);



- feladat-ellátási szerződés: állami szerv, vagy önkormányzat és egy vállalkozó közötti szerződés állami, önkormányzati feladat ellátására;
- bérleti szerződés.

Funkcionális privatizációról akkor beszélünk, ha az eddig az állam (önkormányzat) által ellátott feladatot a jövőben magánszervezet látja el. Ez megvalósulhat spontán módon is, amikor a feladat ellátásában növekszik a magánszervezetek súlya. A másik lehetőség a funkció tudatos magánkézbe adása. Ennek két lehetséges formája a következő:

- A magánszervezet szerződésben átvállalja a feladatot, és azt saját eszközeivel hajtja végre
- A magánszervezet szerződésben átvállalja a feladatot, és azt az állam (önkormányzat) eszközeivel hajtja végre.

A működtetési és a funkcionális privatizációnak vannak speciális formái is. Ilyenek:

- az out-sourcing (kiszervezés): egyes (tipikusan kiegészítő jellegű) tevékenységek ellátását külső vállalkozásra bízják;
- az in-sourcing (belső vállalkozásba adás): egyes (tipikusan kiegészítő jellegű) tevékenységek ellátására a szervezet saját tulajdonában álló, de önálló vállalkozást hoz létre;
- a menedzsment-szerződések: a kórház vezetésével egy magántársaságot bíznak meg;
- a public-private mix: az állami intézmény és a magáncég szerződéses alapon megosztja a feladatot (pl. a magáncég fejlesztést hajt végre egy köztulajdonú kórházban).

10.2. Privatizáció az egészségügyben

A privatizáció az egészségügy két területén is végbemehet.

Az első a finanszírozás privatizálása, amelynek során a magánforrások szerepe megnő a finanszírozásban. Ez a következőképpen történhet:

- A közvetlen fogyasztói finanszírozás (hálapénz, magán-ellátás díja, térítési díjak) bővülése által;
- A magánbiztosítók, kölcsönös egészségpénztárak térnyerése révén;
- Magánbefektetők jelennek meg a kötelező egészségbiztosításban.

A másik lehetséges terület az egészségügyi szolgáltatások privatizációja. Ez a korábban írtaknak megfelelően lehet tulajdonosi, működtetési vagy funkcionális privatizáció. A leírt folyamatok eredményeként kialakuló helyzeteket a **10.1. számú táblázatban** foglaltuk össze.

10.1. sz. táblázat



A köz- és a magántulajdonlás kombinációi

Közfinanszírozás, állami feladat-ellátás (pl. állami, önkormányzati kórházak tevékenysége)	Közfinanszírozás, magánszervezetek látják el a feladatot (pl. házi orvosi rendszer, betegszállítás)
Magánfinanszírozás, állami feladat-ellátás (pl. térítésköteles ellátások az állami kórházakban)	Magánfinanszírozás, magánszervezetek látják el a feladatot (pl. magán fogorvos, nőgyógyász)

Az egészségügyi privatizáció szorgalmazói leggyakrabban a következő célokat jelölik meg:

- Hatékonyság és minőség: a magánszektor jobb tulajdonos, jobban kiszolgálja a fogyasztói igényeket, érdekelt a minőség növelésében.
- Tőkebevonás: a magántőke is felhasználható az egészségügyi fejlesztésekre, a szűk kapacitások bővítésére.
- Elvi megfontolások: a többszektorúság, a vállalkozás szabadsága önmagában is érték, az orvosi munka „szabad foglalkozás”, igény a reprivatizációra (gyógyszerészek, egyházi kárpótlás).

E célok megvalósítását azonban számos tényező gátolja, ezért szükséges a privatizáció veszélyeire is felhívni a figyelmet:

- a hatékonyságot nem javítja, mivel
 - az információs aszimmetria miatt a kínálati oldal a domináns,
 - a gyenge finanszírozás a minőség rontására is ösztönözhet,
 - a nem valós teljesítmények elszámolása még jellemzőbb.
- a magánszektor munkaerőt szív el a közintézményként működő egészségügyi intézményektől,
- Hozzáférési egyenlőtlenségek növekedése,
- Az erőforrások (profit) kivonása a szektorból,
- A munkavállalók foglalkoztatási biztonságának csökkenése.

További veszély, hogy privatizációt követően az erőforrások elosztását nem az egészségpolitikai prioritások, hanem a tőkebefektetők szempontjai határozzák meg. Következésképpen az állam növekvő függőségbe kerül a magánszereplőktől.



10.3. Az egészségügyi privatizáció jellemzői az Európai Unióban

Az egészségügyi közszolgáltatásban a magánszolgáltatók súlya nő az EU-ban, 1980-ban az összes kórházi ágy 15 %-a, 2006-ban 21 %-a volt magánkórházi ágy. A magánszektor térnyerése jellemzőbb a biztosítási rendszert alkalmazó országokban (a kórházi ágyak 45 %-a magán), kiegészítő jellegű az állami egészségügyi rendszerekben (a kórházi ágyak kevesebb, mint 10 %-a magán), kivéve Dél-Európát, ahol 20 százalék feletti az arány.

Az új tagországokban a privatizáció elsősorban az alapellátásban jellemző, kisebb arányú a járóbeteg-ellátásban, 10 százalék alatti a fekvőbeteg ellátásban.

Az EU-ban a magánszolgáltatók a legnagyobb arányt az alapellátásban képviselik. A magánszolgáltatók jelentős része non-profit intézmény. A közkórházak jelentős része is társasági formában működik (kft., közhasznú kft.).

Jellemző a köz- és a magánfinanszírozás együttes jelenléte. A magánfinanszírozás módok a következők:

- magán (önkéntes) egészségbiztosítás,
- betegek által közvetlenül fizetett összegek. Ez utóbbi megvalósulhat hivatalos önrész, vagy nem hivatalos pénzüsszegek által.

A magán egészségbiztosítás csak Franciaországban és Hollandiában számottevő. Csak Görögországban, Olaszországban és Portugáliában származik az összes egészségügyi kiadás legalább 30 százaléka magánfinanszírozásból, elsősorban a szolgáltatás igénybevételekor fizetett összegekből

A magánbiztosítás leginkább kiegészítő biztosításként jelenik meg: azokat a szolgáltatásokat fedezi, amelyeket a kötelező biztosítás nem, vagy csak részben finanszíroz.

Közvetlen kifizetésekre leginkább a fogorvosi ellátásban és a gyógyszerek vásárlásakor kerül sor. Az önrész fizetésre számos megoldás létezik, aránya általában kicsi, de növekvő. Ugyanakkor az is igaz, hogy a költségmegosztás a hatékonyság növelésének és a kiadások visszaszorításának nem túl hatásos eszköze.

Az európai országok általános tapasztalata, hogy szinte lehetetlen a közfinanszírozásba bevont szolgáltatások szűkítése. Az ingyenes és mindenki számára hozzáférhető egészségügy burkolt adagoláshoz, vagy nyílt sorban álláshoz vezet. A magánpraxis megengedése áttételesen erősíti a sorban állást a közfinanszírozásban.

A magánszektor szerepe a közfinanszírozott egészségügyi ellátások nyújtásában országoként történelmileg igen különböző mértékű, különösen a kórházi ellátásban. Például a skandináv országokban, az Egyesült Királyságban szinte csak közkórházak vannak. Ezzel szemben Dél-Európában 20-30 százalék a magánkórházak aránya. Ezek kb. fele for-profit. Hollandiában a kórházak többsége magán non-profit intézmény.

Az alapellátás és a járóbeteg szakellátás orvosai hagyományosan magánszerződés (pl. szabadfoglalkozású orvos) keretében végzik a tevékenységüket, de gyakran közinté-



mény keretei között. A magánszektor előretörése figyelhető meg az alapellátásban, az otthoni ápolásban, a nagy beruházás-igényű egészségügyi területeken (korszerű diagnosztika) és a kiegészítő szolgáltatások (mosoda, étkeztetés) területén.

Terjed a PPP (public-private-partnership), azaz a köz-és a magánszektor együttműködése.

Egy másik több országban is jellemző tendencia, hogy a köztulajdonban lévő intézmények és korszerűbb szervezeti formát vesznek fel, abban a reményben, hogy ez javítja hatékonyságukat.

Igen fontos a magán egészségügyi szolgáltatás térnyerésével egyidejűleg az állam szabályozó szerepének a megerősítése.

10.4. Az egészségügyi privatizáció jellemzői Magyarországon

A magyar egészségügyben mindhárom típusú privatizációra sor került. A tulajdonosi privatizáció szűkebb körben volt jellemző, példaként gyógyszertárak, egyházi kórházak, néhány háziorvosi és fogorvosi rendelő említhető. Ezzel szemben széles körben zajlott a működtetési privatizáció. Ez jellemezte a házi orvosi ellátás, fogorvosi alapellátás és egyes szakrendelések magánosítását. Funkcionális privatizáció valósult meg a foglalkozás-egészségügy, a betegszállítás, a művese-kezelés, a nagy értékű diagnosztika területén.

Az egészségügyi privatizáció egyik sajátossága az egészségügyi dolgozók meghatározó szerepe a privatizáció egyes területein (gyógyszertárak, háziorvosi ellátás). E mögött az a tudatos törekvés húzódik meg, hogy az egészségügy ezen területein egzisztenciavállalkozások működjenek.

Definíció: Az egzisztenciavállalkozás olyan speciális szakmai vállalkozás, amelyet magánszemély, illetve magánszemélyek egy csoportja azért hoz létre, hogy szaktudása, pénze befektetésével saját megélhetéséről tartósan, lehetőleg aktív életkora végéig gondoskodni tudjon, és a befektetett tőkét, annak hozamát csak azt követően, illetve a fenti célnak alárendelten veszi ki a vállalkozásból.

A gyógyszertárak esetében a gyógyszertár működtetésének személyi joga (a működtető csak gyógyszerész végzettségű lehet, a többségi tulajdonos is gyógyszerész, illetve gyógyszerészek egy csoportja) segítette elő az egzisztenciavállalkozások térnyerését. A házi orvosok (házi gyermekorvosok, alapellátási fogorvosok) esetében a praxisjog biztosítja az egzisztenciavállalkozást. (A háziorvosi körzet működtetése vált a működtető orvos vagyoni értékű jogává.)

Ugyanakkor az egészségügy más területein virágzott a spontán privatizáció. Az egészségbiztosító közvetlenül kötött magánszervezetekkel szerződést, kórházak egyes részlegei kerültek privatizálásra, olykor a tulajdonos önkormányzat döntése nélkül.

A privatizáció rendkívül eltérő mértékben érintette az egészségügy egyes területeit. Kormányzati kezdeményezésen alapuló privatizáció zajlott le

- a gyógyszer-kiskereskedelem (patikák),



- a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátásban,
- a betegszállításban.

A piaci szereplők kezdeményezésére a kötelező egészségbiztosítás által finanszírozott magánvállalkozások dominánssá váltak a művese-kezelésben, teret nyertek a képalkotó diagnosztika (CT¹⁵ MRI¹⁶) és a laboratóriumok területén.

Sor került a hiányszakmák „privatizációjára”. Ez alatt azt értjük, hogy egyes orvosi szakmákban a közalkalmazotti foglalkoztatás anyagi és egyéb kötöttségei alól úgy lehetett kitörni, ha az orvos (orvosok egy csoportja) vállalkozó lett. Erre a hiányszakmák kínáltak elsősorban lehetőséget.

Jellemző még a magántevékenység megerősödése az egészségügyet kiszolgáló kereskedelmi-szolgáltatói tevékenység területén is. A privatizáció eredményeként kialakult helyzetet a **10.2. számú táblázat** adatai jól tükrözik.

10.2. sz. táblázat

A privatizáció mértéke a magyar egészségügyben (2006.)

	Szolgáltatók száma	Magántulajdon aránya a szolgáltatók száma alapján	Magántulajdon aránya a finanszírozott összeg alapján
Alapellátás	12 756	75 %	70,4 %
Járóbeteg ellátás	995	34 %	16,9 %
Fekvőbeteg ellátás	324	25,3 %	6,2 %
CT, MRI	75	22,6 %	24,6 %
Művese kezelés	22	40,9 %	91,2 %

Forrás: OEP

A magyarországi egészségügyi privatizáció tanulságai a következőkben foglalhatók össze:

- A hozzáférést nem tette egyenlőtlenebbé, sőt inkább javította, mivel számos hiányterületen új kapacitásokat hozott létre.

¹⁵ CT = computed tomography, **számítógépes tomográfia** a radiológiai diagnosztika egyik ága. A tomográfia szó a szeletelésre utal. A tomográfias felvételeken a vizsgálat tárgya képzeletbeli szeletekre bontva látható.

¹⁶ MRI = (Nuclear) Magnetic Resonance Imaging, **mágneses magrezonancia képalkotás**.



- Átgondolt privatizáció esetén általában javult az intézmények működésének hatékonysága. Spontán privatizáció esetén azonban gyakran a legjövedelmezőbb tevékenységek kerültek magánkézbe, ami negatívan hatott a közintézményekre.
- Többnyire romlott a dolgozók megelégedettsége, mivel elvesztették a közalkalmazotti státuszukkal járó viszonylagos foglalkoztatási biztonságot.
- A magánszektor gyorsan növelte a részarányát az egészségügyi finanszírozáson belül.
- Az állami szabályozás egyes területeken nem tudta megfelelően szabályozni a magánszektor működését.

A privatizáció negatív hatásai is hozzájárultak ahhoz, hogy jelenleg a magyar egészségügy egyes területein a visszaállamosítás van napirenden. Ugyanakkor az tovább erősödött az egészségügyi egyszintű vállalkozásokra alapuló privatizáció. Például a patikákban 2017-re az ott dolgozó patikusoknak kell többségi tulajdonosnak lenniük.



11. fejezet: Az egészségügyi ellátás megszervezésének néhány modellje

11.1. A társadalombiztosítás bismarcki modellje

Nevét Otto von Bismarck-Schönhausen (1815-1898) német kancellárról kapta, akinek a kancellársága alatt vezették be a világ első társadalombiztosítási rendszerét.

1883-ban került sor a német betegbiztosítási törvény elfogadására, amely az alábbi fontos elemeket tartalmazta:

- Járulékfizetési kötelezettség az évi 2000 márka alatti fizetések után (egyharmad munkaadót, kétharmad munkavállalót terhelte).
- Ágazati-szakmai alapon szervezett biztosítók létrehozása.
- Szolgáltatások a következő területekre terjedtek ki:
 - ingyenes orvosi ellátás,
 - ingyenes gyógyszer és gyógyászati segédeszköz-ellátás
 - táppénz a keresőkép telenség harmadik napjától a 13. hét végéig.

Az első kettőre a családtagok is jogosultak voltak

1884-ban sor került a munkahelyi balesetbiztosítás bevezetésére is. Szolgáltatásai a következők voltak:

- rokkantsági járadék,
- baleseti halálozás esetén hozzátartozói ellátás özvegynek, árváknak,
- baleseti táppénz.

A bismarcki modellben a szolidaritási elv erőteljesen érvényesül: a befizetés jövedelemarányos, a természetbeni ellátás a szükséglettel arányos.

A német egészségbiztosítás ma is e modell szerint működik. Ezt a modellt vették át a közép-európai országok a XIX. század végétől, és ehhez tértek vissza döntő többségükben a volt szocialista országok.

11.2. A Szemaskó modell

Nevét a Szovjetunió első egészségügyi miniszteréről, Szemaskórról (1874-1949) kapta.

Lényege, hogy minden állampolgárnak állampolgári (nem biztosított) jogon jár az ingyenes orvosi ellátás. Következésképpen az egészségügyi ellátás állami feladat.

Célja a „magas szintű, mindenki által hozzáférhető, térítésmentes egészségügyi ellátás”. Ez azonban így megvalósíthatatlannak bizonyult. A célok és a lehetőségek ellentmondása-



inak következményeként ún. "szükséglet-diktatúra" alakult ki az egészségügyi ellátásban, azaz az állampolgárok ahhoz az ellátáshoz jutottak hozzá, amit az állam nyújtani akart és tudott a számukra. A megvalósítás fő eszközei a következők voltak:

- állami tulajdonú egészségügyi intézmények,
- a verseny kizárása,
- fizikai mennyiségeken alapuló elosztás.

A tényleges megvalósulás egy piramisszerű tervezési-elosztási rendre épült, amelyet területi-regionális elven működtettek. Erős körzeti orvosi ellátás jött létre, „kapuőri” feladatokkal, azaz a szakellátást a körzeti orvos beutalása alapján lehetett igénybe venni. Nagyméretű járóbeteg és fekvőbeteg intézményeket hoztak létre.

A területi ellátás mellett megjelent az ágazati ellátás is munkaegészségügyi hálózat (ágazati, vállalati, üzemi intézmények) formájában. Ez biztosította a honvédség, a belügyi erők, az állami és pártapparátusok kiemelt ellátását. Következésképpen az egyenlő hozzáférés nem valósult meg, párhuzamos kapacitások és ellátás jött létre.

Az extenzív fejlesztés eredményeként az egészségügyben dolgozók létszáma gyorsan nőtt, de alacsony bérek mellett. Pozitív lépés volt az egyetemi centrumok megerősítése, a progresszív ellátás érdekében.

A rendszert az állandó átszervezés jellemezte, mivel a területi elv kontra ágazati prioritások vitát nem tudták megnyugtatóan lezárni. Hiánygazdálkodás alakult ki, ennek összes negatív velejárójával együtt. Az egyenlőtlenség sokáig fennmaradt, mivel a lakosság 20-60 százaléka (a mezőgazdasági dolgozók) kezdetben ki voltak zárva a teljesen ingyenes ellátásból.

A szocialista országok is e modell szerint alakították át egészségügyi rendszereiket.

11.3. Az angol nemzeti egészségügyi szolgálat (NHS) modellje

Kidolgozója William Henry Beveridge (1879-1963) angol egészségügyi miniszter volt. A Beveridge-i reform kidolgozás 1942-től kezdődött és bevezetésére 1948-ban került sor.

A Beveridge-i reform alapvető jellemzői:

- az egészségügy természetbeni ellátásait nem biztosítási elven, hanem állampolgári jogon nyújtja;
- adókból finanszírozza;
- az egészségügyi szolgáltatás (szakellátás) meghatározó részét állami tulajdonú intézmények nyújtják;
- térítési díj szűk körben (gyógyszer, fogászat, szemészet) létezik;



- az ellátást az Egészségügyi Minisztérium és területi szervei szervezik, az önkormányzatok szerepe minimális.

Az alapellátás orvosai (general practitioner = GP) nem kerültek állami alkalmazásba. A szakorvosok továbbra is folytathattak magánpraxist (a köztulajdonban lévő kórházakban is).

Ez a rendszer is állandó korszerűsítéseken ment keresztül, amelyeket a következő törekvések jellemeztek:

- decentralizáció,
- a tervezés tökéletesítése,
- a GP-k „kapuőri” szerepének erősítése (nincs szabad orvos- és intézményválasztás),
- „Fundholding” rendszer: szimulált piac az egészségügyi szakellátás egy részére.

Értékelés: Az NHS modell költséghatékony, (nem költséges, mivel korlátok közé szorított, közel egyenlő hozzáférést biztosít az állampolgárok részére. Ugyanakkor itt is megjelentek a bürokratikus koordinációt mindig jellemző hiányjelenségek (várólista, orvoshiány). Az Egyesült Királyságban az NHS élet más területeihez képest alacsony színvonalú ellátást nyújt. A szakemberek a kitörési pontokat a minőségbiztosítás erősítésében, a teljesítmény szerinti finanszírozás szélesítésében, a fogyasztói elégedettség mérésében, az ellenőrzésfokozásában, valamint – természetesen – a több pénzben, jelentős fejlesztési programokban látják.

Az NHS modell két változatban terjedt el Európában. A centralizált modellben az ellátást és a finanszírozást a központi kormányzat szervezi. Ez a modell érvényesül az Egyesült Királyságban és Írországban.

A decentralizált modellben az ellátás és a finanszírozás a tartományi, megyei és települési önkormányzatok feladata. Ez a modell sikerrel működik Svédországban, Finnországban, Dániában. Ez a modell valósult meg, de magasabb ellátotti befizetések mellett Görögországban, Olaszországban, Portugáliában és Spanyolországban.

11.4. A francia kétszintű biztosítási modell

A francia modellt kétszintű biztosítás jellemzi.

1. Szint: 18 nagy ágazati biztosító, gyakorlatilag mindenki biztosított, de ez a kötelező biztosítás csak a költségek 70 százalékát téríti.

2. Szint: kiegészítő egészségpénztárak (mutuelle) kiterjedt hálózata, ezek a tagok által tulajdonolt, non-profit szervezetek, a 30 százalékos biztosított tétítés átvállalásán kívül egyéb egészségfejlesztési szolgáltatásokat is nyújtanak, tanácsadást végeznek.



3. szint is létezik 2000-től, az „Általános biztosítás”, amely a szegények kiegészítő biztosítása. Költségvetési forrásokból működik.

A francia modell további jellemzője, hogy a biztosító utólag finanszíroz. Nincs progresszív ellátás, szabad orvosválasztás érvényesül.

A francia modell drága, de kitűnő ellátást nyújt.

11.5. Az amerikai egészségügyi ellátás rendszere

Az Amerikai Egyesült Államok egészségügyi rendszerének legfőbb anyagi alapja a munkaadók által adómentesen fizetett egészségbiztosítási díj.

Több, mintegy ezer biztosító működik, részben profitorientáltak, részben non-profitok.

A 65 évesnél fiatalabbak és családtagjaik túlnyomó többsége ilyen módon, illetve egyéni díjfizetés alapján biztosított. Léteznek azonban államilag működtetett rendszerek is.

A Medicare a 65 évnél idősebb, nyugdíjogosult, illetve rokkant személyek egészségbiztosítása. Forrásai: aktív keresők bérjárulékai, szövetségi kormány befizetései, egyéni biztosítási díjak. Szolgáltatásai: kórházi ellátás, otthoni ápolás, járóbeteg-ellátás egyes tételei, választható (HMO típusú) szolgáltatások. Kb. 50 százalékban fedezi az idős lakosság egészségügyi kiadásait.

A Medicaid egyes, jól meghatározott szegénységi csoportok (rokkantak, gyermekek, idősek) egészségügyi ellátását fedezi. Nem biztosítás, hanem szociális támogatás.

Említést érdemel még a hadviseltek egészségügyi ellátása, valamint a szegény gyermekek gyógyításának támogatása.

Az állami támogatás ellenére kb. 40 millió embernek nincs egészségbiztosítása, ők esetleg fizetnek – lényegesen magasabb árakat – az egészségügyi ellátásért.

Az 1970-es években az egészségbiztosításnak egy sajátos formáját hozták létre, a managed care-t (az irányított, szervezett betegellátást), amely előre rögzített ellátási csomagért egységes díjat szed. Szoros kontrol mellett lehet az ellátásokat igénybe venni. Legelterjedtebb formája az HMO (Health Maintenance Organization), amely integrálja az orvosi szolgáltatások finanszírozását és az ellátás szakmai folyamatának megszervezését.

11.6. Az egészségügyi elő-takarékossági számlák rendszere

Az egészségügyi elő-takarékossági számlák rendszere keresztmetszeti kockázatmegosztás helyett időbeni megosztásra ad lehetőséget. Az egyén közvetlenül (nem harmadik személyen keresztül), saját számlájáról fizet az egészségügyi ellátásért. Ezen az ún. egészségügyi elő-takarékossági számlán gyűjti a pénzt akkor, amikor egészséges, arra az időszakra, amikor megbetegszik. Ezt a takarékoskodást az állam általában adókedvezményekkel is ösztönzi.



Tekintettel arra, hogy a betegség hamarabb bekövetkezhet, mint ahogy a finanszírozásához szükséges pénz a számlán összegyűlik, az elő-takarékossági számlát általában biztosítási (katasztrófa-biztosítás), illetve hitellehetőség egészíti ki.

Az egészségügyi elő-takarékossági számla előnye, hogy az öngondoskodás révén tehermentesíti az államot. Miután itt az egyén fizet, nem jelentkeznek a „harmadik fél fizet” biztosítási konstrukcióknak a hátrányai, morális kockázatai. Ugyanakkor éppen az egyéni számlák miatt nincs társadalmi kockázatközösség. Következésképpen nincs társadalmi szolidaritás, azaz éppen a szegényebb, a felhalmozásra képtelen rétegek egészségügyi ellátásának finanszírozását nem segíti ez a rendszer.

Alkalmazására Szingapúrban, a Dél-Afrikai Köztársaságban, az Amerikai Egyesült Államok került sor, de nem az egészségügyi finanszírozás kizárólagos rendszereként, hanem csupán egyik elemeként.



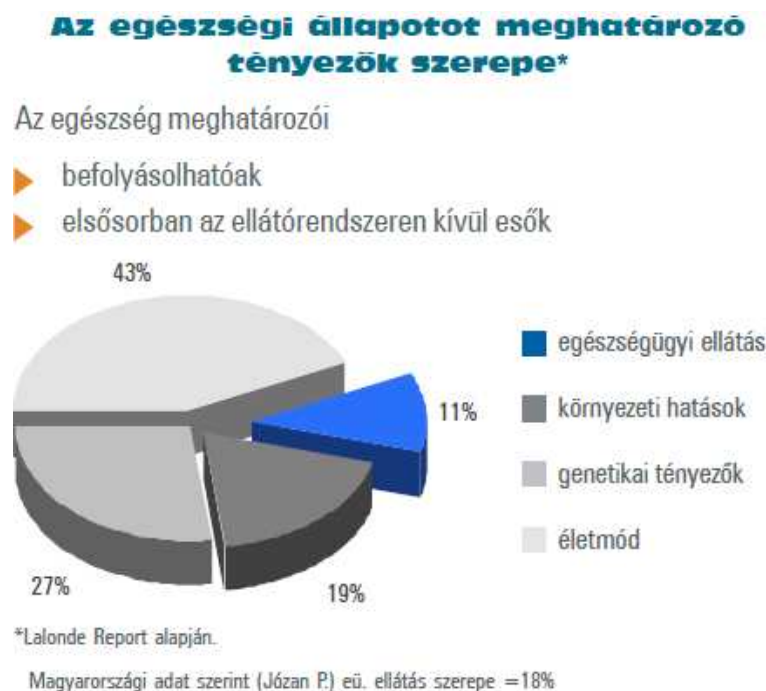
12. fejezet: Az európai egészségügyi reformok közös jellemzői

12.1. Az egészségügyi rendszer és az egészségi állapot összefüggései

A lakosság egészségi állapotát a társadalmi és környezeti kockázatok erősen befolyásolják, ezért az csak indirekt fokmérője az egészségügyi rendszer hatékonyságának. Népegészségügyi programokkal megcélazzák e kockázatok mérséklését is. Az egészségügyi rendszer eredményességét sokkal inkább a klinikai eredmények mutatják meg, például hányan gyógyulnak meg rákbetegségből, hányan élnek túl a szívinfarktust, az agyvérzést.

Az 1975-ben publikált Lalonde jelentés¹⁷ számszerűsítette elsőként az egészségi állapotot meghatározó tényezők szerepét. Ennek eredményeit mutatja be a **12.1. számú ábra**.

12.1. sz. ábra



Miért fontos az ábrán is bemutatott összefüggés? Azért, mert, ha a cél az emberek egészségének javítása, akkor a cselekvési tér nem szűkíthető le az egészségügyi ellátás területére, hanem ki kell terjednie az életmód és a környezet egészségesebbé tételének ösztönzésére, sőt akár kikényszerítésére is. Ez utóbbira szolgáltat példát a dohányzási tilalmak kiterjesztése vagy az egészségre káros anyagok (pl. azbeszt, ólom) használatának korlátozása, tiltása.

¹⁷ Lalonde Report: Towards a New Perspective of Health Policy



12.2. Az európai egészségügyi reformok céljai, alapelvei

Korábban már hangsúlyoztuk, hogy az egészségügyi gazdaságtannak nem feladata a egészségügyi célok kijelölése, de nagyon is feladata a célok elérését akadályozó tényezők feltárása és a célok elérésének elősegítése. Ezért fontos az egészségügyi reformok céljainak megismerése. Ha a magyarországi egészségügyi átalakítások sorozatát nézzük, akkor azokból nem könnyű olyan stabil célokat kiemelni, amelyek a hosszabb távon gondolkodó egészségügyi gazdaságtan számára valódi iránymutatást jelentenének. Könnyebb a helyzet, ha az európai szintre vetjük a tekintetünket. Az európai reformoknak ugyanis határozott céljai, világos alapelvei vannak, amelyeket fontos nemzetközi dokumentumokban veretes nyelvezettel megfogalmaztak. Az európai jelző itt nem az Európai Unióra utal, hanem az európai kontinensre, mivel az említett dokumentumokat Európa szinte valamennyi államának egészségügyi minisztere aláírta. Két ilyen dokumentum, az Európa Tanács 1996-ban aláírt Ljubljana Chartája, valamint a WHO Európai Miniszteri Konferenciája által 2008-ban elfogadott Tallinni Charta fontosabb elemeit alapján ismertetjük az európai egészségügyi reformok közös céljait, alapelveit, irányait, előremutató megoldásait.

Az európai egészségügyi reformok során három, egymásnak némileg ellentmondó célt kell összeegyeztetni

- a minőség maximálását,
- a hatékonyság növelését,
- a hozzájutás egyenlőségét.

Eközben garantálni a rendszer fenntarthatóságát az erőforrások korlátozottságára, illetve az öregedésre és a technológiai robbanásra tekintettel.

Az Európa Tanács Ljubljana Chartája a reformok célját az állampolgárok egészségi állapotának javításában, az egészségügyi szükségleteik és várokozásaik kielégítésében jelöli meg, hangsúlyozva, hogy a reformokat az alábbi értékek vezéreljék:

- emberi méltóság,
- egyenlőség,
- szolidaritás,
- szakmai etika.

A Tallinni Charta az egészségügyi reformok alapelveit fektette le, a következők szerint

- a minőség és a költséghatékonyság javítása,
- szilárd finanszírozás,
- egyetemes lefedettség,



- egyenlő hozzáférés.
- kereslet által irányított egészségügyi rendszer fejlesztése.

A Tallinni Charta a következő üzeneteket fogalmazta meg:

- Az egészségügyi rendszerek többet jelentenek az egészségügyi ellátásnál, és magukban foglalják a betegségek megelőzését, az egészség megőrzését valamint azokat az erőfeszítéseket, amelyek annak befolyásolására irányulnak, hogy a többi szektor politikáinak alakításakor az egészségügyi szempontok figyelembe vételre kerüljenek.
- Az Európai Régió minden tagállamának a demográfiai, epidemiológiai változások, a növekvő társadalmi-gazdasági különbségek, az erőforrások korlátozott volta, a technikai fejlődés és a növekvő elvárások közepette kell szembenéznie a legfontosabb egészségügyi kihívásokkal.
- Az önmagában megtestesített értékén túl, a jó egészségi állapot egyúttal elősegíti a társadalmi jólétet a gazdasági fejlődésre, a versenyképességre és a termelékenységre kifejtett hatása révén. A jól teljesítő egészségügyi rendszer hozzájárul a gazdasági fejlődéshez és a jóléthez.

A Tallinni Charta a következő fő cselekvési irányokat jelölte ki:

- a szolidaritás, a méltányosság és a részvétel közös értékeinek támogatása az egészségpolitika, a forrás-allokáció és más tevékenységek útján, annak érdekében, hogy a szegények és más sérülékeny csoportok szükségletei megfelelő figyelmet kapjanak;
- az átláthatóság és elszámoltathatóság elősegítése az egészségügyi rendszer teljesítménye mérhetősége érdekében;
- az egészségügyi rendszerek alkalmasabbá tétele arra, hogy jobban tudjanak válaszolni az emberek szükségleteire, preferenciáira és elvárásaira, miközben elismerik az emberek jogait és felelősségét saját egészségükért;
- az érintettek bevonása a politika kialakításába és végrehajtásába;
- az országokon átívelő tanulás és együttműködés támogatása az egészségügyi rendszer reformjainak nemzeti és alacsonyabb szinteken történő megtervezését és végrehajtását illetően.

A Tallinni Charta a reformok alapelveiből kiindulva viszonylag részletesen meghatározta a konkrét cselekvési területeket. A következő két alfejezetekben ezek közül áttekintjük az egészségügyi gazdaságtan szempontjából legfontosabb három témakört a minőség és a költséghatékonyság javítását, a finanszírozás megszilárdítását, valamint a kereslet által irányított egészségügyi rendszer fejlesztését.



12.3. A minőség és a költséghatékonyság javítása

Az első alapelv, azaz a minőség és a költséghatékonyság javítása terén a következő konkrét eszközöket jelölte meg:

- szakmai (klinikai) irányelvek,
- működési standardok,
- akkreditációs rendszerek,
- technológiai értékelés,
- szolgáltatók folyamatos monitorozása,
- indikátor rendszerek bevezetése,
- minőségi mutatók a teljesítmény szerinti finanszírozási rendszerekben,
- a lakosság tájékoztatása az egészségügyi szolgáltatók klinikai eredményességéről.

A Charta aláírói az egyes eszközök kifejlesztésével, használatával kapcsolatban részletes megállapításokat tettek. Ezek közül emeljük ki az egészségügyi gazdaságtan szempontjából leginkább relevánsakat. Az egységes fogalomhasználat érdekében maga a dokumentum definiál bizonyos fogalmakat. Ezeket is ismertetjük, mivel fontos, hogy a magyar szakemberek is a nemzetközi terminológia szerint értelmezzék a szakkifejezéseket.

Definíció: A szakmai (klinikai) irányelv az elérhető legmagasabb szintű bizonyítékokkal alátámasztott, szisztematikusan kifejlesztett klinikai döntési ajánlások sorozata, amely egyszerre veszi figyelembe a klinikai kimenetelre, költségekre, valamint a beteg preferenciára vonatkozó szempontokat, és a gyakorló szakemberek és a betegek adott egészségügyi problémával kapcsolatos megfelelő döntéseit segíti elő.

Számos betegség megelőzésére, diagnosztizálására, kezelésére, rehabilitációjára; és ezen belül is a különböző kezelési eljárásokra, különösen a gyógyszeres kezelésre fejlesztettek és fejlesztenek irányelveket. A szakmai irányelveknek kiemelt szerepük van klinikai hatékonyság megvalósításában: ezek adnak útmutatást a gyakorlati gyógyító- és megelőző tevékenységekhez.

Az egészségpolitikára és a rendszerekre vonatkozó kutatás, az orvosi technika és a gyógyszerészet újításai hatékony és etikus felhasználásának előmozdítása fontos minden ország számára, az egészségügyi technológia értékelését az információk által jobban alátámasztott döntéshozatalra kell felhasználni.

Definíció: Az akkreditálás annak a hivatalos elismerése, hogy valamely szervezet vagy intézmény felkészült bizonyos tevékenységek (vizsgálat, tanúsítás, ellenőrzés) meghatározott feltételek szerinti végzésére. A folyamat során egy szervezet, vagy hivatal értékeli az egészségügyi szolgáltatót vagy egy oktatási intézményt, illetve kép-



zési programot és tanúsítja, hogy az megfelel bizonyos előre meghatározott követelményeknek, standardoknak.

Definíció: Indikátor alatt az egészségügyben valamely mutatószámot értünk. Az indikátorok mérhetik az egészségi állapotot és vonatkozhatnak az egészségügyi szolgáltatások minőségére. Megkülönböztettünk

- **strukturális indikátorokat,**
- **folyamat indikátorokat,**
- **eredmény indikátorokat.**

Az egészségügyi ellátás minőségének mérése érdekében olyan információs rendszereket kell kialakítani, ami lehetővé teszi a valid adatok gyűjtését és ezek alapján történő indikátorok fejlesztést és alkalmazását

A költséghatékonyság javításának módszereiként – konkrét ország példája alapján – a Charta a következőket sorolja fel:

- a biztosított térítés szerepének növelése (Németország, Ausztria),
- biztosítók közötti verseny fokozása (Németország, Hollandia),
- új szolgáltatások befogadása során technológiai eljárás- értékelés alkalmazása (Nagy-Britannia, Németország),
- a finanszírozó és a szolgáltató szerep szétválasztása az állami rendszerekben (Svédország –területi menedzser, Nagy-Britannia –GP csoport),
- normatív finanszírozás elterjedése: DRG jellegű kórházi finanszírozás (Németország, Nagy-Britannia, Belgium, Ausztria, Franciaország stb.), fejpénz jellegű finanszírozás az alapellátásban (Olaszország, Nagy-Britannia, Svédország, Dánia).

12.4. A finanszírozás megszilárdítása

A Charta kiinduló feltételezése az, hogy a rossz ösztönzők, a kínálat vezérelte ellátás miatt túlfogyasztás valósul meg. Ha ez a helyzet, akkor a finanszírozás fenntarthatóságát javítja a kapuőrző rendszerek terjedése. Erre példa Belgium, Franciaország, Németország. A kapuőrző rendszerek¹⁸ alacsonyabb költséggel járnak, jobban ösztönöznek a megelőzésre, elvileg kiküszöbölik a kezeléseket indokolatlan megismétlését. Ugyanakkor a betegelégedettség vizsgálata során a kapuőrző rendszerek rosszabb eredményeket mutatnak ki (felesleges háziorvosi vizit, kevesebb választási lehetőség, kisebb verseny).

¹⁸ Kapuőrző rendszer alatt azt értjük, hogy először a háziorvoshoz kell fordulni, a szakellátás beutalóval vehető igénybe.



A rendszer finanszírozása kapcsán a Charta a következő fontos megállapításokat teszi:

- Az egészségügy finanszírozásának nincs egyetlen, „legjobb” megoldása; a „modellek” közötti különbség egyre kevésbé jelentős, mivel az országok a bevételek beszedése, a kockázatközösség („pooling”), illetve a szolgáltatás vásárlás különböző módzatainak új keverékeit fejlesztik ki.
- A finanszírozási eljárásoknak ösztönözniük kell az egészségügyi szolgáltatások hatékony megszervezésére és nyújtására; a forrás-allokációt és az ellátót a teljesítmény és a népesség szükségletei alapján kell összekapcsolniuk; elő kell segíteniük az átláthatóságot és az elszámoltathatóságot.
- A forrás elosztás egészének biztosítania kell a megfelelő egyensúly megteremtését az egészségügyi ellátás, a betegségek megelőzése és az egészségfejlesztés között, hogy egyaránt szolgálja a jelenlegi és a jövőbeli egészségügyi igényeket.

12.5. Kereslet által irányított egészségügyi rendszer fejlesztése

Ez a célkitűzés azt jelenti, hogy ne az egészségügyi kapacitások, hanem az állampolgárok egészségügyi szolgáltatások iránti kereslete határozza meg, hogy ki, milyen ellátáshoz jut hozzá. Érdekes, hogy a Charta a kereslet és nem a szükséglet által irányított egészségügyi rendszer mellett foglal állást. Ugyanakkor a keresletet nem piaci keresletként értelmezi. Lehetséges fejlesztési irányként egyes európai országok tapasztalataira hivatkozva a következőket jelöli meg:

- betegelégedettség vizsgálata,
- irányított beteg-ellátási rendszerek (managed care) Franciaország, Németország, Hollandia,
- egészségügyi tanácsadók alkalmazása (Nagy-Britannia).

Kiemelt feladat a klinikai eredményesség javítása, amelynek három lehetséges területét emeli a Charta:

- a sürgősségi beteg-ellátás fejlesztését,
- az onkológiai, kardiológiai, stroke centrumok létrehozását,
- a fekvőbeteg-ellátás kiváltása ambuláns kezeléssel (egy-napos műtétek).

12.6. Egészségügyi reformok Közép-Kelet-Európában

A közép-kelet-európai országok Magyarországhoz és egymáshoz is hasonló egészségügyi helyzete indokolttá teszi, hogy külön is áttekintsük e térség egészségügyi reformtörekvéseit.



Minden országra igaz, hogy kedvezőtlenek voltak az induló feltételek: merev állami rendszer, alacsony várható időtartam, korszerűtlen (kórház-centrikus) struktúra, alulf finanszírozottság. Ehhez járultak a romló gazdasági körülmények: csökkenő GDP, növekvő munkanélküliség, a közbevételek erodálódása).

Nyilván összefügg a közös örökséggel, hogy ezen országok egészségügyi reformjai sok hasonlóságot mutatnak:

- Lettország kivételével valamennyien áttértek az állami egészségügyi ellátásról a bismarcki típusú egészségbiztosításra.
- Minden országban működik egy „állami” egészségbiztosító, amely mellett egyes országokban (Csehország, Szlovákia) más biztosítók is nyújthatnak kötelező egészségbiztosítást.
- Fokozatos privatizációt hajtottak végre, elsősorban a gyógyszertárak, az alapellátás és az orvosi tevékenység területén.
- Bevezették a teljesítmény szerinti finanszírozást.
- Strukturális reformokat hajtottak végre az alapellátás megerősítésének, és a fekvőbeteg-ellátás visszafejlesztésének szándékával (a kórházi ágyak száma lényegesen meghaladta az EU15-ök átlagát).
- Lakossági térítési díjakat vezettek be, igaz különböző formákban (pl. gyógyszerek térítési díja, vizitdíj).
- Népegészségügyi programokat indítottak.

Sok hasonlóságot mutatnak a további reformokkal kapcsolatos célkitűzéseik is. A legtöbb országra jellemző irányok a következők:

- hatékony biztosítási rendszer megteremtése,
- hálapénzek formális csatornába terelése,
- reális, finanszírozható szolgáltatási csomag meghatározása,
- költséghatékony szolgáltatásvásárlás,
- kórházi teljesítmények hatékonyságának növelése (menedzsment fejlesztése),
- járó- és fekvőbeteg ellátás összehangolása,
- alapellátás fejlesztése, bővítése,
- népegészségügy fejlesztése,
- hatékony érdekeltségi rendszerek megteremtése.



12.7. A biztosítási és az adóalapú egészségügyi rendszerek közeledése

Az európai egészségügyi reformok jól kivehető iránya a közeledés a bismarcki és a Beveridge-i típusú rendszerek között. Ennek fontosabb lépéseiként a következők említendők:

- A bismarcki rendszereknél hagyományosan nehéz a kiadások korlátozása, az egyenlőség megvalósítása, de több, az igényeknek jobban megfelelő szolgáltatást nyújtanak. A reformok iránya: pénztárak közötti kockázatközösség, a nem biztosítottakról való gondoskodás, finanszírozási korlátozások, ésszerűsítések
- A Beveridge-i típusú rendszerek jobban uralják a kiadásokat, de a választási lehetőségek korlátozottak, és várakozásra kényszerítettek. A reformok iránya: a merevség enyhül, piaci eljárásokat vezetnek be.

Egész Európára jellemző, hogy a reformok állandósultak. A reformok három-négy évenként követik egymást. A reformok közös irányai az alábbiak:

- Struktúraváltás: az alapellátás fejlesztése, a kórházi ágyszámok csökkentése;
- A megelőzés hangsúlyosabbá válása: negyedik pillér (az első három: az akut, a krónikus ellátás és a rehabilitáció);
- A magánfinanszírozás és a magán ellátás szerepének lassú növekedése;
- A választási lehetőségek bővülése;
- A választási szabadság (az egészségbiztosítók között) bővülése;
- Az egyéni felelősség fokozása;
- Technológiai értékelés (költséghatékonyság vizsgálat) a közfinanszírozásba vonható szolgáltatásokról (Csak a gyógyszereknél volt eddig igazán sikeres.)





13. fejezet: A magyar egészségügyi reformok legfontosabb gazdasági jellegű törekvései eredményei és kudarcai

Az előző fejezetben áttekintettük az európai egészségügyi reformok közös jellemzőit. A magyar egészségügyi reformtörekvések sem szakíthatók ki ebből a környezetből. A reformhoz azonban a kezdő lökést a 11. fejezetben ismertetett, és lényegét tekintve Magyarországon is megvalósított Szemacskó-modell súlyos problémái adták. Ráadásul Magyarországon – sok szocialista országhoz hasonlóan – az egészségügyi ellátás állami koordinációját átszötte a hálapénzrendszer, amely tulajdonképpen egy másodlagos (rejtett, szabályozatlan) piaci koordinációt vitt az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférésbe. Következésképpen az állami elosztás összes negatívuma jelentkezett, egyetlen komoly előnyének, az egyenlő hozzáférésnek az érvényesülését azonban a hálapénzrendszer megghiúsította.

Ebben a helyzetben érthető, hogy az egészségügyi reform mindenekelőtt modellváltást jelentett: a szovjet típusú egészségügy elvetését és visszatérést elvileg a bismarcki modellhez, valójában annak egy torz változatához. A reformok ismertetését mégsem a modellváltással kezdjük, hiszen az egy szűk szakmai csoportnak volt a szívégye. A 13.1. alfejezetben a szovjet típusú egészségügy legsúlyosabb társadalmi problémája, a beteg kiszolgáltatottsága megszüntetésének a lépéseit ismertetjük. A 13.2. alfejezet az egészségbiztosítási bevezetésével és kiterjesztésével kapcsolatos törekvéseket mutatja be. A 13.3. alfejezet az egészségügyi reformok leginkább gazdasági jellegű kérdését, az ellátórendszer átalakításának lépéseit tárgyalja. A reformtörekvéseket az 1990 és 2010 között nyilvánosságra hozott kormányprogramok alapján mutatjuk be. A szövszerinti idézeteket e kormányprogramoknak az Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet honlapján¹⁹ közzétett szövegekből vettük át.

13.1. A beteg kiszolgáltatottságának megszüntetése az ellátórendszerrel szemben

A Szemacskó-modell szükségletdiktatúrájának egyenes következménye a beteg kiszolgáltatottá válása. Az egészségügyi szolgáltatások a legszemélyesebb szolgáltatások közé tartoznak, amelyeknek szükségszerű velejárója lenne az orvos-beteg bizalmi viszony. A kezelő orvost a legtöbb ember szeretné ugyanúgy megválasztani, mint ahogy fodrászát, ügyvédjét választja meg. A körzeti orvosi rendszer, a kötelező beutalás a területileg illetékes szakellátó helyre ez ellen hatott. A beteg kiszolgáltatottságát növelte, hogy a hivatalos rendszerben minimális volt a személyes választási lehetősége. Többek között ez jelentett táptalajt a hálapénzrendszernek. E visszás helyzet következtében került az egészségügyi reformok zászlójára a szabad orvosválasztás, a szolgáltatási piac megteremtése, amely értelemszerűen összekapcsolódott a tulajdonosi reform gondolatával. Előtérbe került annak a követelése, hogy a beteg és az ellátást nyújtó állami intézmény igazgatási jellegű kapcsolatát, a biztosított, a szolgáltató és az egészség-

¹⁹ <http://eski.hu/new3/politika/kormanyprogramok.php>



biztosító szerződéses kapcsolata váltsa fel. A reformerek az így kialakuló egészségügyi piacot társadalmi ellenőrzés alá akarták helyezni.

Az 1990 tavaszán szabad és demokratikus választások után megalakuló kormány programja jól tükrözi a fent említett törekvéseket. A kormányprogram²⁰ egészségügyi fejezetének egyik fő célkitűzése volt „a beteg kiszolgáltatottságának megszüntetése az ellátórendszerrel szemben”. Ennek eszközeként

- szabad orvosválasztást,
- a beteg jogait hangsúlyozó szabályozást,
- a tulajdonosi reform teremtette szolgáltatási piacot,
- a társadalmi ellenőrzést,
- az egészségügyi ellátás résztvevői közötti szerződéses kapcsolatot jelölte meg.

E célok megvalósítása érdekében egy nagyon jelentős lépéssorozat történt: a korábbi körzeti orvosi rendszert a háziorvosi, házi gyermekorvosi (a továbbiakban a kettő együtt: háziorvosi) rendszer váltotta fel, amelyben mindenki szabadon választhatta meg az orvosát, azaz bejelentkezhetett egy háziorvoshoz. Az alapellátási körzetek azonban lényegében megmaradtak. Ezekben a települési önkormányzatoknak kellett – ún. területi ellátási kötelezettség keretében – gondoskodniuk arról, hogy a háziorvosi ellátáshoz minden ott lakó hozzájuthasson. Az önkormányzatok ezért minden körzetben alkalmaztak egy háziorvost, akinek minden a körzetben lakó személy bejelentkezését el kellett fogadnia. A nem a körzetben lakók esetében a háziorvos maga dönthette el, fogadja-e a hozzá bejelentkezett beteget. A lépéssorozat második lépése a háziorvosok vállalkozóvá válásának ösztönzése volt. Viszonylag rövid idő alatt a háziorvosok 85-90 százaléka vállalkozóvá vált. Ugyanakkor a területi ellátási kötelezettség is fennmaradt. Ezt az önkormányzatok a vállalkozó orvossal kötött feladat-ellátási szerződés keretében teljesítették.

A háziorvosi ellátás megteremtése a magyar egészségügyi reformok legstabilabb eleme maradt. Az egészségügyi finanszírozás rendszere igazodott a háziorvosi rendszer sajátosságaihoz. A 2000-ben bevezetett praxisjog²¹ tovább erősítette a háziorvosi rendszer privatizált jellegét és a háziorvosok viszonylagos függetlenségét a települési önkormányzatoktól.

A háziorvosi rendszer megerősítése bizonyos fókig ellentmondott a szabad orvosválasztás további kiterjesztésének. A magyar háziorvosi rendszer koncepciójához ugyanis hozzátartozott, hogy a háziorvos egyúttal a beteg fő egészségügyi tanácsadója is, aki segíti a beteget abban, hogy a neki szükséges egészségügyi szakellátás megkaphassa. Ez a helyes elgondolás

²⁰ A NEMZETI MEGÚJHODÁS PROGRAMJA A Köztársaság első három éve, 1990

²¹ Lásd a 10. fejezetben



találkozott azzal a gazdasági törekvéssel, miszerint a házi orvos ún. kapuőri feladatot is ellásson, azaz akadályozza meg, hogy a biztosítottak feleslegesen forduljanak a szakellátás orvosaihoz. A két koncepció találkozásának eredőjeként fennmaradt, sőt kezdetben még szigorodott is a beutalási rendszer, vagyis maradt a főszabály, hogy a szakellátás a házi orvos beutalója alapján vehető igénybe. Ez viszont a szabad orvos- és intézményválasztást a szakellátásban lényegében meghiúsította.

Az 1994-es kormányprogram²² meghirdette a szabad orvosválasztás kiterjesztését. Ennek eszközeként a beutalási rendelet megváltoztatásával akart lehetőséget teremteni a szakrendelések beutaló nélküli igénybevételére. Ez azonban azzal a veszéllyel járt volna, hogy a szakellátás igénybevétele megnő egy olyan pénzügyi helyzetben, amelyben az egészségügy a működőképessége fennmaradásáért küzdött. Végül is csak a szakellátások szűk körére nézve szűnt meg a kötelező beutalási rendszer, azaz a szabad orvosválasztás intézményes kiterjesztésére nem került sor.

2006-ben hatalomra kerülő kormány tett még egy kísérletet a szabad intézményválasztás kiterjesztésére. Ennek lényege az volt, hogy a biztosított a beutalási rendtől eltérő betegútat is választhat, de akkor az őt fogadó szakellátó hely részére részleges térítési díjat kell fizetnie. A kormány egészségügyi reformjait elvető népszavazást követően ez a törekvés is lekerült a napirendről.

Az 1990-es kormányprogramban kitűzött célokkal összhangban a megalakuló egészségbiztosítás igazgatási szervei és az egészségügyi szolgáltatók között 1993-tól szerződéses kapcsolat jött létre. A finanszírozási szerződés tartalmát azonban döntő részben jogszabályok határozták meg, kevés lehetőséget adva a felek közötti valódi megegyezésnek. Lényegében máig ez a megoldás maradt meg.

A többi cél megvalósulása érdekében látványos lépések az első kormányzati ciklusban nem történtek. Az egyházi kárpótlás kapcsán néhány kórház egyházi tulajdonba került, és egyházi fenntartású kórházként működött tovább. Megjelentek a non-profit vállalkozásként működő egészségügyi szolgáltatók is. A tulajdonosi reform az egészségügyi ellátás más területein csak lassan és spontán módon bontakozott ki.

A vállalkozáson alapuló egészségügyi szakellátás a célkitűzésnek megfelelő kiterjedt formában soha nem jött létre, annak ellenére, hogy az 1994-es kormányprogram is célul tűzte ki az egészségügyi privatizáció ösztönzését az alapellátásban és a járóbeteg-szakellátásban, a kórházak infrastrukturális és diagnosztikai részlegein. A programban célként szerepelt az önkormányzati és állami kórházak közhasznú társasággá, alapítványi tulajdonná történő átalakítása is. Ezt elősegítő szabályozási intézkedések azonban e kormányzati ciklusban nem történtek. Mint azt a 10. fejezetben részletesen ismertetjük, a szakellátás egyes területein (például műve-

²² A MAGYAR KÖZTÁRSASÁG KORMÁNYÁNAK PROGRAMJA 1994–1998



sekezelés, nagy értékű képzőberendezéseket igénylő diagnosztika) a vállalozási formában működő egészségügyi szolgáltatások dominánsává váltak. A járóbeteg- és a fekvőbetegszakellátás hagyományos területein azonban a költségvetési intézményi forma túlsúlya megmaradt.

Az 1998-as kormányprogram²³ ismét kinyilvánította, hogy az alap- és járóbeteg-ellátásban a Kormány támogatja a magántulajdon szerepének megerősödését valódi és funkcionális magánosítás formájában. Ugyanakkor azt is célul tűzte ki, hogy a fekvőbeteg-intézmények meghatározó része önkormányzati tulajdonban maradjon, de egyre nagyobb szerepet kapjanak a non-profit szervezetek. Az is megfogalmazik a programban, hogy az egészségügyi rendszert nyitottá kell tenni a befektetni hajlandó magántőke előtt is. E kormányprogram viszonylag következetes megvalósításának eszközeként 2001-ben törvény²⁴ született az egészségügyi szakellátás magánosításának kereteiről. A törvényt azonban a 2002-ben megalakult országgyűlés előbb felfüggesztette, majd hatályon kívül helyezte. A helyette megalkotott új, tartalmában szinte azonos törvényt viszont – eljárási okok miatt – az Alkotmánybíróság nyilvánította alkotmányosértőnek. Az Országgyűlés pedig nem tett újabb kísérletet az alkotmányossági aggályok megszüntetésére.

Átfogó szabályozás az egészségügy magánosítására vagy éppen annak korlátozására később sem született, pedig a 2006. évi kormányprogram²⁵ az egészségügyi intézmények gazdasági társaságokká alakulásának ösztönzése mellett, a magántőke ellenőrzött bevonásának támogatását ígérte az egészségbiztosítási szolgáltatások nyújtásába, fejlesztésébe.

A 2000-es évek közepétől – speciális egészségügyi szabályozás híján az általános szabályokat követve – több kórház is „átalakult”²⁶ költségvetési intézményből részvénytársasággá, non-profit részvénytársasággá vagy egyéb gazdasági társasággá. Több kórház működtetését is magánbefektetők vették át. Ezek azonban nem bizonyultak sikeresnek. A rossz tapasztalatokkal is összefüggő, hogy a 2010. évi kormányprogram²⁷ már egyértelműen leszögezi, hogy a „kórházak privatizációját a Kormány nem támogatja, a kórházaknak közösségi tulajdonban kell maradniuk”.

A privatizáció a házi orvosi ellátás mellett a gyógyszer-kereskedelemben vált általánossá. Ez tudatos intézkedések sorozatának eredménye volt. Az 1990-es kormányprogram kimondta, hogy a gyógyszertár legyen közegészségügyi intézmény, csak gyógyszerész vezethet

²³ AZ ÚJ ÉVEZRED KÜSZÖBÉN Kormányprogram a polgári Magyarorszáért 1998-2002

²⁴ A 2011. évi CVII. törvény az egészségügyi közszolgáltatásokról.

²⁵ Új Magyarország – szabadság, szolidaritás A Magyar Köztársaság Kormányának programja a sikeres, modern és igazságos Magyarorszáért 2006-2010.

²⁶ Jogi értelemben – speciális szabályok híján – nem átalakulás történt, hanem a kórház, mint önkormányzati költségvetési intézmény megszűnt és feladatát átvette az önkormányzat által megalapított gazdasági társaság.

²⁷ A Nemzeti Együttműködés Programja - 2010



ti, személyi jog alapján. Az 1994-es kormányprogram pedig leszögezte, hogy a gyógyszerügyi központok és a gyógyszerügyi hálózat privatizációját egységes szakmai feltételek alapján kell megkezdeni. A 90-es évek végére ez a folyamat lényegében lezárult.

Az egészségügyi ellátás társadalmi ellenőrzésében az Egészségbiztosítási Alap önkormányzati irányítás alá vonása jelenthetett volna áttörést. Ennek kudarcáról a következő alfejezetben írunk részletesebben. A kórházak társadalmi ellenőrzésére egyes önkormányzatok tettek kísérleteket, de ezek nem bizonyultak meggyőzőnek, így helyi jellegű kezdeményezések maradtak.

Az 1994-től alakulnak meg országos, majd regionális szinten az egészségügyi tanácsok, amelyekben a kormányzati, önkormányzati szereplőkön kívül az egészségügyi szakmai szervezetek és a betegek különböző csoportjainak érdekképviselői is helyet kaptak. Egy-két kivételtől eltekintve azonban érdemben nem tudták társadalmi kontrollszerepüket gyakorolni.

A betegek jogait hangsúlyozó szabályozás kialakításával az első kormány adós maradt. Adóságát a következő kormány 1996-ban egy új az egészségügyi törvény megalkotásával pótolta. A máig hatályos, és a többszöri módosítás ellenére alapjaiban stabil törvény egyik vezérelve a betegek jogainak előtérbe állítása. Kialakították a betegjogi képviselők rendszerét. 2004 és 2010 között közalapítványi formában oldották meg koordinációját és finanszírozását. Jelenleg e feladatot az Országos Betegjogi, Ellátott-jogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ látja el.

13.2. Biztosítási elven működő egészségügyi rendszer

A rendszerváltás utáni első kormányprogram (1990) meghirdette, hogy „megalapozzuk a biztosítási elven működő magyar egészségügyi rendszert”. Ennek a következő elemeit sorolta fel:

- Országos Egészségügyi Alapból történő finanszírozás;
- az egészségügyi szolgáltatások költségeit általában a társadalombiztosítás fedezi, így elősegítve a privatizációt is;
- a fekvőbeteg-ellátásban a tényleges költségeket figyelembe vevő normatív finanszírozási rendszer bevezetése;
- vállalkozáson alapuló, szektor semleges, teljesítmény arányosan finanszírozott egészségügyi szakellátás.

A modellváltás politikai támogatottságát jól mutatja, hogy az első három – igen jelentős - célkitűzést, már a kormányzati ciklus első felében sikerült megvalósítani, sőt túlteljesíteni. Az egészségügy finanszírozását 1990-től – még az utolsó szocialista kormány – a társadalombiztosítás feladatává tette.

A biztosítási rendszer további kiépítésének eredményeként a társadalombiztosítás elkülönített részeként létrejött az Egészségbiztosítási Alap, majd az azt kezelő egészségbiztosítási szervek önállósodtak. 1993. július 1-től nemcsak a fekvőbeteg-ellátásban, hanem a járóbeteg-



ellátásban és a háziorvosi ellátásban is bevezetésre került a tényleges költségeket figyelembevevő teljesítményalapú szabályozás. Ezt a folyamatot a további kormányok kiterjesztették, így 2002-re lényegében a teljes egészségügyi alap- és szakellátásban teljesítményalapú finanszírozás működött²⁸. Ennek ellenére a kormányprogramok rendre célul tűzték ki a finanszírozási rendszer korszerűsítését. A kialakult rendszer problémáira utal, hogy a 2010. évi kormányprogram a finanszírozás kapcsán olyan alapvető célokat fogalmaz meg, amelyeket egy jól működő rendszernek már régen teljesítenie kellett volna. Érdekes ezért felidézni e kormányprogram vonatkozó részeit: „Az egészségügy finanszírozása a jelenleginél egyszerűbb, kiszámítható, évekre előre tervezhető legyen. Meg kell teremteni, hogy az egészségügyi szolgáltatásokat értékükön, eredményorientáltan finanszírozzuk. A finanszírozásnak ösztönöznie kell az optimális betegutak megválasztását, és elő kell segítenie a területi és szakmai egyenlőtlenségek felszámolását.”²⁹

Az 1990-es kormányprogram célul tűzte ki a minőségellenőrzés és minőségbiztosítás intézményrendszerének meghonosítását. A program megfogalmazói számára ugyanis nyilvánvaló volt, hogy a teljesítményalapú finanszírozás torzulásokhoz vezet, ha nem kíséri hatékony minőségbiztosítási rendszer megteremtése. A szolgáltatások minőségének kontrollja nélkül ugyanis a teljesítmény ösztönzése a szolgáltatások mennyiségének növelésére ösztönöz, akár a minőség romlásának ellenére is. Sajnos ez a célkitűzés az 1990-es évek végéig egyáltalán nem valósult meg. Az ezredforduló táján jelentek meg az első kezdeményezések a valódi minőségbiztosítás megteremtésére az egészségügyi intézményekben. Természetesen minimumkövetelmények mindig is léteztek az egészségügyi ellátással szemben. Ezt azonban nem lehet minőségbiztosításnak nevezni. A minőségbiztosítás hiányának következtében jelentkeztek is a teljesítményfinanszírozás előre látható torzulásai, amelyeknek következtében a teljesítményfinanszírozástól elvárt eredmények messze elmaradtak a várakozásoktól.

Az egészségbiztosítás gyors bevezetése időszakában is egyértelmű volt, hogy az egybiztosítós modell a biztosítási rendszernek éppen azt az elemét, nevezetesen a biztosítók közötti versenyt nem teszi lehetővé, amelynek az érdekében egyáltalán érdemes biztosítási rendszert működtetni. A több biztosítónak ugyanis érdekeltsége és lehetősége van arra, hogy a leginkább költséghatékony egészségügyi szolgáltatásokat vásárolja meg a biztosítottjai részére. Minden egészségügyi szolgáltatótól csak annyi szolgáltatást vásárol, amelyet a biztosítottjai igényelnek. Az egybiztosítós modellben azonban erre nem volt lehetőség. Magyarországon az egészségbiztosítás bevezetése ellenére az egészségügyi ellátás megszervezése nem az egészségbiztosító, hanem elsősorban a helyi önkormányzatok feladata lett és maradt egészen 2012-ig. A finanszírozáshoz azonban nem kaptak forrásokat. Következésképpen az egyetlen biztosítónak minden olyan egészségügyi szolgáltatót finanszíroznia kellett, amelyek a lakosság számára szükséges ellátást nyújtó kapacitásként a helyi önkormányzatok, illetve szűkebb kör-

²⁸ Ezt a folyamatot részletesen a 15. fejezet ismerteti.

²⁹ A Nemzeti Együttműködés Programja – 2010.



ben az állam fenntartottak. Valójában tehát a bevezetett egészségbiztosítási rendszer egy államilag irányított finanszírozási rendszer maradt, amely forrásainak egy részét bérarányos befizetésekből kapja.

E helyzet megváltoztatását több kormányprogram is célul tűzte ki. A rendszerváltást követő első kormányzati ciklusban megtörtént az egészségbiztosítás önkormányzati irányítás alá helyezése. Az önkormányzatba a munkavállalók képviselői választás útján, a munkáltatók képviselői delegálással kerülhettek. A koncepció az volt, hogy ha a járulékfizetők képviselői ülnek az önkormányzatokban, akkor ők az egészségbiztosítás tartósan kiegyensúlyozott működésében lesznek érdekelték, mivel különben emelni kell a járulékokat. Ezt azonban gyakorlati lépések nem követték. Objektív és szubjektív okoknál fogva az önkormányzat nem volt képes az egészségbiztosítás kiegyensúlyozott működését elérni. Így az 1998-ban megválasztott Országgyűlés egyik első intézkedése volt az Egészségbiztosítási Önkormányzat megszüntetése. (Hasonló sorsra jutott a Nyugdíjbiztosítási Önkormányzat is.)

Az egészségbiztosítás továbbfejlesztésének egyik visszatérő gondolata a biztosítási rendszer regionális alapokra helyezésének célkitűzése volt. Az 1994-es kormányprogram az egészségügyi irányítás és az egészségbiztosítás fokozatos decentralizálását tűzte ki célul. Leszögezte, hogy „az egészségbiztosítás egységes járulékfizetés-rendszerét fenntartva ki kell alakítani a regionális biztosítókat”. Ebből az elgondolásból azonban semmi sem valósult meg.

Az 1998-as kormányprogram az egészségbiztosítás továbbfejlesztése kapcsán nem fogalmazott meg konkrét célkitűzéseket. Alulról jövő kezdeményezésként azonban az amerikai „managed care”³⁰ elindult, majd az ország több körzetére kiterjesztésre került egy ún. „irányított betegellátási” kísérlet. Ennek a támogatását és bővítését a 2002-es kormányprogram célul tűzte ki, mint a biztosítási reform egy lehetséges változatának modellezését. Sor kerül irányított betegellátási rendszert általánossá tevő törvénytervezet kidolgozására is, a javaslat azonban nem kapta meg a szükséges politikai támogatást.

A 2002-es kormányprogram³¹ az egészségbiztosítás kapcsán további célként a következőket fogalmazta meg: „Fokozatosan megszüntetjük a kötelező szerződéseket és gondoskodunk arról, hogy a biztosító mindig takarékosan, kizárólag szakmai szempontok alapján vásároljon.” A célkitűzést azért idéztük szó szerint, mert jól tükrözi, hogy az akkor már egy évtizede létrehozott Egészségbiztosítási Alap nem valódi biztosítóként működött, hanem a települési önkormányzatok által kötelezően fenntartott egészségügyi kapacitásokat finanszírozta kötelező szerződések keretében. Természetesen ebből a célkitűzésből is csak annyi valósulhatott meg, hogy az Egészségbiztosítási Alapnak azt – az igen csekély – részét használták fel szolgáltatások vásárlására, amelyet nem kötött le a kötelezően fenntartandó kapacitások finanszírozása. Az egybiztosítós egészségbiztosítási modell és az önkormányzati területi ellátási kötelezettség együttese ugyanis valódi egészségbiztosítást nem eredményezhetett.

³⁰ Lásd részletesen a 11. fejezetben.

³¹ „CSELEKEDNI, MOST ÉS MINDENKIÉRT!” A nemzeti közép, a demokratikus koalíció kormányának programja 2002-2006



Nyilván ennek megtapasztalása is eredményezte azt, hogy a 2006-os kormányprogram³² az egészségbiztosításban igen jelentős átalakításokat tűzött ki célul: „2007 végéig létrehozuk a biztosítási alapon működő egészségügy szabályozási, intézményi, pénzügyi, működési, felügyeleti és garanciális feltételeit. E változások egyben erkölcsi megújulást jelentenek, ami elvezet a hálapénz, a korrupció megszüntetéséhez is. A szervezett és szabályozott piac feltételeinek kialakítását követően a tapasztalatok birtokában dönt a kormány az egészségbiztosítási piac több biztosító felé történő megnyitásáról.”

Az utolsó mondat már arról árulkodik, hogy a kormányprogram megalkotásakor sem volt egyetértés a több-biztosítós modell megvalósításáról. Ennek előkészítését is állandó viták kísérték a regionális biztosítók létrehozásának hívei és azok között, akik magánbiztosítók létrehozásában látták a kötelező egészségbiztosítás biztató jövőjét. A kialakult kompromisszumos megoldást, amely regionális alapon szerveződő magánbiztosítókra bízta volna a kötelező egészségbiztosítás működtetését, de közben meghagyta a települési önkormányzatok kötelező feladatának az egészségügyi alap- és szakellátás fenntartását, súlyos belső ellentmondások terhelték. Ezek feloldását részben a kétharmados politikai támogatás hiánya, részben a kapkodó – az érintettek meggyőzésére kevés figyelmet fordító – jogalkotás lehetetlenné tették. Az új rendszer bevezetéséről az Országgyűlés törvényt alkotott, de azt az ellenzéki kezdeményezésre megtartott népszavazás elvetette.

Ezt a népakaratot tükrözi 2010-es kormányprogram egészségbiztosítással kapcsolatos szövege, amely rögzíti, hogy a „Kormány elkötelezett a szolidaritási elvű, nemzeti kockázatközösségen alapuló, egységes biztosítási rendszer fenntartásában. Elkerülhetetlen egy beteg- és szolgáltató-barát társadalombiztosítási rendszer kialakítása, ugyanakkor a biztosító ellenőrző szerepét is növelni kell.”

Az egészségügyi modellváltás másik dilemmája az egészségbiztosítás terjedelmének a meghatározása volt. Az állami egészségügyi rendszerben természetes, hogy állampolgári jogon jár az egészségügyi ellátás, és mindenki beteg jogosult a neki szükséges – és az állam által finanszírozott – egészségügyi ellátásra. A valódi biztosítási rendszerekben azonban csak a biztosítottaknak (és családtagjaiknak) jár az egészségbiztosító által finanszírozott ellátás, az egészségbiztosítónak pedig – a díjfizetők védelmében – gondosan meg kell válogatnia, hogy milyen egészségügyi szolgáltatásokat tud az ügyfélköre számára fenntartható módon finanszírozni. Egy klasszikus egészségbiztosítási rendszer bevezetése ezért az ingyenes egészségügyi ellátásra jogosultak körének, és a finanszírozott egészségügyi beavatkozások terjedelmének a szűkítésével járt volna együtt.

A fent említett két ellátási lyukat az egészségbiztosítási rendszer bevezetésekor úgy hidalták át, hogy az egészségbiztosítási járulékot nem fizetők széles köre helyett az állam vállalta át a járulékfizetést, és ily módon a szociálisan rászorulókat is biztosítottá tette. Elvileg fennmaradt

³² 2006-ban megalakult kormányt ugyanakkor a két pártnak – a Magyar Szocialista Pártnak és a Szabaddemokraták Szövetsége - Magyar Liberális Pártnak – a koalíciója adta, mint a 2002-ben megalakult kormányét. A folytonosság politikai feltételei tehát adottak voltak.



az állampolgároknak egy köre, akik sem a saját járulékfizetésük, sem szociális rászorultságuk okán az állami járulékfizetés révén nem váltak biztosítottá. Ezt a problémát azonban 2006-ig egyetlen kormány sem vette komolyan, az érintettek megelőző biztosítási jogviszonyaik alapján egyszerűen benne maradtak a rendszerben. Ezt az ún. „potyautas” problémát a 2006-os kormányprogram állította először középpontba, amikor leszögezte, hogy az egészségbiztosító teljes körű szolgáltatásaira csak azok lesznek jogosultak, akik mögött tényleges befizetések állnak. Ennek érdekében – a kormányprogramban foglaltakkal összhangban – meg kellett teremteni a járulékfizetés nyilvántartásának és ellenőrzésének rendszerét. (15 évvel az egészségbiztosítási rendszer bevezetését követően.) Végül a szabályozás lehetővé tette, hogy egy méltányos havi összeg befizetésével azok is jogosultak legyenek az egészségbiztosító által finanszírozott egészségügyi ellátásra, akiknek nincs járulékköteles jövedelmük, de szociális helyzetük nem indokolja, hogy helyettük az állam fizesse a járulékot. Lényegében a viszonylag jobb módban élő családok eltartott családtagjait érintette ez az intézkedés. Ugyanakkor kiéleződött az a probléma, hogy a társadalom periferiáján élők utáni járulékfizetés technikailag gyakran nem rendezett, így ők szociális rászorultságuk ellenére is kiszorultak az egészségügyi ellátásból.

Az egészségbiztosítás által finanszírozott ellátás terjedelmének problémája először a probléma szőnyeg alá söprésével „oldódott meg”, azaz a vonatkozó törvény olyan szélesen határozta meg az egészségbiztosítás által finanszírozott ellátásoknak a körét, hogy egyes konkrét beavatkozások finanszírozásának kérdése nem került felszínre. A probléma megoldatlanságát már az 1994-es kormányprogram érzékelte, amikor így fogalmazott: „Szükséges a kötelező biztosítás által nyújtott szolgáltatási határok megállapítása.” Ere azonban annak ellenére sem került sor, hogy az 1994-ben kezdődő kormányzati ciklusban fogadták el az új egészségbiztosítási törvényt. A probléma megoldatlansága tehát nem a felismerésének hiányára vagy jogi akadályokra vezethető vissza, hanem arra, hogy a politika és a társadalom nagy része a kötelező egészségbiztosítástól ugyanazt a teljes körűséget várja el, mint amit egy állami egészségügyi rendszer képes nyújtani.

Érthető, hogy a probléma megoldásának az igénye csak egy évtizeddel később fogalmazódott meg újra. A 2006-os kormányprogram tűzte ki a következőket: a „biztosítási alapon működő egészségügy kialakítása érdekében meghatározzuk azokat a szolgáltatásokat, amelyekre

- a kötelező egészségbiztosítás keretében minden biztosított jogosult,
- a biztosítás már nem terjed ki,
- mindenki biztosítási jogviszony nélkül is jogosult.”

Megnyugtatóan a program leszögezi: „A biztosítási csomag magában foglalja az egészség megőrzéséhez és a gyógyuláshoz szükséges egészségügyi szolgáltatásokat.” Valódi biztosítási csomag kialakítására azonban ebben a kormányzati ciklusban sem került sor.

Az egészségbiztosítási rendszer bevezetésétől már az 1990-es kormányprogram is azt várta, hogy hozzájárul majd a hálapénz megszüntetéséhez. A kormányprogram a szabad orvosválasztást



és az orvosi munkával arányos bérezés kialakítását jelölte meg olyan tényezőként, amely szintén ebbe az irányba hat. Ez utóbbi elmaradása önmagában is kudarcra ítélte a hálapénzrendszer elleni küzdelmet, az egészségbiztosítás monopolisztikus rendszere és szabad orvosválasztás korlátozott megvalósulása pedig nem hozott létre olyan erőteljes és sikeres koordinációs mechanizmusokat, amelyek a hiányjelenségek megszüntetése révén a hálapénzt ki tudták volna szorítani az egészségügyből. Az egészségügyi dolgozók méltatlan bérhelyzetének javítása, mint az egyik feltétele a hálapénz fokozatosan visszaszorulásának, a kormányprogramok vizsziatérő célkitűzésekként legalább négyéves gyakorisággal megfogalmazódott. A hozott intézkedések azonban legfeljebb a megelőző években felhalmozódó további bérelmaradások pótlására voltak alkalmasak. A helyzet megoldatlanságát jól mutatja, hogy a 2010. évi kormányprogram – 20 évvel az egészségügyi modellváltás után - még így fogalmaz: „Az ágazat egyik legsúlyosabb gondja a hálapénzrendszer. Ennek fokozatos felszámolása csak a kiváltó okok megszüntetésével képzelhető el.”

13.3. Új egészségügyi szerkezetet

A szovjettípusú egészségügyi modell minden szocialista országban a kórházi ellátás túlsúlyához vezetett. A szocialista tervutasításos koordinációt jellemző tervalkukban ugyanis a kórházak érdekérvényesítő képessége sokkal jobb volt, mint az alapellátásé vagy a járóbetegszakellátásé. Ez utóbbiak gyakran nem önállóan, hanem nagy integrált egészségügyi intézmények részeként működtek. Következésképpen a kórházakban az aktív fekvőbetegként kezeltek számos olyan betegséget, amelyet a járóbeteg-ellátás vagy akár az alapellátás keretében is gyógyítani lehetett volna. Ráadásul az egészségügyi technológia fejlődése is egyre inkább lehetővé tette a kórházi kezelés kiváltását, illetve a kórházi ápolási idő lerövidítését.

E helyzet ismeretében már az 1990-es kormányprogram is célul tűzte ki az alapellátás és a járóbetegszakellátás súlyának növelését, valamint a krónikus kórházi ágyak arányának emelését az aktív ágyak rovására. Az első kormányzati ciklusban azonban az aktív kórházi ellátás súlyának csökkentésére nem történtek érdemi intézkedések.

Az 1990-es kormányprogram másik, az egészségügy szerkezetét érintő célkitűzése a kétpólusú egészségügyi rendszer létrehozása volt, amelyben az alapellátásnak van elsődlegessége. A kétpólusú rendszer az alapellátás leválasztását jelentette az integrált egészségügyi intézményekről. Ez megvalósult, az alapellátás már a kormányzati ciklus kezdetén önállóvá vált. Kevés kivételtől eltekintve az integrált egészségügyi intézmények átalakultak, azaz önállóvá váltak a kórházak és a járóbetegszakrendelő intézetek is.

Hasonlóképpen szerepelt már az 1990-es kormányprogramban is a járóbetegként elvégzett műtétek gyakorlatának elterjedése, valamint az a számszerű célkitűzés, miszerint „az aktív-krónikus kórházi ágyak arányát 73:27-ről 60:40-re változtatjuk (közvetett szabályozással)”. Ez utóbbi zárójeles rész arra utalt, hogy a kormányzat direkt módon nem akar kórházi ágyakat megszüntetni, hanem a kórházak finanszírozásának szabályait alakítja úgy, hogy a strukturális átalakításokat maguk az intézmények, illetve azoknak a fenntartói, azaz többségében az önkormányzatok hozzák meg. Az aktív fekvőbeteg-ellátás 1993. július elsejétől bevezetett teljesítmény alapú finanszírozásába beépítettek olyan elemeket, amelyek a kórházi ápolási idő



mérséklésében tettek érdekeltté az intézményeket. Az ösztönzés azonban nem bizonyult elég erőteljesnek ahhoz, hogy a sok konfliktussal járó kapacitáscsökkentési döntéseket kikényszerítse.

A közvetett szabályozás kudarca következtében az 1994-es kormányprogram már nyíltan meghirdette a kórházi kapacitások felülvizsgálatát, azt is kiemelve, hogy az átalakításra vonatkozó döntések meghozatalának megfelelő szintje az egészségügyi régió. A kormányprogram országos irányelvekből kiinduló regionális struktúraátalakítási stratégiák kialakítását tűzte ki célul. A megvalósításra kemény csaták árán a kormányzati ciklus második felére sor került.

A következő két kormányzati ciklusban ismét a struktúraváltás ösztönzésének a közvetett, azaz a finanszírozási és egyéb (pl. működési minimumfeltételek) szabályozási eszközei domináltak, szerény eredményekkel. Ezért az aktív ágyak számának közvetlen döntésekkel történő csökkentése az 2006-ban kezdődő kormányzati ciklusban ismét terítékre került. A kormányprogram így fogalmazott: „A fejlesztés regionális súlypontjainak meghatározásával és az infrastruktúra fejlesztésével 2008-ra magas színvonalú egészségügyi intézményrendszert alakítunk ki.” E cél elérése érdekében az egészségügyben erőteljes strukturális változtatásokat hajtottak végre, ami az aktív ágyak számának jelentős csökkentésével, a krónikus ágyak számának mérséklésével, a rehabilitációs ágyak számának számottevő emelkedésével járt együtt. Létrehozták a súlyponti kórházak rendszerét. Az Európai Unió támogatásainak felhasználására építve jelentős fejlesztések kezdődtek elsősorban a járóbeteg-szakellátás területén.

A strukturális változtatás célkitűzése a 2010-es kormányprogramban is markánsan megjelenik. A meghirdetett eszközök azonban sokban különböznek. Ebben a programban a központi koordináció kerül előtérbe, bár a közvetett eszközöket is megemlíti a kormányprogram, amely így fogalmaz:

- „Meg kell határozni a különböző földrajzi területek egészségügyi szükségletét, a szükségletekhez kapacitásokat kell rendelni, az ellátási kapacitásokhoz pedig elegendő forrást kell biztosítani.”
- „A gyógyítás minőségének és hatékonyságának megteremtéséhez egyértelműen meg kell határozni a különböző ellátási szinteket. Ez a rendezés teszi lehetővé, hogy az új kormány a várólisták hosszát legalább a felére csökkentse, javítsa az ellátás színvonalát és növelje a betegek elégedettségét.”
- „A Kormány stratégiai szerepet ad a járóbeteg szakellátás számára, mert ez lakossághoz közeli definitív ellátást biztosít, teret ad az egynapos beavatkozásoknak, valamint tehermentesíti a kórházi ellátást. Mindez a várólisták hosszának csökkentéséhez is hozzájárul.”
- „A finanszírozás javításával el kell érni, hogy a járóbeteg-ellátás működőképessége és fejlesztése biztosítva legyen. Újra kell gondolni a gondozói hálózat szerepét, néhány területen annak megerősítése is indokolt.”



- Fekvőbeteg-ellátásban összhangba kell hozni a szükségleteket a kapacitásokkal és a finanszírozással, valamint a beteg-utakat a hozzájuk tartozó beutalási (progresszivitási) szintekkel.”

Az alapellátás kiemelt fejlesztése az 1998-as és a 2002-es kormányprogramnak is prioritása volt. Az 1998-as kormányprogram így fogalmazott: A Kormány „folytatja az alapellátás fejlesztését, melyet stratégiai fontosságúnak tekint”. Erre rímelt a 2002-es kormányprogramnak a célkitűzése, amely szerint „erősödik az alapellátás szerepe: 3-400 új háziorvosi és gyermek háziorvosi körzet létrehozását támogatjuk, elsődlegesen az ellátatlan területeken”. A 2010-es kormányprogramnak szintén kinyilvánított célja, „hogy az alapellátás minőségi, emberközpontú és minden állampolgár számára hozzáférhető legyen”.

Az egészségügyi szerkezetváltásnak egy fontos elemévé vált a sürgősségi ellátás fejlesztése, amely az 1998-as kormányprogramban fogalmazódik meg először markánsan. A Kormány kinyilvánította, hogy „ösztönzi a sürgősségi osztályok kialakítását a megyei kórházakban és a nagyobb városi kórházakban” és „egységes országos sürgősségi betegellátó rendszert valósít meg”. Ezt a célkitűzést a következő kormányok is támogatták. A 2006. évi kormányprogram így fogalmaz: „Folytatjuk a sürgősségi betegellátás korszerűsítését, az Országos Mentőszolgálat fejlesztését.” A több kormányzati ciklust átfogó fejlesztések eredményképpen a sürgősségi ellátás terén valóban komoly előrehaladást lehetett elérni.

Végül meg kell még említenünk az egészségügyi reformok legtisztábban közgazdasági jellegű kérdését: ez az amortizáció fedezetének a hiánya. A probléma lényege az, hogy az egészségügyi intézmények finanszírozási díjtételeibe nem építették be az állóeszközök értékcsökkenésének megtérítését, azon az alapon, hogy az egészségbiztosítás csak az egészségügyi ellátás működési költségeit finanszírozza, az állóeszközök pótlása és fejlesztése az intézményt fenntartó önkormányzatok feladata. Ez a megközelítés azonban a szektor-semleges finanszírozásnak az alapvető akadályává vált, hiszen vállalkozások esetén az értékcsökkenésnek a gazdasági működés során meg kell térülnie. Az amortizáció fedezetének hiánya súlyos gond a költségvetési intézményként működő egészségügyi intézmények számára, mivel a nagy értékű berendezések folyamatos karbantartását és megújítását csak akkor lehet elvégezni, ha ennek fedezete rendszerszerűen megteremtődik. Az amortizációnak a beépülése az egészségbiztosítási finanszírozás díjtételeibe éppen ezt a célt szolgálta volna.

Szinte érthetetlen, hogy annak ellenére sem történt ezen a téren érdemi előbbre lépés, hogy ezt a követelményt 1994-től kezdve a kormányprogramok rendszeresen megfogalmazták. Szemléltetésül néhány idézet a kormányprogramokból:

- „Ki kell alakítani az egészségügy működési költségeire vonatkozó olyan finanszírozási rendet, amely amortizációs hányadot is tartalmaz.” (1994)
- „Az ellátásért a biztosítótól kapott összeg – hatékony működés esetén – fedezetet fog nyújtani a működési költségeken túl az épületek, műszerek karbantartására és pótlására.” (1998)



- „Az amortizáció fedezetét fokozatosan beépítjük a szolgáltatások finanszírozásába,” (2002)
- „Újra kell indítani az amortizáció elismerésének folyamatát.” (2010.)

A háziiorvosi, házi gyermekorvosi és a fogorvosi alapellátási vállalkozások részére 2001 végén bevezetésre került az ún. eszköztámogatás, amely az alapellátási szolgáltatás nyújtásához szükséges állóeszközök fejlesztéséhez, pótláshoz kívánt hozzájárulni. Sőt a saját rendelőkben működő vállalkozások még ún. ingatlantámogatást is kaphattak. Ez az amortizáció fedezetét pótolni hivatott támogatási forma azonban csak néhány évig működött, aztán beleolvadt a finanszírozás általános rendszerébe.

Az e fejezetben bemutatott magyar egészségügyi reformok kapcsán az az összefoglaló következtetés vonható le, hogy a reformok akkor voltak sikeresek, ha több kormányzati cikluson keresztül következetesen valósították meg őket. Értelemszerűen nem valósultak meg azok a reformok, amelyeket nem kísérte kormányokon átnyúló konszenzus, ezért az egyik kormány által végrehajtott reformintézkedéseket a másik kormány azonnal semlegesítette. Az is megállapítható, hogy a magyar egészségügyi modellválasztás néhány olyan belső ellentmondással terhes, amely ellentmondásokat 20 év alatt sem sikerült megszüntetni, és azok akadályozzák a magyar egészségügy hatékony működését, a legfontosabb egészségpolitikai célok (például a hálapénzrendszer megszüntetése) megvalósítását.



14. fejezet: Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásának rendszerei

14.1. Az egészségügyi finanszírozás lényege

Az egészségügyi finanszírozás lényege, hogy a harmadik fél fizet, azaz az egészségügyi szolgáltató által a biztosítottak nyújtott szolgáltatásért az egészségbiztosító fizet. Esetenként a biztosított is részhozzájáráshoz köteles. Ha egyszerűen kifizeti a biztosított helyett a szolgáltató által kiállított számlát, akkor tételes finanszírozásról beszélünk. A finanszírozás akkor válik bonyolultabbá, ha nem így történik, hanem a biztosító és a szolgáltató – általában jogszabály rendelkezése alapján – más finanszírozási technikában állapodik meg.

Az egészségbiztosító és az egészségügyi szolgáltató között tehát szerződéses kapcsolat áll fenn. A biztosított, aki a legtöbb országban szintén szerződéses kapcsolatban áll az egészségbiztosítóval, az ellátást a biztosítóval szerződésben álló szolgáltatótól veheti igénybe.

A finanszírozás történhet teljesítmény szerint, vagy intézményfinanszírozás formájában, illetve a két technika kombinálható is. A teljesítmény szerinti finanszírozás leggyakrabban alkalmazott módjai a következők:

- tételes elszámolás,
- eset alapú térítés,
- fejkvótás térítés,
- napidíj (degresszív számítással).

Intézményfinanszírozás azt jelenti, hogy az intézmény éves költségvetési támogatását határozza meg a finanszírozó. Ezt történhet az előző évi finanszírozás korrekciójával. Ekkor bázisszemléletű költségvetésről beszélünk. A másik lehetőség, hogy a tárgyévi tervezett teljesítmény figyelembevételével állapítják meg a költségvetést. Ennek legismertebb formája a „0-bázisú” költségvetés, amikor nincs elfogadott bázis, hanem minden egyes tétel mögé teljesítményt, feladatot kell rendelni.

14.2. A finanszírozási rendszer típusai

A finanszírozási rendszer egy másik tipológiája az input és az output rendszerű finanszírozást különbözteti meg. Input rendszerű finanszírozás esetén a finanszírozó (az egészségbiztosító, az állam) és a finanszírozott (az egészségügyi szolgáltató) arról állapodik meg, hogy a finanszírozási időszakban az egészségügyi szolgáltató mekkora erőforrásokat (inputokat) vehet igénybe az előre meghatározott feladatok elvégzésére. Ezzel szemben az output rendszerű finanszírozás esetén az egészségügyi szolgáltató az elvégzett teljesítmény alap-



ján részesül díjazásban a finanszírozótól. Természetesen ennek kereteit is megállapodásban rögzítik. Az input rendszerű finanszírozás lehet: kapacitásfinanszírozás vagy feladatfinanszírozás. Az output rendszerű finanszírozás szintén két altípusra bontható: a tételes finanszírozásra és a normatív finanszírozásra. Ezt foglalja össze a **14.1. számú táblázat**.

14.1. sz. táblázat

A finanszírozási rendszer típusai

Input rendszerű finanszírozás	Output rendszerű finanszírozás
kapacitásfinanszírozás	tételes finanszírozás
feladatfinanszírozás	normatív finanszírozás

Melyek e finanszírozási technikákat legfontosabb alkotó elemei?

Kapacitásfinanszírozás:

- A kapacitás lehet az ágyszám vagy az óraszám.
- A kapacitás alapján az elkölthető pénzmennyiség felső határát szabják meg éves költségvetés formájában.
- A tárgyévi költségvetés az előző évi költségvetés alapján kerül meghatározásra (báziszemlélet). A kiinduló pont az intézmény előző évi költségvetése. Ezt korrigálják az inflációval, az új beruházások hatásával, és a szolgáltatás mennyiségében tervezett változtatással.

Feladatfinanszírozás:

A fix előirányzat mértéke a konkrét feladathoz kötődik. Két formája a listás és a földrajzi alapú. A listás formában az egészségügyi szolgáltató annyi pénzt kap, amennyi páciens jelentkezett hozzá, azaz szerepel a listáján. A másik forma adott földrajzi területen élő népesség valamilyen típusú ellátását (pl. népegészségügyi programok, sürgősségi betegellátás). Ebben az esetben az ellátott földrajzi területen várhatóan felmerülő feladatok alapján részesül a szolgáltató díjazásban.



Az output finanszírozás (teljesítményelvű rendszer) lényegében utófinanszírozás, ahol a finanszírozás a nyújtott teljesítménytől függ. Az egészségügyben – komplex és nem homogén rendszerről lévén szó – rendkívül nehéz dolog a teljesítmény definiálása. Két megközelítés létezik. Az első a teljesítményt a tevékenységgel azonosítja, és a teljesítmény mérésére az elemi egységekre bontott és kategorizált tevékenységi listákat használja (tételes finanszírozás). A másik a tevékenység eredményéből indul ki (normatív finanszírozás).

14.3. A finanszírozás lehetséges technikái, formái, az egyes finanszírozási technikák előnyei és hátrányai

Fix finanszírozás: a kifizetések nem függenek az elvégzett tevékenység mennyiségétől vagy minőségétől, ilyen pl. az előzetesen meghatározott átalánydíj.

Változó finanszírozás: a járulékos bevétel megegyezik azzal az összeggel, amit a szolgáltató az extra teljesítményért kap.

A legtöbb finanszírozásban fellelhető fix és változó összetevő is. (Pl. az esetalapú finanszírozás az eset szintjén fix, nem függ pl. attól, az adott esethez hány kórházi nap vagy mennyi orvosi szolgáltatás kapcsolódik, a kórházak bevétele azonban változhat, nőhet akkor, ha több esetet látnak el.)

A retrospektív módszer alkalmazása esetén a szolgáltató számára utólag megtérítik a költségeket. (pl. a kórházak napidíj szerinti finanszírozása, vagy a korábbi időszak kiadásain alapuló, inflációval kiigazított költségvetés).

A prospektív fizetési rendszerben a szolgáltató számára a fizetés alapját képező rátákat előzetesen határozzák meg, a kifizetések nincsenek közvetlen kapcsolatban a szolgáltató tényleges költségeivel (például fejkvóta, esetalapú finanszírozás). A prospektív finanszírozás a retrospektív módozatokhoz képest nagyobb ösztönzést tartalmaz a hatékonyság javítására, ami azonban együtt járhat a szükséges ellátás (mennyiségi vagy minőségi) sérülésével.

Látható tehát, hogy optimális finanszírozási technika nem létezik, az egyes finanszírozási módok előnyeit és hátrányait a **14.2. számú táblázatban** foglaltuk össze:

14.2. sz. táblázat

Az egyes finanszírozási módok előnyei és hátrányai

Finanszírozási mód	Előny	Hátrány
--------------------	-------	---------



Tételes elszámolás	Arányos a végzett munkával, egyszerű	Túlkezelésre serkent
Esetalapú finanszírozás	(Mérsékelt) teljesítményarányos, megtakarításra ösztönöz	Bonyolult, drágább diagnosztika szerinti kezelésre ösztönöz
Fejkvóta	Egyszerű, takarékoságra ösztönöz, a prevenció irányába hat	Nem kívánt szelekció, a beteg kezelése nem érdeke az orvosnak
Költségvetés meghatározás	Egyszerű, biztos bevétel, takarékoságra is ösztönözhet	A szolgáltató nem érdekelt az ellátásban, a beteg kiszolgálásában

14.4. A kórházak finanszírozása, DRG típusú kórház-finanszírozás

Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásának legkomplexebb feladata a fekvőbeteg-ellátás finanszírozása. Ennek lehetséges formái a következők:

- intézményfinanszírozás,
- napidíj,
- esetalapú, normatív finanszírozás,
- ezek kombinációi.

Ezek közül részletesen az esetalapú, normatív finanszírozás egy konkrét formájával, a DRG típusú kórház-finanszírozással foglalkozunk részletesen. Egyrészt azért, mert ez a technika a világ számos országában elterjedt, és jelenleg – minden hiányossága ellenére – ez látszik az optimális kórház-finanszírozási technikának. Másrészt, azért, mert az aktív fekvőbeteg-ellátás hazai finanszírozása is erre épül. Ennek kapcsán fontosnak tartjuk, hogy a hallgató ne csak a magyar rendszer fő szabályait ismerje meg, mivel ez máról holnapra változhat, hanem a DRG rendszerének lényegével legyenek tisztában. Ismerkedjünk meg a DRG típusú kórház-finanszírozás fő jellemzőivel!

DRG=Diagnosis Related Groups, a kórházi beavatkozások diagnosztika szerinti csoportosítási rendszere. Az USA-ban dolgozták ki a 70-es években, eredetileg minőségellenőrzési és statisztikai célokkal. Felhasználható az átláthatóság növelésére, a hatékonyság növelésére, a kórházmenedzsment támogatására, az aktív kórházi ellátás finanszírozására. Jelenleg több mint 20 országban alkalmazzák különböző változatait (USA, Ausztrália, számos európai ország).



A DRG típusú finanszírozás lényege, hogy az ellátásokat (ápolási eseteket) megfelelő algoritmus szerint a költség és ráfordítás arányában csoportokra osztják és a betegségcsoportokra jellemző átlagos költséget fizeti a biztosító, függetlenül a konkrét eseti ráfordításoktól.

A DRG-típusú kórház-finanszírozási rendszer alapjai a következők:

- Az egyedi betegeknek nyújtott szolgáltatások összehasonlítható csoportokba szervezése, azaz a kórházak termékkategóriáinak (a DRG-knak) a kialakítása és a súly vagy ár meghatározása minden egyes csoport esetében.
- A termékek meghatározása betegosztályozási rendszeren keresztül történik, amely az esetek típusait az esetek kezeléséhez a kórházak által felhasznált erőforrásokkal kapcsolja össze.
- A csoportosításnak klinikai és gazdasági szempontból is értelmesnek kell lennie. Klinikailag az egy csoportba sorolható eseteknek megkülönböztető entitást kell alkotniuk, a diagnózis és az orvosi eljárások alapján. Gazdasági szempontból az egy DRG-n belüli kezeléseket homogén költségek jellemzik.

A rendszer meghatározó tényezője az egyes esetek besorolása a különböző betegségcsoportokba. A besorolás ún. elsődleges és másodlagos besorolási tényezők szerint történik.

Elsődleges besorolási tényezők:

- az ápolást indokoló fő diagnózis
- az a beavatkozás, amely egy megadott értéket meghalad (pl. legalább az ellátás összes költségének 10 %-t meghatározza) és elvégzésére csak kórházban, folyamatos felügyelet mellett kerülhet sor.

Másodlagos besorolási tényezők az olyan beavatkozások, amelyeknek az ápolást indokoló fő diagnózissal együtt való előfordulása egyértelműen jelzi, „igazolja” a preferálandó magas szintű ellátás elvégzését. Ezek az ellátások önálló csoportként jelennek meg.

A következő lépés az átlagköltség kalkulációja. A DRG rendszerek alkalmazásához költségadatokra van szükség, amelyeket vagy a kórházak egy csoportjától, mintájától, vagy az összes kórháztól nyerhetnek. A DRG súly vagy DRG átlagköltség kalkulációja az esetárakat a forrásfelhasználáshoz igazítja. Ha ez az adatminta alapján nem megfelelő, egy második kiigazítás is szükségessé válik az eltérő kórházi struktúrák (az ellátás szintje, oktatás, méret, specializáció) és/vagy a környezeti feltételek különbségei (pl. bérek, input árak) figyelembe vételére.

Külön technikát igényel az átlagtól lényegesen eltérő esetek finanszírozása. A DRG csoportok magukban hordozzák a szélső értékek finanszírozásának problémáját, amelyek forrásigénye magasabb (vagy alacsonyabb) az átlagnál. Ezek az esetek, amelyek hosszú és rövid tartózkodási időkre sorolhatók, torzíthatják az átlagos tartózkodási idő kalkulációját és ezzel együtt a DRG átlagos költségét.



A hosszabb tartózkodási idejű esetek részben a szolgáltatók nem hatékony tevékenységének tudhatók be, részben pedig annak, hogy bizonyos beteg- vagy kezelési jellemzőket nem megfelelően vettek figyelembe a DRG csoportok megállapításánál. A gyakori előfordulás kiküszöbölésére az extrém forrásigényű esetek finanszírozása általában elkülönítetten történik.



15. fejezet: A magyar egészségügyi finanszírozás alapvető jellemzői

15.1. A teljesítmény szerinti finanszírozási rendszer kialakulása Magyarországon

A rendszerváltásig intézményfinanszírozás érvényesült. 1993. július 1-én lépett életbe az új finanszírozási rendszer, amely teljesítmény szerinti finanszírozást vezetett be a háziorvosi ellátásban, a járóbeteg-szakellátás nagy részében, az aktív fekvőbeteg-ellátásban, a krónikus fekvőbeteg-ellátás nagy részében.

A későbbiekben a teljesítmény szerinti finanszírozást kiterjesztették a fogorvosi alap- és szakellátásra, a betegszállításra, az iskola-egészségügyi ellátásra, a védőnői szolgálatra, az otthoni szakápolásra, a gondozási (nemi beteg-, tüdő-, pszichiátriai, alkoholológiai stb.) tevékenységekre.

A finanszírozás részletszabályai folyamatosan módosultak, olykor szigorítottak, olykor a rugalmasságot próbálták növelni, de a rendszer lényege nem változott. A teljesítményfinanszírozás ellentmondásai miatt egyre inkább az indokolatlan kifizetések, és a visszaélések elleni intézkedések kerültek a középpontba. Egyre több speciális körülmény (pl. orvos, szakasszisztens képzettsége, orvosi kísérletek) került figyelembe vételre, külön szabályok beiktatásával. A teljesítmények felpörgetésének megakadályozása végett 2004-től szakellátásban bevezetésre került a teljesítményvolumen-korlát (TVK).

Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozását többszintű jogi szabályozás rögzíti, az alábbiak szerint:

- A finanszírozás alapvető szabályait az egészségbiztosítási törvény³³ tartalmazza.
- A finanszírozás eljárási szabályait, alapvető paramétereit kormányrendelet³⁴ rögzíti:
- A technikai paramétereket (pontszámok, súlyszámok) miniszteri rendelet³⁵ határozza meg.

A rendszer kialakításánál végig probléma volt a valós teljesítmények mérhetősége. Jobb kódolással könnyebb volt növelni a teljesítményt, mint valódi többlettel. (A jobb kódolás kezdetben a valós teljesítmények jobb kimutatását is jelentette.) A korlátos költségvetés és a mért teljesítmények gyors növelése közötti ellentmondás feloldására számos technikát (pl. lebegő pontérték, degresszió) kellett alkalmazni.

³³ A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény

³⁴ 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól

³⁵ 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről



15.2. A finanszírozási rendszer korszerűsítésének alapelvei és struktúrája

A finanszírozási reform előkészítése keretében az új rendszerrel kapcsolatosan a következő követelmények fogalmazódtak meg:

- A „pénz kövesse a beteget”: a szolgáltatók a betegellátásban való közreműködésük arányában jutnak erőforrásokhoz.
- Közgazdasági megalapozottság: a költségek korrekt számbavétele.
- Szakmai célokat követő érdekelttség:
 - megelőzésben való érdekelttség,
 - magasabb szakmai igényességű szolgáltatásokban való érdekelttség,
 - a hatékonyság növelésében való érdekelttség.

A finanszírozási rendszer struktúrájának sajátossága, hogy az egészségügyi ellátások különböző szintjein más-más típusú finanszírozási technikákat alkalmaz.

Az alap-ellátásban a bejelentkezett (ellátott) betegek száma után megállapított, az életkor alapján korrigált fejkvóta a finanszírozás központi eleme, amelyhez különböző szorzók és fix összegek járulnak.

A járóbeteg-szakellátásban: tételes elszámolás érvényesül, a tételekhez rendelt pontszámok és azok forintértéke alapján.

A gondozásban az intézményfinanszírozást és a tételes finanszírozás kombinálják-

Aktív fekvőbeteg-ellátásban: homogén betegcsoportok rendszere alapján esetfinanszírozás valósul meg.

Krónikus és rehabilitációs ellátásban: az ápolási napok száma és az ápolást végző osztály súlyszáma alapján jutnak az intézmények szolgáltatásaik ellenértékéhez.

A finanszírozás az Egészségbiztosítási Alapból történik. Az Alapnak gyógyító-megelőző ellátás finanszírozását szolgáló részét ún. kasszákra osztották. Az egészségügyi ellátás egyes alrendszerei képeznek egy-egy kasszát, amelyek egyes szakfeladatok szerint további kasszákra vannak felosztva. Ezt mutatja be a **15.1. számú táblázat**. A kasszák zártak, azaz adott kasszából csak adott típusú ellátást lehet finanszírozni.

15.1. sz. táblázat

A gyógyító-megelőző ellátás kasszái 2013. (milliárd forint)

Az ellátás megnevezése	Kassza összege
Háziorvosi, háziorvosi ügyeleti ellátás	86,9
Védőnői szolgálat, anya-, gyermek és ifjúságvédelem	19,8
Fogászati ellátás	23,3



Betegszállítás és orvosi rendelvényű halott-szállítás	6,0
Művese-kezelés	23,2
Otthoni szakápolás	4,3
Működési költségelőleg	1,0
Célelőirányzatok	44,9
Mentés	26,0
Laboratóriumi ellátás	21,1
Összevont szakellátás	630,4
Összesen:	887,0

Forrás: 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól, 5. számú melléklet

Az elmúlt években egyaránt megfigyelhető volt az újabb kasszák létrehozására való törekvés (például labor-, nagy értékű diagnosztika, művese-kezelés) és a kasszák közötti átjárhatóság feltételeinek megteremtése (pl. összevont szakellátási kassza).

15.3. Finanszírozási alapfogalmak

A finanszírozási rendszer megértéséhez elengedhetetlen néhány alapfogalom ismerete.

Alapdíj: a teljesítmény egy egységére eső forintérték. Két formája:

- Kihirdetett díj (jogszabályban, vagy közleményben)
- Az adott hónapban a szakfeladatra (a kasszában) rendelkezésre álló havi előirányzatnak és a jelentett teljesítménynek a hányadosa szerinti díj („lebegő pontértékes”rendszer).

Teljesítménydíj: az alapdíj és a teljesítmény szorzata.

Fixdíj: a jogszabályban meghatározott összegű havi díjazás.

Területi ellátási kötelezettség: az önkormányzat kötelező feladatát képező egészségügyi alapellátás körébe tartozó egészségügyi szolgáltatásnak az a része, amelyről az önkormányzat, illetve saját intézménye vagy más szolgáltató útján biztosít.

Homogén betegcsoport: az azonos teljesítményértékű kórházi esetek orvosi szempontból is összetartozó csoportja.

Szakmai homogenitás: a csoport orvosi szempontból pontosan meghatározható, összetartozó eseteket jelent.



Gazdasági homogenitás: az egyes csoportokhoz tartozó eseteknél a teljesítmény (szakmai igényesség, költség) nem túl nagy szórással azonos értékű.

Súlyszám: a csoport teljesítményértékének jelzőszáma.

Alsó határnap: az a kórházban töltött idő, amely után a teljes teljesítmény elszámolható

Felsőhatárnap: a szakmai szempontból még elfogadható kórházi tartózkodás maximuma

Szolgáltatásvolumen: önálló elszámolási tételként elszámolható, külön jogszabályban meghatározott szolgáltatási egységek mennyisége

Teljesítményvolumen: önálló elszámolási tételként elszámolható, külön jogszabályban meghatározott szolgáltatási egységek teljesítményértékeinek mennyisége

15.4. Az alapellátás finanszírozásának fő vonásai

A háziorvosi ellátás finanszírozásának legfontosabb elemei:

- Fix (a körzet létszáma szerint változó) összeg a területi ellátási kötelezettségért
- Kiegészítő összegek, illetve szorzók a rendelő jellege, a település típusa, lakosság száma, az egyéni, vagy praxisközösség szerint)
- Fejkvóta („kártyapénz”) a háziorvoshoz bejelentkezett betegek száma alapján, a fejkvóta szorzója az életkortól függ. (Ma már érvényességi időhöz és prevenció vizsgálatokhoz kötött.)

A pontértékeket és a szakképzési szorzókat a **15.2. számú, illetve a 15.3. számú táblázatokban** foglaltuk össze.

15.2. sz. táblázat

A háziorvosi ellátás korcsoportos pontszámai

korcsoport	pontszám
0-4 év	4,5
5-14 év	2,5
15-34	1,0
35-60	1,5
60 év felett	2,5

15.3. sz. táblázat

A háziorvosi ellátás szakképzési szorzói



Szakképzettség gyakorlat	Szakképzési szorzó
Alapvizsgával nem rendelkezik	1,0
Alapvizsgával nem rendelkezik, de 25 év körzeti gyakorlata van	1,2
Alapvizsgával rendelkezik	1,3

A **védőnői ellátás** finanszírozásának legfontosabb elemei:

- Iskola-egészségügyi feladatokra fix összeg gyermekenként.
- Körzeti feladatokra életkortól függő fejkvóta a gyermekek és a várandós anyák száma alapján.
- Kiegészítő összeg a település típusa alapján.

A **fogászati alap és szakellátásban** egyaránt havi alapdíjból és teljesítménydíjből tevődik össze a finanszírozás, és ezt egészíti ki az ügyeleti díj. Az alapdíj különbözik aszerint, hogy az alapellátást nyújtó szolgáltatónak van-e területi ellátási kötelezettsége. Ha van, akkor a szolgáltató havi alapdíját a következőképpen kell kiszámítani: a lakosok számát életkori csoportként meg kell szorozni egy ún. korcsoportos pontszámmal (lásd a **15.4. számú táblázatot**), ezt összegezni kell, majd az így kapott pontösszeget kell megszorozni a jogszabályban kihirdetett pontértékkel.

A területi ellátási kötelezettség nélkül működő fogászati alapellátást nyújtó szolgáltató és a fogászati szakellátást nyújtó szolgáltató szolgálatonként, illetve szakrendelésenként, heti 30 órás rendelési idő esetén 1900 pontnak megfelelő összegű havi alapdíjra jogosult. A fogszabályozási és gyermekfogászati szakrendelés esetén 2300 korcsoportos pont alapján kell a havi alapdíjat meghatározni.

15.4. sz. táblázat

A fogászati ellátás finanszírozásában alkalmazott korcsoportos szorzók

Korcsoport	Szorzó
Gyermekszolgálat 0-18 év	4,6



Vegyes szolgálat	
0-18 év	3,0
19-60 év	1,0
60 év felett	2,4
Felnőtt szolgálat	
19-60	1,0
60 év felett	2,4

15.5. A járóbeteg-szakellátás finanszírozásának fő vonásai

A járóbeteg-szakellátásban (beleértve a labordiagnosztikát, CT- és MRI-vizsgálatokat) tételes elszámolást alkalmaznak. Minden egyes orvosi eljárásnak van egy finanszírozási pontértéke. A szolgáltatók az általuk az adott hónapban nyújtott járóbeteg-szakellátási vizsgálatok, eljárások pontértéke és egy pont – előre meghatározott és kihirdetett – forintértéke szorzatának megfelelő havi finanszírozásban részesülnek.

15.6. A fekvőbeteg-ellátás finanszírozásának fő vonásai

Az aktív fekvőbeteg-ellátás finanszírozásának legfontosabb elemei:

- Esetfinanszírozás: egy betegnek a fekvőbeteg-intézményben (intézményekben) történő egyszeri ellátása minősül egy esetnek
- A beteg diagnózisa alapján a neki nyújtott ellátást be kell sorolni egy homogén betegségszámhoz (HBCS). Az alsó és felső határnap közötti ellátásért (a tényleges ráfordításoktól függetlenül) az intézmény a besorolás szerinti HBCS-hez tartozó súlyszámot számolhatja el.
- Az alsó határnap alatti ellátás esetén csökkentett súlyszám, a felső határnapnál hosszabb ellátás esetén napi kiegészítés számolható el.

A krónikus fekvőbeteg-ellátás finanszírozásának legfontosabb elemei:

- Betegenként az ápolási napok számát meg kell szorozni az ápolást (rehabilitációt) végző osztály súlyszámával
- Az osztály súlyszáma az ápolási igénytől, a nyújtott rehabilitációs szolgáltatásoktól és az ápolás átlagos költségétől (pl. gyógyszerigény) függ. A szorzókat a **15.4. számú táblázatban** mutatjuk be.



15.4. sz. táblázat

Krónikus ellátások szorzói

Megnevezés	szorzó
Ápolási tevékenység	1,0
Krónikus ellátás	1,2
Rehabilitációs ellátás	
Ebből: A minősítésű	1,8
B minősítésű	1,4
C minősítésű	1,2
Központi idegrendszeri sérültek és tartós légzésbénultak rehabilitációs ellátása.	3,8
Pályázati úton befogadott hospice ellátás	1,7

15.7. Teljesítményvolumen-korlát, illetve keret (TVK)

A 2004-től bevezetett teljesítményvolumen-korlát, illetve jelenlegi elnevezése szerint teljesítményvolumen-keret alkalmazásának célja az volt, hogy az egészségügyi intézmények finanszírozásának, illetve ennek révén a betegellátásuk teljesítményének felső korlátot szabjanak. A TVK lényege az egyes szolgáltatók által finanszírozási korlátozás nélkül végezhető teljesítmény előzetes meghatározása. A korlátozás alapja a bázis időszak teljesítmény, amely egyes jogszabályban meghatározott tényezőkkel (pl. új kapacitások befogadása, szüneteltetés) korrigálandó.

Az intézmények számára járóbeteg-szakellátásban pontszámban, az aktív fekvőbeteg-szakellátásban súlyszámban éves felső korlátot állítottak fel, melynek intézményi felhasználására havi bontásban került sor. Kezdetben a korlát feletti teljesítményt csökkentett díjakon számolták el. 2006-tól egyáltalán nem fizetett az egészségbiztosító a korlát feletti teljesítmények után. 2009-ben néhány hónapon keresztül egy előre meghatározott alapidíjjal finanszírozták a TVK 70 százalékáig a teljesítményeket, míg a teljesítmény fennmaradó része havonta változó térítési díjjal került finanszírozásra. Jelenleg a járóbeteg-szakellátásban a TVK feletti teljesítmény 8 százalékáig a pontszám 20 százalékát, az aktív fekvőbeteg-ellátásban a TVK feletti teljesítmény 4 százalékáig a súlyszám 25 százalékát fizeti az egészségbiztosító. Az e feletti teljesítmény után nem jár díjazás. Vannak olyan ellátások és beavatkozások, amelyekre nem terjed ki a teljesítményfinanszírozás.





16. fejezet: Az egészségügyi szolgáltatások néhány üzemgazdasági kérdése

16.1. Az állandó és a változó költségek sajátosságai az egészségügyi ellátásban

Mint azt korábban „A gazdasági és pénzügyi alapismeretek” tárgy keretében tanulták a költségek feloszthatók állandó (fix) és változó költségekre. Az állandónak nevezzük azokat a költségeket, amelyek a teljesítmény mennyiségének a változásával, a teljesítmény változásának bizonyos határai között nem változnak. Ilyenek például az épületek fenntartási költségei, az irodák bérleti díja, eszközök lízing díja. Ezzel szemben a változó költségek azok a költségek, amelyek a teljesítmény mennyiségének változásával párhuzamosan változnak. Ilyenek a közvetlen anyagköltségek (az egészségügyben a gyógyszer, a kötszer), a termeléshez szükséges gépek energiaköltsége, az étkezés költségei.

Az állandó költségeknek azonban van egy mélyebb közgazdasági értelme is, nevezetesen az, hogy az állandó költségek tulajdonképpen egy adott mértékű kapacitás (működőképessége) fenntartásának a költségei. Például, ha van valakinek egy 16 személyes kisbusza, akkor e busz fenntartásának a költségei, akkor is megjelennek, ha senkit sem szállít, de akkor is, ha 8 vagy 16 embert szállít. A költsége tehát állandó.

Az egészségügyben a kapacitás fenntartási költségeknek különös jelentősége van. Két szempontból is. Először azért, mert a kapacitás fenntartásához számos jogszabályban előírt, ún. minimumfeltétel kapcsolódik. Következésképpen minden olyan költség, amely e minimumfeltételek teljesítéséhez szükséges fix költségnek tekinthető. Másodszor azért, mert a kapacitások egy részének fenntartása jogszabályi kötelezettség. E kötelezettség egy része a területi ellátási kötelezettségből fakad, és hosszabb távon – bonyolult eljárások után – hozzáigazítható a terület lakossága tényleges egészségügyi szükségleteihez. A kötelezettség másik oka kifejezetten szakmai jellegű, hiszen bizonyos sürgősségi és biztonsági (például fertőző beteg osztályok) kapacitásokat akkor is üzemképesen fenn kell tartani, ha a kapacitások létrehozását indokoló veszélyhelyzet éppen nem következett be.

A fentiekből következően az egészségügyben a fix költségek aránya rendkívül magas, mivel olyan költségek, mint a bérköltség, amelynek jelentős része egy termelőüzemben változó költség, az egészségügyben lényegében fix költségnek számít. (A működési engedélyben előírt létszám erejéig mindenképpen.)

A fixköltségek akkor is jelentkeznek, ha semmit sem termelünk, ilyenkor a teljes fixköltség veszteségként jelentkezik. A termelés növelésével azonban a fix költségek egyre nagyobb termékvolumenen oszlanak el, azaz egy termékre egyre kevesebb fixköltség jut. Célszerű tehát feltenni azt a kérdést, hogy mekkora termelési mennyiségre van szükség ahhoz, hogy az árbevétel fedezze a változó költségek mellett a fixköltségeket is. A fedezet összegének, há-



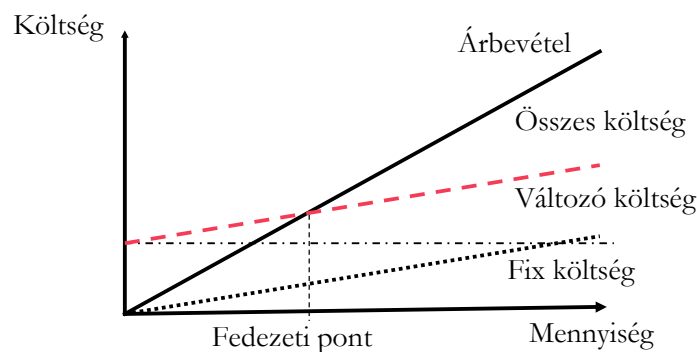
nyadának megállapítását, az ezt befolyásoló tényezők hatásainak számszerűsítését fedezet-elemzésnek nevezzük³⁶. Ismerkedjünk meg a fedzetelemzés alapvető kategóriáival!

- Fedezeti összeg = árbevétel – változó költség
- Fedezeti hányad = fedezeti összeg / árbevétel
- Fedezeti pont: az a termékvolumen, ami mellett a vállalat eredménye zéró

A fedezeti pont grafikusan is meghatározható. Ezt szemlélteti az **16.1. számú ábra**.

16.1 sz. ábra

A fedezeti pont grafikus meghatározása



Az ábrán a fixköltség-függvény és a változó költségek függvényének összegzésével meghatároztuk az összes költség függvényét. Ahol ez a függvény metszi az árbevétel-függvényt ott a nyereség éppen nulla. A metszésponthoz tartozó termékmennyiségnél lesz tehát a fedezeti pont.

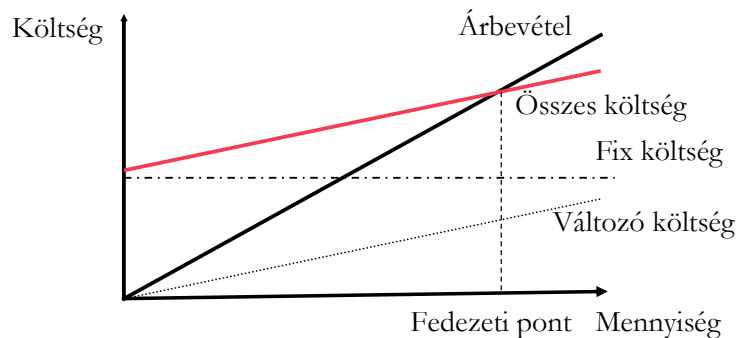
Hogyan változik a fedezeti pont, ha a fixköltségek növekszenek. Ezt mutatja be a **16.2. számú ábra**.

16.2. sz. ábra

³⁶ A „Gazdasági és pénzügyi alapismeretek” tárgy keretében tanulták a fedzetelemzést. Emlékeztetésként a legfontosabb összefüggéseket megismétlem.



Fedezeti pont a fix költségek magas aránya esetén



A két ábra összehasonlításából látszik, hogy a fedezeti pont rendkívüli mértékben kitolódott, azaz a magas fix költségekkel rendelkező szervezetnek jelentős volumenű teljesítményt kell produkálnia ahhoz, hogy árbevétele fedezze a költségeit.

A fedezeti pont másik meghatározója a fedezeti összeg, vagyis az a különbség, amely az árbevétel és a változó költségek összege között mutatkozik. Minél kisebb egy termékre vetítve az ár és a változó költség különbsége, annál nagyobb teljesítményre van szükség ahhoz, hogy a fedezeti összeg fedezze az állandó költségeket. Következésképpen, ha az egészségbiztosító takarékosági megfontolásokból csökkenti a relatív árat (például az árat kevésbé emeli, mint ahogy a változó költségek nőnek), akkor ezzel a szolgáltatót teljesítménye növelésére ösztönzi, amely – megfelelő korlátozások nélkül – az egészségbiztosító kiadásainak növekedéséhez vezet. Az ellentétes irányú érdekeltség oda vezet, hogy mind az egészségbiztosító, mind a szolgáltató pénzügyi egyensúlya megrendül. (Természetesen a díjtételek csökkentése ösztönöz a változó költségek mérséklésére is, ennek azonban komoly szakmai korlátjai vannak: a szükséges gyógyszert, kötszert, élelmet a betegnek meg kell kapnia.)

Ez következett be a magyar egészségügyi finanszírozásban is. A szolgáltatók a teljesítményük pörgetésében voltak érdekeltek, az egészségbiztosító pedig a díjtételek relatív csökkentésében. Következésképpen mind a szolgáltatók, mind az Egészségbiztosítási Alap állandó pénzügyi egyensúlytalansággal küzdött.

A leírtakból következik, hogy az egészségügyi szolgáltató finanszírozásánál figyelembe kellene venni az egészségügyi intézmények sajátos költségszerkezetét, és a kapacitások fenntartását külön is meg kellene finanszírozni. Áttételesen és torz módon a magyar egészségügyi finanszírozásban is ez történt, hiszen a teljesítményvolumen-korlát nem más, mint egy kapaci-



tási elem – sajnálatos módon egy kapacitáskorlát – beépítése az egyébként a teljesítmény növelését ösztönző rendszerbe.

A fixköltségek egy részének közvetlen finanszírozása egyúttal azt is jelentené, hogy egyes ellátásokat, illetve azok növelését az egészségbiztosító határköltségen finanszírozhatná. Világítsuk meg ezt az összefüggést egy példával.

Tekintsünk egy műtöt, amelynek egy műszakban heti 20 műtét a kapacitása. A kórház állandó alkalmazásában egy műtési team áll, amely heti 10 műtétet tud elvégezni. Ha a kórház heti 8 műtétet végez, akkor egy esetleges 9. és 10. műtét elvégzésének a határköltsége megegyezik a műtét változó költségeivel (gyógyszer, vér, világítás, gépek működtetése, kötszer stb.). Abban az esetben viszont, ha egy 11. műtét elvégzése válik szükségessé, akkor ez már egy új műtési team alkalmazását igényelné. Ennek a határköltsége tehát megegyezik egy újabb műtési team alkalmazásának a költségeivel és egy műtét változó költségeivel. A 12. műtét határköltsége ismét megegyezik az egy műtét változó költségeivel. A 21. műtéthez a műtöt már két műszakban kellene üzemeltetni, a 21. műtét határköltsége tehát megegyezik a műtő kétműszakos üzemeltetésének költségeivel + a harmadik műtési team alkalmazásának a költségeivel + egy műtét változó költségeivel. Ha folytatjuk a példát, akkor feltételezhetjük, hogy a 41. műtét határköltségei között megjelennek a három-műszakos üzemeltetés költségei, a 81.-nél pedig az új műtő létesítésének a költségei. A határköltségek lépcsőzetes változása jól mutatja, hogy kihasználatlan kapacitások esetén viszonylag kis ráfordítással újabb betegeket vonhatunk be a terápiába.

Az átlagköltség és a határköltség megkülönböztetésének gyakorlati jelentősége lehetne az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásában, nevezetesen a díjtételek megállapításánál is. A főszabály az, hogy az egészségügyi szolgáltatásokra olyan díjtételt kell megállapítani, hogy az a szolgáltató teljes költségének megtérülésére fedezetet nyújtson. Ezért a díjnak (a szolgáltatás árának) alapesetben a szolgáltatás átlagköltségéhez kell igazodnia. A költségek megtérülése azonban nem független a vásárolt szolgáltatások mennyiségétől. A változó költségek a mennyiséggel arányos növekednek, a fix költségek azonban – adott tartományon belül – nem változnak. Következésképpen e tartományon belül minél nagyobb a megvásárolt szolgáltatás volumene, annál kevesebb fix költség jut a szolgáltatás egy egységére. Ebből az következik, hogy az egészségbiztosító és a szolgáltató között nemcsak fix díjtételekkel történhet a finanszírozás, hanem megvan a közgazdasági alapja a vásárolt mennyiségtől függő díjmegállapításnak is. Közgazdaságilag ésszerű lehet az a megoldás, hogy egy volumen felett a biztosító degresszív finanszírozást (csökkenő díjtételeket alkalmaz), de az is szóba jöhet, hogy a fix költségeket közvetlenül megtéríti és akkor a díjtételeknek már csak a változó költségeket kell fedezniük. A szükséges kapacitások fixköltségeinek megfinanszírozását követően a biztosító dönthetne úgy, hogy pótlólagos megrendelést annak a szolgáltatónak ad, amely azt a legolcsóbban tudja kínálni, vagyis amelyiknek a határköltsége a legalacsonyabb. Természetesen ennek feltétele az, hogy mind a szolgáltató, mind az egészségbiztosító tisztában legyen az egészségügyi szolgáltató, illetve az egyes szolgáltatások valós költségeivel és költségszerkezetével.



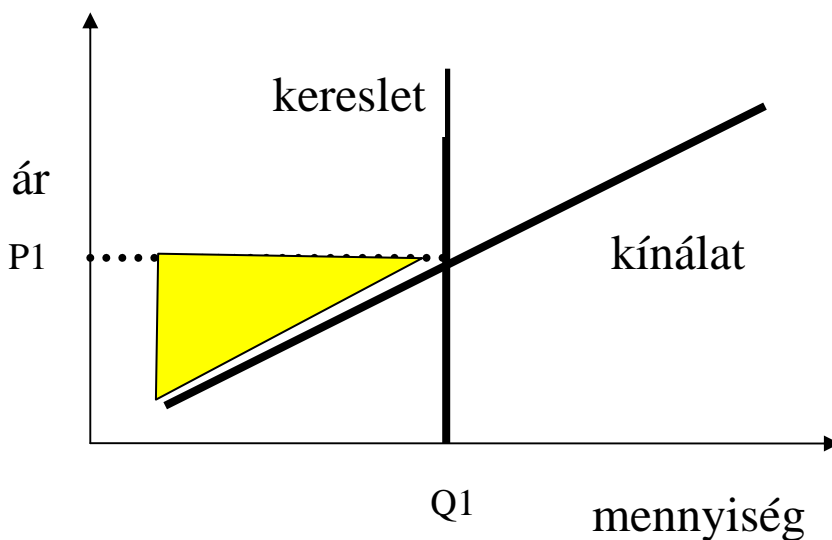
16.2. Az egészségügyi struktúra fenntartásának költségei

Az előző alfejezetben leírtak azt is megvilágítják, hogy az egészségügyi ellátás finanszírozása igen jelentős részben kapacitások fenntartásának finanszírozását jelenti. Ha e kapacitásokat az egészségbiztosító nem közvetlenül finanszírozza meg, akkor a díjtételeken keresztül kell finanszíroznia, azaz a díjtételeket úgy kell megállapítania, hogy a díjtételek alapján kalkulált fedezeti összeg fedezze a szükséges kapacitások fenntartásának költségeit. Ebből elég egyértelműen következik, hogy az egészségügyi szolgáltatások területén komoly megtakarítás az egészségügyi struktúra megfelelő átalakításában rejlik. Ez egyfelől jelentheti a túlfejlesztett vagy a technológiai fejlődés, illetve a jobb kapacitáskihasználás következtében feleslegessé váló kapacitások leépítését. Másfelől pedig a drágábban fenntartható kapacitások olcsóbbakra cserélését. Például bizonyos kapacitások méretgazdaságos központosítását vagy éppen decentralizálását, kórházi kapacitások kiváltását járóbeteg-szakellátási kapacitásokkal.

A következő kérdés, hogy milyen díjtételekkel történjen a finanszírozás. Ennek megválaszolásához készítettünk el a **16.3. számú ábrát**.

16.3. sz. ábra

Egyensúlyi ár (díjtétel) az egészségügyi finanszírozásban



A szolgáltatók kínálata klasszikus kínálati függvényt követ, azaz az ár emelkedésével párhuzamosan nő a kínálat. Ezzel szemben a keresletet és az árat az egészségbiztosító határozza meg. A keresletet ezért egy függőleges vonallal jelöltük. Ha a biztosító az árat egyensúlyi árként határozza meg, akkor az árnak fedezet kell nyújtania a keresett mennyiség előállításá-



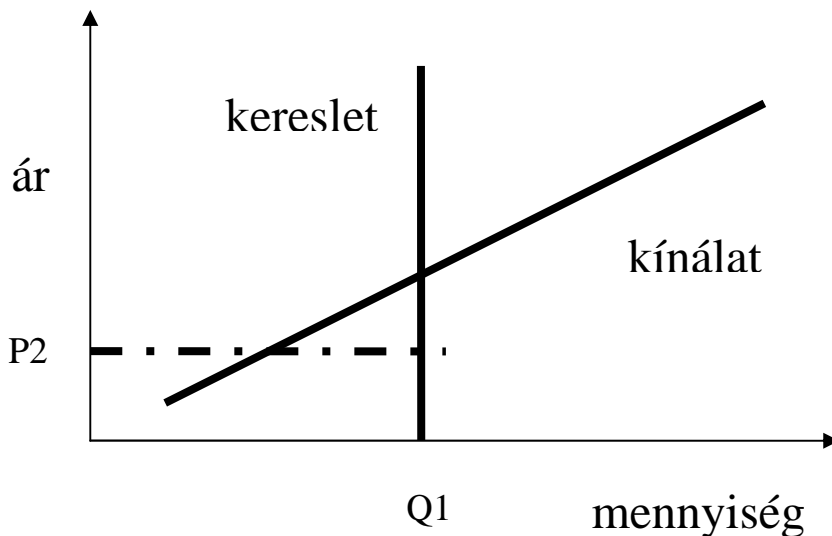
hoz szükséges legnagyobb költségre is. Ebben az esetben az összes szolgáltató, akitől az egészségbiztosító vásárol bevételi többletet (nyereséget fog elérni.).

Ez az összefüggés rámutat arra, hogy az egészségügyben akkor is van lehetőség befektetésre, ha a díjtételek nyereséget közvetlenül nem tartalmaznak, mivel az legdrágább még befogadott szolgáltatónál hatékonyabb szolgáltató nyereséget realizálhat. Ezt mutatja az ábrán a háromszög.

A **16.4. számú ábra** azt az esetet szemlélteti, hogy az egészségbiztosító az egyensúlyi árnál alacsonyabb árat állapít meg. Ebben az esetben lesznek olyan szolgáltatók, amelyek az adott áron csak veszteséggel tudják a szolgáltatást nyújtani. Ezeket tehát valamilyen módon a veszteségért kompenzálni kell. Ebben az esetben a hatékonyabb szolgáltató nyeresége is csökken, és egy határérték alatt már nem éri meg nekik az egészségügybe befektetni.

16.4. sz. ábra

Egyensúlyi ár (díjtétel) alatti ár az egészségügyi finanszírozásban



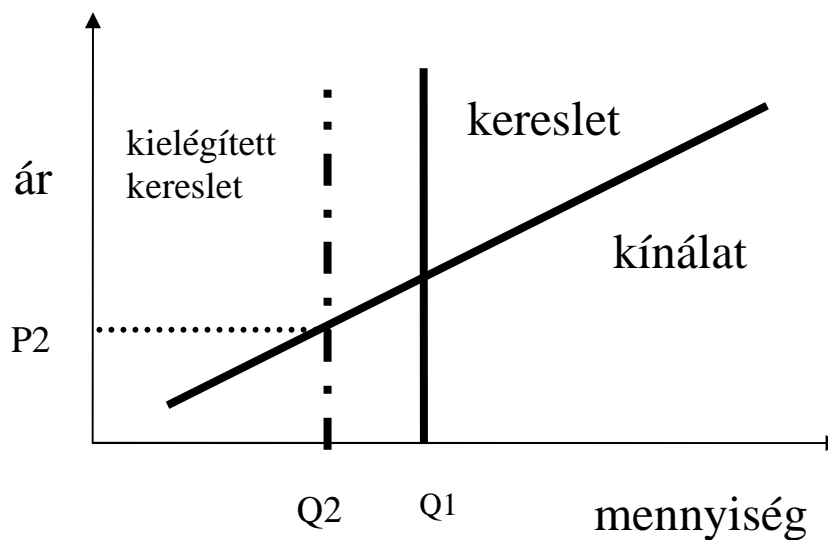
Ha az egészségbiztosító vagy más állami (önkormányzati) szerv a veszteséget nem akarja vagy nem tudja kompenzálni, akkor az egészségbiztosító által vásárolt szolgáltatások mennyiségét kell csökkenteni, illetve az csökkenni fog, mivel a veszteséges szolgáltatók által kínált mennyiség előbb-utóbb kiesik az összkínálatból.) Ezt szemlélteti a **16.5. számú ábra**. A kereslet azonban nem csökken le, hanem a kínálat mérséklődése miatt csak alacsonyabb szinten elégül ki, azaz az ellátásban hiány keletkezik, nő a várólisták hossza. Ha az egészségbiztosító



mégis a kínálat növelésére kényszerül, akkor vagy magasabb díjtételeket kell megállapítania vagy egyre több szolgáltatónak kell a veszteségeit kompenzálnia.

16.5. sz. ábra

Az egyensúly hiány a kínálati mérséklődése miatt



A fent említett összefüggések a közgazdaságtan alapjaihoz tartoznak. Ugyanakkor rávilágítanak arra, hogy az egészségügyben sem lehet eltekinteni a közgazdasági összefüggésektől. A monopolhelyzetben lévő és jogszabályokkal védett egészségbiztosítónak is figyelembe kell vennie a kereslet-kínálat törvényeit, máskülönben az egészségügyi szolgáltatók egy része súlyos pénzügyi helyzetbe kerül, az ellátásban pedig komoly hiányok alakulnak ki.



17. fejezet: A gazdasági értékelés elméleti háttere az egészségügyben

A közgazdaságtan egészségügyi alkalmazásának legközvetlenebb esete az, amikor az egészségügyben is gazdasági értékeléseket³⁷ végeznek, azaz a különböző döntési alternatívák közül próbálják kiválasztani az optimálisat. Ez azonban az egészségügyben egyáltalán nem könnyű feladat, mivel már arra a kérdésre sem tudunk választ adni, hogy mi az optimális. Mint azt már korábban is kifejtettük, a fő gond az, hogy – szemben a közgazdaságtan piaci alkalmazásaival – az egészségügyben a nyereségesség nem elfogadott mércéje az eredményességnek. A nyereség helyett alkalmazott egészségnyereség pedig egyrészt nehezen kiszámítható, másrészt csak sok fenntartással nevezhető az eredményesség fokmérőjének az egészségügyben. Sok elvi és gyakorlati nehézség mutatkozik a költségek számbavételénél is. Problémát jelent, hogy az erőforrás felhasználások egy részét általában figyelmen kívül hagyják, a figyelembe vett erőforrások jelentős részének pedig nincs piaci ára, következésképpen a mesterséges árakból, hatósági díjakból kalkulált költségek is torzítanak. Ezért az egészségügyben a gazdasági értékelés csak ritkán végződik azzal az eredménnyel, hogy az erőforrások alternatív felhasználása pénzben kifejezett költségeit és hasznait vetik egybe. Gyakran meg kell elégedni ennek egyszerűbb összehasonlításokkal. Ennek módszereit a 18. fejezetben mutatjuk majd be.

Ezt a fejezetet azoknak az elméleti jellegű problémáknak szenteljük, amelyek a gazdasági értékelések egészségügyi alkalmazása esetén a gyakorlatban felmerülnek. E kérdések elvi tisztázása tehát a helyes gyakorlat kialakítását segíti. Az gazdasági értékelések egészségügyi alkalmazásának egységesítése érdekében az egészségügyi kormányzat számos országban, így Magyarországon is jogszabályokat, irányelveket jelentetett meg. Ezek természetesen nem a tudományos kutatást korlátozzák, hanem csak azokra az esetekre szolgálnak iránymutatásul, amikor a gazdasági értékelés valamilyen kormányzati cselekményhez, például egy gyógyszer egészségbiztosítási támogatásának megállapításához, vagy egy új műtéti eljárás egészségbiztosítási befogadásához kapcsolódik. Az egészségügyi gazdasági értékelések jogi, intézményi hátterét a 19. fejezetben mutatjuk be.

17.1. A gazdasági értékelés célja az egészségügyben

Gazdasági értékelés lényege: az inputok (költségek) és az outputok egybevetése, ennek alapján az alternatívák összehasonlítása. Ugyanígy az egészség-gazdaságtani értékelések is arra törekcsenek, hogy a különböző egészségügyi technológiák, illetve gyógyszerek al-

³⁷ A kérdéskör elméleti kiforratlanságát jelzi, hogy ezekre az értékelésekre nincs egységes terminológia, beszélnek egészségügyi gazdasági értékelésről, egészség-gazdaságtani értékelésről és egészséggazdasági értékelésről és egészségügyi technológiai értékelésről is.



kalmazásának költségeit és hasznait egybevessék. Itt azonban a kiindulópont a klinikai eredményesség, azaz annak egyértelmű megállapítása, hogy a vizsgált egészségügyi technológia, gyógyszer hatásos, azaz alkalmazásának eredményeként javulás érhető el az érintett betegek egészségi állapotában. Ennek tudományos bizonyítása összetett feladat, amellyel azonban az orvostudomány a „bizonyítékokon alapuló orvoslásra” törekvéssel összhangban igen intenzíven foglalkozik. A tudományos bizonyítékok alapján ún. klinikai irányelveket határoznak meg, amelyek leírják, hogy az adott (új) technológiát milyen klinikai standardok, előírások szerint kell végezni. A klinikai irányelvek azonban nem foglalkoznak azzal a kérdéssel, hogy a gyógyítás terén elért eredményeket mekkora erőforrás-ráfordítással lehet elérni. Így értelemszerűen nem teszik fel azt a kérdést sem, hogy ha ugyanekkora erőforrást más beavatkozásokra használtak volna fel, akkor nem lehetett volna-e még jobb eredményeket elérni a betegségek megelőzésében, gyógyításában. E kérdés megválaszolása ugyanis az egészségügyi gazdaságtan feladata. Természetesen ennek a tudományágnak is minél egzaktabb válaszokat kellene tudni adnia erre a kérdésre. A klinikai irányelvek mintájára születtek meg az ún. egészség-gazdaságtani irányelvek, amelyek az egészségügyi technológiák gazdasági értékelésének a legfontosabb fogalmait rögzítik, és feltételeit, követelményeit foglalják rendszerbe. Az egészség-gazdaságtani irányelveket azonban többnyire nem tudományos céllal dolgozták ki. „Az egészség-gazdaságtani irányelvek a finanszírozó, szolgáltató, fogyasztó közötti nagyon speciális viszony miatt jöttek létre. Az irányelvek célja a költségek kontrollja, amely cél azonban nem feltétlenül konzisztens a gazdasági hatékonyság céljával. Az irányelvek szerepe azonban korlátozott, nem csak azért, mert az egészségügyi költségeknek csak viszonylag kis hányadával foglalkozik, hanem azért is, mert elsődlegesen metodikai és nem gyakorlati irányultságú.”³⁸ Ezzel szemben jegyzetünk gyakorlati irányultságú, ezért a továbbiakban a gazdasági értékelés gyakorlatban felmerülő jelentősebb kérdéseit vesszük majd sorra.

Az első kérdés mindjárt az, hogy mikor célszerű gazdasági értékelést végezni az egészségügyben? Az elméleti válasz viszonylag egyszerű: minden olyan esetben, amikor a szűkös erőforrásoknak alternatív felhasználási lehetőségei vannak. A gyakorlatban természetesen figyelembe kell venni magának az elemzésnek az erőforrásigényét is, azaz csak akkor célszerű az értékelést elvégezni, ha a várható haszna meghaladja a költségeit. Nyilvánvaló tehát, hogy a számottevő erőforrás felett hozott egészségügyi döntéseket célszerű gazdasági értékelésekkel is megalapozni. Ilyenek az egészségügyi struktúra átalakítására, a jelentős nagyságrendű beruházásokra, népegészségügyi programok indítására, az új és drága technológiák³⁹ finanszírozására, az innovatív gyógyszerek egészségbiztosítási tá-

³⁸ Gulácsi (2012.) 215-216. oldal

³⁹ Egészségügyi technológia kifejezést nagyon tág értelemben használjuk, idetartozónak tekintjük a terápiákat, orvosi beavatkozásokat (pl. új műtéti eljárásokat), diagnosztikákat, szűréseket, a betegségek megelőzését szolgáló intézkedéseket egyaránt.



mogatására hozott döntések. További szelekciós szempont lehet, hogy a gazdasági értékelésekhez szükséges megbízható adatok rendelkezésre állnak-e, vagy azok reális költségek mellett összegyűjthetők.

Az egészség-gazdaságtani értékelés célja tehát az, hogy az erőforrások egészségügyi célú alternatív felhasználási módjai közül kiválassza a legkedvezőbbet az eredményesség, a hatékonyság, a költséghatékonyság, vagy a gazdasági és társadalmi következmények szempontjából történő értékelés által. Az egészség-gazdasági értékelés tehát nem egyszerűsíthető le csak a költséghatékonyság szerinti rangsorolásra, hanem több más szempontot (például a hosszú távú finanszírozhatóságot) is figyelembe kell venni. Máskor viszont – éppen az adatok hiánya, vagy az elemzés magas költségei miatt meg kell elégednie a költséghatékonyság egy szűkebb kategóriájának megragadásával.

A fent leírtakból következően mindenekelőtt azt kell eldönteni, hogy egy (új) egészségügyi technológia alkalmazása vagy egy népegészségügyi program indítása stb. során mit tekintünk eredménynek és mit tekintünk költségnek.

17.2. Mi az eredmény? Mi a költség?

Az eredményt általában egészségnyereségben mérik, de nem azt vizsgálják, hogy klinikai környezetben milyen hatás mutatható ki, hanem azt, hogy a technológia szokásos, a valós gyakorlatot tükröző körülmények közötti alkalmazásával mekkora ún. aggregált egészségnyereség érhető el. Ez utóbbin azt értik, hogy az adott technológia alkalmazásával érintett lakossági csoport (pl. egy adott betegségben szenvedők) összessége által elért életévnyereség, vagy életminőséggel korrigált életévnyereség mekkora.

A következő kérdés az, hogy az elemzés során milyen erőforráselemek felhasználását vegyék figyelembe. Itt alapvetően az a választási lehetőség kínálkozik, hogy csak az egészségügyi beavatkozáshoz közvetlenül szükséges egészségügyi erőforrásokra terjedjen ki az elemzés, vagy az egészségügyi beavatkozáshoz közvetlenül szükséges nem egészségügyi erőforrásokra is. Olyanokra, mint a betegek, illetve az érintettek (pl. szűrővizsgálat esetén) ideje, vagy az informális (például a családon belüli) ellátást biztosítók ideje és az informális ellátás más költségei. E döntéstől függően az elemzés eredménye igencsak különböző lehet. Például egy szűrőprogram esetén, ha csak az egészségügyi erőforrásokat vesszük figyelembe, akkor minél kevesebb szűrési pontot létesítenek, annál kisebbek a költségek, ha viszont a szűrésben résztvevők idejével, utazási költségeivel is számolunk, akkor a több szűrőállomás létesítése olcsóbbnak mutatkozhat, hiszen azok elérhetősége javul, a kapcsolódó lakossági erőforrás-felhasználás pedig csökken.

További eldöntendő kérdés, hogy az egészségügyi beavatkozás következményeként a jövőben felmerülő költségeket mennyiben és miként vegyék figyelembe. Például ha a vesetranszplantáció költségeit a művesekezelés költségeivel vetik egybe, akkor indokolt számolni azzal, hogy egy szervátültetés után a transzplantált személynek élete végéig kilöködésgátló gyógyszert kell szednie. Kevésbé nyilvánvaló, miként vegyék figyelembe, ha a



beteg meggyógyul az adott betegségből, de érzékenyebbé válik más betegségekre, azaz a jövőben valószínűleg magasabbak lesznek a gyógyítására fordított egészségügyi kiadások.

Az erőforrások felhasználása költséget jelent, a költséget pedig pénzben kell kifejezni. Ennek reális megállapítása azonban nehéz feladat. Az első nehézség, hogy az egészségügyi finanszírozásban alkalmazott díjak nem pontosan és nem teljes körűen fejezik ki a költségeket. Például egységes költséget állapítanak meg a krónikus kórházi ellátás egy napjára, nem véve figyelembe, hogy bizonyos betegek lényegesen több ápolást vagy gyógyszert igényelnek, mint mások. Az egészségbiztosítói finanszírozásban alkalmazott és a betegek által fizetett díjak, egyaránt torz árat tükröznek, mivel nem szabad piaci verseny alakítja azokat.

A költségek számbavétele kapcsán a következő eldöntendő kérdés az, hogy átlagköltséggel vagy határköltséggel számoljunk. A kérdést az dönti el, hogy az elemzés tárgya meglévő kapacitások jobb kihasználása (például egy új műtéti eljárás bevezetése a már meglévő műtőkben és eszközpark mellett) vagy vizsgálni kell a kapacitások bővítésének lehetőségét is (például egy új műtőblokk többműszakos kihasználásának gazdaságosságát elemezzük). Az előbbi esetben a fix költségekkel nem kell számolnunk, míg a másik esetben a fix költségek alakulása az elemzés kimenetelét alapvetően befolyásolhatja. De hogyan függ ez össze az átlagköltség vagy a határköltség használatával?

Úgy, hogy az átlagköltséget a teljes költség és a darabszám hányadosaként kapjuk. A teljes költség pedig a változó költségek mellett magában foglalja a fix költségeket is. Ha ezek megváltoztatását is vizsgáljuk, akkor helyes az átlagos (teljes) költséggel számolni. Ha viszont a fix költségek változásától eltekintünk (a folyamatot abban a sávban elemezzük, amelyben a fix költségek nem változnak), akkor a határköltség éppen a következő egység előállításának (például egy újabb műtét elvégzésének) a változó költségével lesz azonos. Ilyenkor tehát a határköltséggel kell számolnunk.

Ha egy egészségügyi egységnek állandóan rendelkezésre kell állnia, függetlenül a betegek számától (pl. egy sürgősségi központ vagy egy fertőző beteg osztály esetében ez a helyzet), akkor a fix költségek folyamatosan biztosítani kell, tehát átlagköltséggel indokolt számolni. Ezzel szemben az előjegyzéssel igénybe vehető szolgáltatásoknál indokolt a határköltséggel számolni, amikor például arra vagyunk kíváncsiak, hogy a várólisták csökkentése milyen többletköltségekkel járna új beruházások nélkül.

17.3. A gazdasági értékelés lehetséges perspektívái az egészségügyben

Mi dönti el, hogy végül is milyen erőforrásokkal, költségekkel számoljon a gazdasági értékelés? A költségszámítás perspektívája. Perspektíva alatt azt értjük, hogy kinek a szempontjából vizsgálódik az elemzés. A költségszámítás történhet

- a betegek,
- a szolgáltató (pl. a kórház),



- az egészségbiztosítás,
- a nemzetgazdaság egésze perspektívájából.

A betegek szempontjából vizsgálva az általuk fizetett hozzájárulás, a betegséggel összefüggő egyéb költség (például az utazási költség, a diétás étkezés többletköltsége), a kieső jövedelem, a hozzátartozók ápolásra fordított ideje mutatkozik költségnek.

A szolgáltató szempontjából az a költség, amit ő ténylegesen a betegre fordított, függetlenül attól, hogy az egészségbiztosító abból mennyit finanszírozott.

Ezzel szemben az egészségbiztosító azt számolja el költségként, amit a szolgáltatónak ténylegesen kifizet, viszont őt terhelik a járóbetegként⁴⁰ fogyasztott gyógyszerek támogatásai, valamint a táppénz-költségek is.

Nemzetgazdasági perspektívából nézve az egészségbiztosító költségein kívül célszerű számolni a betegség miatti termelési veszteséggel, és vannak olyan egészségügyi költségek is (például a berendezések felújításának a költségei, vagy a védőoltások ára), amelyek nem az egészségbiztosítást, hanem a központi költségvetést terhelik.

A leggyakoribb a szolgáltató (pl. egy kórház), illetve a finanszírozó (az egészségbiztosító vagy a központi költségvetés) szempontjából történő vizsgálat, mivel a betegeket terhelő költségeket és a nemzetgazdasági szinten a betegség miatt elmaradt hasznokat nagyon nehéz számba venni. Ugyanakkor jelentős különbségek lehetnek a szolgáltató és a finanszírozó perspektívájából végzett elemzések eredményei között is. Nézzünk erre egy példát! Tegyük fel, hogy egy új műtéti eljárás következtében a kórházi ápolás ideje lerövidül, mivel a beteg sebe hamarabb gyógyul. Ez a kórházban a költségek csökkenésével jár együtt. Az egészségbiztosító szempontjából azonban nem feltétlenül jelent azonnali megtakarítást, ha a biztosító nem az ápolási napok száma alapján térít, hanem ún. esetfinanszírozást alkalmaz. (Idővel, az eset súlyszáma is csökkenhet, ha az új műtéti eljárás alkalmazása általánossá válik, és a súlyszámot ennek figyelembevételével állapítják meg.) Ugyanakkor a gyorsabb gyógyulás lerövidítheti a beteg munkába állásig eltelt idő, ami a biztosító táppénz-kiadását mérsékli. Előfordulhat azonban, hogy az új műtéti eljárás több visszaeséssel, szövődémmel jár, esetleg az otthoni ápolás gyógyszerköltségeit növeli meg, ami az egészségbiztosítónál költségnövekedést okoz, a kórház számára azonban nem jár többletkiadással.

Természetesen nemcsak a költségszámításnak, hanem az eredmények számbavételének is különböző perspektívái lehetnek. A beavatkozások hasznait szintén nézhetjük

- a betegek,

⁴⁰ Magyarországon a kórházi ellátás alatti gyógyszerfogyasztásnak a költségei beépültek a fekvőbeteg-ellátás finanszírozásába.



- a szolgáltató (pl. a kórház),
- az egészségbiztosítás,
- a nemzetgazdaság egésze perspektívájából.

A betegek számára a beavatkozás az életesélyek növekedésén kívül az életminőség javulásával is együtt jár, és nem elhanyagolható az haszon sem, amit a munkába való visszatérés lehetősége jelent. Sok esetben azonban „csak” arról van szó, hogy a beteg fejfájása megszűnik, mozgási képessége javul vagy a haja nem hull ki. Ezek is vitathatatlanul eredmények. Következésképpen van értelme az olyan gazdasági értékeléseknek is, amelyek a költségeket egy ilyen egyszerű (egydimenziós) eredménnyel vetik össze.

A szolgáltató és az egészségbiztosító szempontjából az egészségnyereség mellett az új technológiák alkalmazásának gazdasági haszna is mérhető. Következésképpen a költségeknek a pénzben kifejezhető hasznokhoz való hasonlítása is helyet kap az egészség-gazdaságtani értékelések között.

A nemzetgazdaság egészének perspektívájából nézve különösen felértékelődik az életminőséggel korrigált egészségnyereség, mint az eredményesség mérőszáma, hiszen az a lakosság várható élettartamára, egészségi állapotára nézve meghatározó jelentőségű. Nemzetgazdasági szempontból azonban igen lényeges a munkatermelékenységben elért eredmény, vagyis az, hogy a gyógyult ember nem esik ki a munkából, és ott teljes értékű teljesítményre lesz képes. Természetesen eredmény az is, ha a betegsége miatt teljesen munkaképtelen aktív korú személy egészségi állapota annyira stabilizálható és javítható, hogy segítés és támogatás mellett bizonyos típusú munkákat el tud végezni.

17.4. A határelemzés jelentősége az egészség-gazdaságtani elemzések során

Eljutottunk tehát oda, hogy az eredményeket és a költségeket is számba vettük. A kettő összehasonlításával (osztásával) egy olyan mutatóhoz jutottunk, amelynek nevezőjében a költségek (az erőforrás-felhasználások pénzbeli értéke) áll, számlálójában pedig az aggregált nyereség életévekben kifejezve. Mit jelent azonban az, hogy egy életév nyereség 250 ezer forintba került, ha a költségeket a kórház perspektívájából nézzük? A gond az, hogy egy ilyen szám önmagában keveset mond. Ezért az egészség-gazdasági elemzéseknél megnő a jelentősége az ún. haszon-áldozat költség⁴¹ vizsgálatának. Haszon-áldozat költségen azt értjük, hogy mennyi haszontól estünk el az által, hogy az erőforrásokat a vizsgált célra és nem a következő legjobb ismert alternatíva céljára használtuk fel. Ha tehát 1000 egységi erőforrással 200 év egészségnyereséget tudunk elérni, a következő legjobb felhasználási móddal pedig 180 évet, akkor haszonáldozat költség 180 év lesz, azaz 20

⁴¹ Lásd erről bővebben a gazdasági-pénzügyi alapismeretek jegyzetét.



évvel nagyobb az egészségnyeresége a vizsgált célra történő felhasználás a következő legjobb célra történő felhasználáshoz képest.

Egy ilyen eredmény azonban egyáltalán nem jelenti azt, hogy az összes erőforrásunkat a vizsgált legjobb változatra célszerű felhasználnunk. Itt ugyanis beleütközünk a határhaszon csökkenésének jelenségébe. Miről van szó, arról, hogy minél több erőforrást fordítunk egy adott betegség gyógyítására annál kisebb lesz a következő egységnyi ráfordításnak a haszna, azaz a határhaszon.

Melyek a csökkenő határhaszon okai az egészségügyben? Alapvetően két oka van. Az egyik, hogyha egyre több kapacitást hozunk létre egy az adott betegségekre nézve, akkor a szolgáltatást egyre kevésbé beteg személyek veszik igénybe. Az ő esetükben viszont a gyógyulás a betegségbeli állapotukhoz képest csak kisebb nyereséget eredményez. (Természetesen ez azt feltételezi, hogy az érintettek betegségük súlyossága sorrendjében jutnak hozzá a nekik szükséges ellátáshoz, ami sajnos nincs mindig így.) Gondoljunk arra, hogy egy korszerű képalkotó berendezés igénybevételének finanszírozását az egészségügyi kormányzat orvosi indikációhoz köti, azaz csak akkor téríti a vizsgálat költségét, ha a biztosított olyan betegségben szenved, amelyet csak az adott képalkotóval végzett vizsgálattal lehet jól meghatározni. A drága vizsgálatot ugyanis nem tudja minden beteg számára megtéríteni. Ha a pénzügyi erőforrások nőnek és újabb indikációk alapján lehet igénybe venni a diagnosztikai szolgáltatást, akkor olyan betegek kerülnek be a körbe, akik számára ez a vizsgálat kevésbé életbevágó, mint az előző körbe tartozóké volt. A másik ok, hogy a súlyosan beteg egyén számára is általában csökken az újabb beavatkozás által elért egészségnyereség. Például, ha kétszer végzik el a korszerű diagnosztikai vizsgálatot, annak valószínűleg nem lesz kétszer akkora haszna, mint az elsőnek. A határhaszon fentiek miatti csökkenése mellett a határköltségek is növekedésével is számolni kell, mivel a pótlólagos erőforrások megszerzése általában egyre költségesebb. (Például újabb kezelő személyzetet kell kiképezni.)

Következésképpen az egészségügyben igen nagy jelentősége van a határelemzésnek. Például egy újabb beteg megoperálása hasznát megtévesztő lenne az átlaghaszonnal venni figyelembe, mivel ha az egészségügyi rászorultság alapján operálták meg a beteget, akkor egy következő beteg megoperálása már csak az átlagosnál kisebb haszonnal jár. Hasonló a helyzet a szűrővizsgálatok esetében. Itt is viszonylag jól megállapítható, hogy melyek azok a korcsoportok, amelyekben a szűrés haszna maximális. A szűrés kiterjesztése egy újabb korcsoportra tehát a korábbi átlagos haszonhoz képest csak kisebb haszonnal járhat. Ha a szűrőkapacitások már kiépültek, akkor nagy a kísértés a szűrés kiterjesztésére, mivel az viszonylag kis határköltséget okoz. Ugyanakkor azzal is számolni kell, hogy a kis határköltség kis határhaszonnal párosulhat.



18. fejezet: Az egészség-gazdaságtani elemzések módszerei

Az egészség-gazdaságtani elemzések módszereit két csoportra oszthatjuk. Az első csoportba azokat a módszereket soroljuk, amelyek csak a költségeket elemzik, de azokat nem vetik össze az elért eredménnyel. Ezzel szemben a második csoportba sorolt módszerek azt vizsgálják, hogy egységnyi költséggel mekkora eredményt lehet elérni. Mindkét csoport esetében három konkrét módszerrel ismerkedünk meg az alábbiak szerint:

- Első csoport: csak a költségeket elemzi
 - költséganalízis
 - költségkonzekvenciák-analízis
 - költségminimalizálási analízis
- Második csoport: a költség/hatás arányt elemzi
 - költséghatékonyság-elemzés
 - költséghasznosság-elemzés
 - költséghaszon-elemzés

18.1. A költségek elemzésére szolgáló módszerek

A **költséganalízis** célja az egészségügyi beavatkozások, egészségügyi állapotváltozások költségeinek pontos meghatározása. Számos esetben ugyanis erre vonatkozóan sincsenek megbízható, rendszerezett adatok, holott az egyes betegségekkel járó költségek megismerése a jó egészségpolitikai döntéseknek szükséges feltétele. Miről van szó? Arról, hogy egyes betegségek – például az allergia, vagy a demencia⁴² – költségei nem az egészségügy egy meghatározott területére (mondjuk a fekvőbeteg-ellátásra vagy a gyógyszer támogatásra) koncentrálnak, hanem eloszlanak a különböző teherviselők között, azaz a beteg, a családtagjai, a házi orvos, a szociális gondozó, a kórház stb. viseli a költségek egy-egy részét. Ha ezeket összeadjuk, akkor világosan látszik, hogy az adott betegség a nemzetgazdaság egésze szempontjából rendkívüli nagy terhet jelent, tehát indokolt, hogy azt az egészségpolitika prioritásként kezelje.

A költségek pontos ismerete fontos az ellátás megszervezése szempontjából is. Például, ha nincs pontos adat arról, hogy egy adott krónikus betegségben szenvedők ápolása mennyi erőforrás-ráfordítást igényel, és az erőforrás felhasználásnak mi a reális ára, akkor a krónikus kórházi osztályok létesítése, erőforrás-ellátása és finanszírozása nem lesz kiegyensúlyozott.

⁴² A szellemi képességek kóros mértékű (időskori) hanyatlása



A 17. fejezetben kifejtett kérdéseket itt is el kell dönteni, azaz meg kell határozni:

- a költségszámítás perspektíváját,
- a figyelembe veendő költségek körét,
- a költségelemek beszámításának módját,
- azt, hogy mi tekinthető teljes, fix és változó költségnek.

A költségszámítás perspektívájának meghatározása különösen fontos, hiszen értelemszerűen azokat a költségeket kell figyelembe venni, amely az adott perspektíva szempontjából merül fel. Ha egy betegséggel, betegségcsoporttal kapcsolatos terheket szeretnénk összegezni, akkor a nemzetgazdasági perspektíva látszik a legcélszerűbbnek, hiszen minden más perspektívából a tényleges költségek jelentős része elvész.

Az elemzés perspektívájának kiválasztása már szinte meghatározza a figyelembe veendő költségek körét is, hiszen minden olyan költséget figyelembe kell venni, amely azon a szinten merül fel, amelynek a perspektívájából a költségeket elemezzük.

Nagyobb gondot jelent a költségelemek beszámításának módja. Például az egészségügyi finanszírozásban az amortizációs költségek nem jelennek meg, ha tehát a költségeket a finanszírozási díjtételek alapján vesszük számításba, akkor az értékcsökkenési költségekkel nem számolunk. Sok kérdést felvett a családi körben végzett (informális) ápolás költségeinek a beszámítási módja is: a családtagok munkaidejét milyen munkabérral vegyék számításba; a beteggel töltött idő milyen hányadát tekintsek munkaidőnek. (Például valakinek otthon kell maradni, mivel az idős, szellemileg leépült beteg nem hagyható egyedül, ugyanakkor egész napos intenzív ápolást nem igényel.) Ezekre a kérdésekre nem adható egyértelmű válasz. Az adott helyzet és az elemzés célja dönti el, hogy milyen megoldást célszerű választani. A fontos az, hogy az elemzést végzők az ezekre a kérdésekre adható válaszlehetőségeket végiggondolják, válaszaikat indokolják és megfelelően dokumentálják. Ennek érdekében, hogy az elemzést felhasználók (az egészségpolitikai döntéshozók pontosan tudják, hogy a kapott eredmények milyen feltételezések mellett érvényesek.) Vannak bizonyos az egészséggazdaságtani elemzéseket végzők által elfogadott konvenciók, amelyeket az elemzés megkezdése előtt célszerű megismerni. Ezek alkalmazása célszerű lehet. Egyrészt azért, mert így a korábban felhalmozott tudás hasznosul, másrészt az egyes elemzések eredményei egymással jobban összehasonlíthatóak lesznek.

A fix és változó költségek figyelembevétele kapcsán az előző fejezetben leírtak az irányadók.

A **költségkonzekvenciák-analízis** szintén a költségek jobb megismerését szolgálja, de ilyenkor az elemzés fókusza szűkebb. Azt szeretnénk csak megtudni, hogy az egészségügyi beavatkozás valamely lényeges kimenetelének az elérése milyen és mekkora költségeket igényel. Például milyen rehabilitációs szolgáltatásokra van szükség ahhoz, hogy egy súlyos agyrésülést szenvedett beteg visszanyerje a mozgásképességét, vagy milyen ápolási tevékenységekre van szükség ahhoz, hogy egy egész nap ágyban fekvő betegnek ne legyenek felfekvései. Az ilyen elemzések célszerűsége nyilvánvaló, hiszen ezek nélkül egy rehabilitációs osztály



költségvetése, finanszírozása reális alapokon nem határozható meg. Alultervezés esetén pedig éppen az ellátás lényeges kimeneteleit nem lehet elérni, azaz a rehabilitáció nem lesz sikeres, a betegek egy része tele lesz felfekvésekkel. Egy ilyen elemzés feltétlenül szükséges állomás a költséghasznosság és a költség-haszon analízis elvégzése előtt.

Költségminimalizálási analízist akkor lehet végezni, ha az alternatív beavatkozások kimenetelében nincs (lényeges) különbség, azaz egy betegség többféle módon – például műtéttel vagy gyógyszeres kezeléssel, esetleg többféle műtéti eljárással vagy különböző gyógyszeres terápiákkal – is azonos eredményességgel meggyógyítható. Ezért alkalmazhatósága korlátozott, de azért fontos esetekben is jó használható (pl. genetikai teszt és klinikai szűrés összehasonlítása).

Ilyenkor a feladat látszólag egyszerű, azt kell megállapítani, hogy az alternatív kezelési módok közül melyik az olcsóbb. Valójában ez is egy nagyon összetett feladat, hiszen az összehasonlíthatóság érdekében különösen fontos, hogy a költségeket megfelelő módon vegyük számításba. Gondot jelenthet például, ha az egyik terápia gyógyszerigényes, a másik pedig ápolásigényes, az elemzés során viszont a gyógyszerköltségeket piaci áron, az ápolási költségeket viszont az egészségbiztosítási finanszírozás díjtételeivel értékeljük.

További nehézség, hogy mit tekintünk azonos kimenetelnek, hiszen lehet, hogy a rövidtávú kimenetel szempontjából a két terápia azonos hatású, a hosszú távú életminőség szempontjából viszont lényegesen a különbségek.

18.2. A költség/hatás arányt elemző módszerek

Az ebben az alfejezetben tárgyalt elemzéseket akkor kell elvégezni, ha az összehasonlításra kerülő eljárások hatásossága vagy eredményessége eltérő. Ilyenkor ugyanis nem lehet csak a költségek nagysága alapján dönteni, hanem az egységnyi költségre eső hasznokat kell egybevetni. Attól függően, hogy az elemzett mutató számlálójába mi kerül, beszélünk költség-hatékonysági, költséghasznossági és költséghaszon elemzésekről.

Költség-hatékonyság-elemzés minden olyan esetben végezhető, amikor az összehasonlítani kívánt beavatkozásoknak azonos kimenetele van (van legalább egy azonos kimenetele, például fájdalom csökkenése). Ha csak egy beavatkozás van, akkor a beavatkozás nélküli állapot lehet az összehasonlítási alap. Az egészség-gazdaságtani elemzésekben ez az elemzési módszer igen gyakori, mivel az egészségügyi finanszírozásba történő befogadásról szóló döntések esetében általában az új gyógyszert (vagy más új technológiát) a vele azonos funkciójú más gyógyszerekhez hasonlítjuk, azaz az összehasonlítandó gyógyszereknek van azonos kimenetele, sőt ez a legfontosabb hatásuk. Például a fájdalomcsillapítók csökkentik a fájdalmat.

A költség-hatékonysági elemzés a ráfordításokat költségekben, azaz pénzben, az eredményeket ún. természetes egységekben méri (pl. fiziológiai paraméterek, mellékhatások megjelenése, tünetmentes napok száma, megmentett életévek száma).



A **költség-hasznosság-elemzést** akkor végeznek, ha gyógyító tartalmukat, kimenetelüket tekintve egészen különböző egészségügyi technológiákat, programokat kell összehasonlítani. Például azt a döntést kell megalapozni, hogy a rendelkezésre álló egészségügyi prevenciós pénzügyi keretből mellrákszűrő programot vagy dohányzásról leszoktató programot célszerű-e indítani. Ebben az esetben a két program közös kimenete az, hogy az elvárások szerint mindkettő növeli az egészségben eltölthető életévek számát. Következésképpen a hatékonysági mutató számlálójában az élettartamban, illetve az életminőségben és az élettartamban együttesen bekövetkezett változás az azonos kimenet. Ezt általában QALY-ban mérik.

A költség-hasznossági elemzések számlálójában tehát az egészségnyereség vagy az életminőséggel súlyozott egészségnyereség áll. Ezáltal összevethető az eltérő célú (pl. más betegségekre és más betegcsoportokra vonatkozó) ellátások költség-hatékonysága, és ez elősegíti az egészségügyön belüli forráselosztás optimalizálását. Kialakulhat egy költség küszöb, amely azt jelzi, hogy az ország gazdasági fejlettsége mellett a társadalom mennyit képes, illetve hajlandó egy gyógyító-megelőző eljárással megnyerhető minőségi életévre költeni. Ez a költségküszöb elősegíti az explicit döntéshozatalt, azaz egy olyan szabály alkalmazását, miszerint az egészségügyi finanszírozásba az az új technológia vonható be, amely egy év egészségnyereséget e költségküszöb alatti költség mellett eredményez. Ez azonban a befogadásnak csak szükséges, de nem elégséges feltétele, mivel ehhez vizsgálni kell még a megengedhetőség kérdését is, azaz azt, hogy az új technológia befogadása által okozott pénzügyi terhet a finanszírozó költségvetése képes-e viselni. (Lásd erről a 18.3. alfejezetet.)

A **költség-haszon-elemzés** esetében minden befektetést és minden hasznot (kimenetet) pénzben fejeznek ki. Látszólag ez a legegyszerűbb, mivel ez teszi lehetővé a költségek és a hasznok közvetlen összevetését. Ennek érdekében azonban a beavatkozás révén elért hasznosságot, például a fájdalom csökkenését vagy az élettartam meghosszabbodását is pénzben kell kifejezni. Ezért alkalmazása rendkívül vitatott. Következésképpen viszonylag kevés ilyen elemzés készül. A magyar egészség-gazdaságtani irányelvek a költség-haszon elemzések használatát nem javasolják.

18.3. A költségvetési hatáselemzés

A költségvetési hatáselemzés arra a kérdésre keresi a választ, hogy ha egy új egészségügyi technológia finanszírozását befogadná az egészségügyi rendszer (az egészségbiztosítás vagy az állami, tartományi egészségügyi költségvetés), akkor annak összességében mekkora pénzügyi vonzata lenne a befogadó rendszer egészére nézve. Ez a kérdésfelvetés szorosan kapcsolódik a korábban tárgyalt horizontális méltányosság⁴³ követelményéhez, amely szerint az azonos helyzetben lévők azonos módon kell kezelni. Ez pedig azt jelenti, hogy ha egyszer az egészségügyi közfinanszírozásba egy ellátást, egy gyógyszert befogadtak, akkor azokat rövid időn belül valamennyi erre rászoruló számára hozzáférhetővé kell tenni. A költségvetési hatáselemzés tehát leggyakrabban akkor alkalmazzák, ha egy adott betegség

⁴³ Lásd a 3. fejezetben



gyógyításában egy korszerűbb gyógyszer vagy egyéb terápia (pl. új műtéti eljárás) válik orvos szakmai szempontból elérhetővé. Az új gyógyszer vagy egyéb terápia költsége sokszorososa lehet az eddig az egészségi rendszer által finanszírozottnak, azaz befogadása igen nagy pénzügyi terhet jelent, ha az érintett betegek köre széles. Egy másik lehetséges alkalmas az annak elemzése, hogy egy már befogadott gyógyszer vagy egyéb terápia támogatásának kiterjesztése egy újabb indikációra mekkora pénzügyi teherrel járna. Könnyen előfordulhat, hogy a költséghatékonysági vagy költséghasznossági elemzés az új terápia jelentős hatékonyságjavulását mutatja egységnyi kiadásra vetítve, befogadását a egészségügyi rendszer mégsem engedheti a teljes pénzügyi teher nagysága miatt. A költségvetési hatáselemzés tehát a költséghatékonysági elemzések fontos, sőt szinte nélkülözhetetlen kiegészítője. A kettő együtt segíti az egészségügyi források hatékony elosztásának megtervezését.

A költségvetési hatáselemzést tehát mindig a költségviselő, vagyis az új terápiát finanszírozó perspektívájából kell elvégezni. Az elemzés ahhoz a döntéshez nyújt pénzügyi támpontot, hogy a finanszírozó megengedheti-e magának az új terápia befogadását vagy sem. Az elemzés időhorizontját is a költségviselő szempontjai szerint kell meghatározni. Ez lehet egészen rövidtávú szempont is. Például csak néhány hónap, illetve egy év, ha az a kérdés, hogy az adott év, vagy a következő év költségvetése elbírja-e az új gyógyszer támogatásának bevezetését. Általában célszerű egy három-öt éves időtartamra elvégezni az elemzést, mivel általában ennyi idő kell ahhoz, hogy egy új terápiához hozzájussanak mindazok, akik számára azt egészségi állapotuk indokoltá teszi. (Például, amíg az adott szakterületen dolgozó orvosok teljes köre megismerkedik az új gyógyszerrel és a rászoruló betegek számára azt írja fel.) Krónikus betegségek elleni terápiák esetében még hosszabb időtávra is indokolt lehet az elemzés elvégzése, hiszen ha a betegeknek életük végéig, évtizedeken keresztül szedniük kell a gyógyszert, akkor az újabb megbetegedőkkel a gyógyszert szedők köre évtizedeken keresztül bővíthet. Többcsatornás finanszírozás esetén több költségviselő szempontjából is célszerű az elemzést elvégezni, azaz külön-külön és kölcsönhatásában is megvizsgálni, hogy az új terápia teljes körű bevezetése mekkora beruházási terhet és milyen működtetési terhet jelent a beruházásokat és a működtetést finanszírozó szervezet (alap) számára.

Az elemzés során az egészség-nyereséggel annyiban indokolt számolni, hogy az egészség és az életminőség javulása jelent-e megtakarítást a finanszírozó más kiadásainál. Az új terápia befogadása kapcsán jelentkező pénzügyi terheket csökkenteni kell azokkal az összegekkel, amennyibe az új terápia által kiváltott terápiák (komparátorok) jelenleg a finanszírozónak kerülnek.

Az elemzés legnehezebb része az érintett betegpopuláció meghatározása. Elvileg minden beteget számításba kell venni, aki számára az új terápia alkalmazása kedvező lenne a vizsgált időszak alatt. Itt azonban figyelembe lehet venni, hogy az adott terápia különböző indikációk (betegségfajták) esetén alkalmazható, vagy lehetségesek olyan korlátozások, amelyek összeegyeztethetőek a horizontális méltányosság elvével. Például az egyik indikáció esetében nincs más hatékony gyógyszer, a másik esetében pedig van, vagy az orvosilag igazolható olyan korlátozás, amely szerint az új terápiát csak a betegségnek egy előrehaladottabb szakaszában alkalmazzák, esetleg egy bizonyos életkor alatt vagy felett alkalmazzák. Ilyen-



kor az érintett betegpopulációt az alkalmazható korlátozásoknak megfelelő alcsoportokra kell bontani, és az elemzést azokra az alcsoportokra végezni el, amelyek esetében a befogadás lehetősége felmerül. Külön nehézséget jelent az ún. indukált kereslet kezelése. Itt arról van szó, hogy amíg egy betegségnek nincs hatékony vagy könnyen elérhető terápiája, addig a betegség egy része látens marad, azaz a különféle egészségügyi statisztikákban nem jelenik meg. Ha azonban megjelenik a gyógyítás lehetősége, akkor ez tömegesen generálhat új igényeket a befogadott terápia iránt. Ilyen volt például a csontritkulás problémája, amely korábban csak a csontok sérülésekor derült ki. Ma már szűrjük ezt a betegséget, és az idősebb népesség jelentős arányban igényli a csontritkulás elleni kezelést. Következésképpen nemcsak az induló populáció nagyságát (vagy az események számát) kell megbecsülni, hanem figyelembe kell venni ennek időbeli változásait is, amelyeket az új technológia bevezetése kiválthat. Komoly nehézséget jelent a betegpopulációhoz és a költségek megbecsüléséhez szükséges adatok rendelkezésre állása. Végső esetben szakértői becsléseket is lehet végezni.

A költségvetési hatáselemzést egyszerűsíti, hogy nem szükséges diszkontálni a költségeket, hiszen mindig annak az évnek a pénzügyi kiadásait kell megadni, amely évben az a finanszírozó költségvetését terheli.

18.4. Érzékenységi vizsgálat

Az érzékenységi vizsgálat célja annak megállapítása, hogy az adatok bizonytalansága ellenére milyen mértékben hagyatkozhatunk az egészség-gazdaságtani elemzés eredményére. Ennek során azt vizsgáljuk, hogy ha az elemzésben a bizonytalan paraméterű változók értéke egy adott tartományon belüli elmozdul, akkor az hogyan hat az elemzés végeredményére. Megkülönböztetünk egy-változós, két-változós illetve több-változós érzékenységi vizsgálatot. Az első esetben egyszerre csak egy változó értékét mozgatjuk az adott tartományon belül, és azt mérjük, hogy hogyan hatott az eredményre. Például az „önellátó-képesség” változó értékét mozgatjuk az adott tartományon belül, és azt mérjük, hogy ez az életminőség más mértékű javulásán keresztül hogyan hatott az életminőséggel kombinált egészségnyeresésre. Két- és többváltozós érzékenységi vizsgálatok esetében két vagy több független változó értékét változtatjuk egyidejűleg, hogy a számításunk megbízhatóságát ellenőrizzük. Fontos, hogy ilyenkor a változók közötti kölcsönhatásokat is figyelembe kell venni.

Az érzékenységi vizsgálatok egy speciális esete, amikor a különböző súlyszámokban (paraméterekben) megtestesülő értékítéletek változtatjuk meg. Például korábban 5 ponttal súlyoztuk a fájdalomérzetet és 2 ponttal a mozgásképességet. Az érzékenységi vizsgálat során pedig 3 pontot és 4 pontot adunk ugyanezekre az életminőségi jellemzőkre. Arra vagyunk kíváncsiak, hogy az új súlyozás megváltoztatja-e az értékelt új technológiák sorrendjét.

Tekintettel arra, hogy az egészség-gazdaságtani értékelésekben sok a bizonytalanság és a szubjektív elem, célszerű minden komoly döntés meghozatala előtt érzékenységi vizsgálatokat végezni.



19. fejezet: A gazdasági elemzések gyakorlata a magyar egészségügyben

19.1. Jogi-intézményi környezet

Magyarországon jogszabályok írják elő, hogy a gyógyszerek és az új egészségügyi technológiák társadalombiztosítási befogadását gazdasági elemzésekkel is meg kell alapozni.

A 32/2004 (IV.26.) ESzCsM rendelet jelenleg Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet, GYEMSZI) nevesíti, mint az egyes gyógyszerek társadalombiztosításba való befogadásáról és a támogatás mértékéről véleményt nyilvánító szervezet. Ezt a feladatot a GYEMSZI részéről a Technológia-értékelő Iroda (a továbbiakban: TEI) látja el.

A TEI kiemelt feladata az Országos Egészségbiztosítási Pénztár befogadási és támogatási döntéseit megalapozó technológia-értékelések szervezeti kereteinek biztosítása, és az ahhoz kapcsolódó feladatok ellátása. A gyógyászati segédeszközök esetében a társadalombiztosítási befogadásához kapcsolódó szakértői munkáját a 14/2007. (III.14.) EüM rendelet felhatalmazása alapján látja el.

A TEI konkrét feladatai:

- a klinikai evidenciák, a hatásosság és a költség-hatékonyság együttes felhasználásával megbízható és torzítatlan információ-szolgáltatást nyújt az egyes eljárások megítéléséhez, összehasonlítva azokat más, alternatív erőforrás felhasználási lehetőségekkel;
- meghatározza az egészségügyi technológia-elemzések szakmai irányelveit, koordinálja az új és létező technológiák értékelését és útmutatót ad az egyes technológiák használatához, valamint részt vesz jogszabályok kidolgozásában, fejlesztésében;
- elemzéseket, egészségpolitikai tanulmányokat és javaslatokat készít az egészségügy forrásainak racionális felhasználására;
- részt vesz hazai és nemzetközi szakmai fórumokon és kapcsolatot tart nemzetközi egészségügyi technológia-értékelő intézetekkel.

A TEI a konkrét befogadási eljárásokhoz kapcsolódó értékeléseken túl, az egészségügyi források racionális felhasználásának érdekében a társadalombiztosítási támogatásának felülvizsgálatához átfogó, probléma-orientált tanulmányokat is készít.

2010-től írja elő jogszabály⁴⁴ írja elő, hogy az egészségügyi technológiák egészségbiztosítási finanszírozásba történő befogadása előtt az egészségügyi technológiákat értékelni kell, valamint a már befogadott technológiákat felül kell vizsgálni. 2010-re tehát teljessé

⁴⁴ Az egészségügyi technológiák egészségbiztosítási finanszírozásba történő befogadásának alapelveiről, feltételrendszeréről és részletes szabályairól, valamint a már befogadott technológiák körének felülvizsgálatáról és módosításáról szóló 180/2010.(V.13.) Korm. rendelet



vált a kör, azaz a gyógyszerek, a gyógyászati segédeszközök mellett más egészségügyi technológiák⁴⁵ befogadása előtt egészségügyi technológia-értékelést kell végezni.

19.2. Az egészségügyi technológiák értékelésének szakmai szempontjai

Definíció: Egészségügyi technológiaértékelés alatt az egészségügyi technológiákat eredményesség, hatékonyság, költséghatékonyság, gazdasági és társadalmi következmények szempontjából értékelő eljárások összességét értjük.

Az egészségügyi technológia értékelésének szakmai szempontrendszerét, szakmapolitikai prioritásait miniszteri rendelet⁴⁶ állapítja meg. Az értékelést hat szempont szerint kell elvégezni, amelyeken belül még további szempontokat állapít meg a rendelet. Minden szemponthoz pontszámokat rendel. Összesen 100 pontot lehet elérni. A rendszert a **19.1. számú táblázatban** foglaltuk össze.

19.1. sz. táblázat

Egészségügyi technológiák értékelésének szakmai szempontjai

Szempont	Pontszám
Egészségügyi prioritások	20
A kórkép súlyossága	15
Esélyegyenlőség	15
Költséghatékonyság, életminőség	30
Aggregált költségvetési hatás	10
Hazai és nemzetközi szakmai megtétel	10
Összesen	100

Nézzük meg kicsit részletesebben, hogy az egészség-gazdaságtanhoz jobban kapcsolódó szempontok esetében mire tér ki az értékelés! Az egészségügyi prioritásokon belül további szempont, hogy az adott technológia kapcsolódik-e valamely meghirdetett

⁴⁵ egészségügyi technológia: az egészségügyi ellátásban használatos gyógyszer, orvostechnikai eszköz, diagnosztikus, terápiás, rehabilitációs eljárás, eljárásorozat, megelőzési, egészség-fejlesztési tevékenység

⁴⁶ A gyógyító-megelőző eljárások során alkalmazott egészségügyi technológiák egészségbiztosítási finanszírozásba történő befogadásához kapcsolódó eljárás során alkalmazandó szakmai szempontrendszeréről és szakmapolitikai prioritásokról, valamint a befogadásához kapcsolódó egyes eljárásokért fizetendő igazgatási szolgáltatási díjakról szóló 28/2010. (V.12.) EÜM rendelet



népegészségügyi programokhoz, szakmai prioritás-e. Szakmai prioritás jelentenek például:

- a kórházi ellátást helyettesítő vagy kiváltó ellátási formák: azon szolgáltatások, amelyek a kórházi benntartózkodás időtartamát lerövidítik, vagy szükségtelenné teszik;
- rehabilitálhatóságot elősegítő eljárások: azon eljárások, amelyek a beteg teljes, vagy nagyobb mértékű felépülését, életminőség javulását teszik lehetővé a már befogadott és alkalmazott beavatkozásokhoz képest;
- prevenciók eljárások: azon eljárások, életviteli módok, valamint motivátorok, amelyek célja a betegségek megelőzése, korai felismerése, a szövődmények kialakulásának megelőzése.

Az egészségpolitikai prioritások között komoly (7 pontos) súllyal szerepel az, hogy a technológia révén mennyi lesz az aggregált egészségnyereség. Ez utóbbit a jogszabály a következőképpen definiálja: a rendelkezésre álló adatok alapján a lakossági aggregált, életminőséggel korrigált életéveket (a továbbiakban: QALY), vagy az életév nyereséget, vagy az egészségkárosodással korrigált életéveket (a továbbiakban: DALY) kell figyelembe venni, magas pontszámot az az értékelt eljárás kap, amelynél a lakossági aggregált QALY, vagy az életév nyereség magas, vagy a DALY értéke alacsony.

Az esélyegyenlőség esetében további szempontként az érintett betegpopuláció nagyságát és az elérhetőség, hozzáférhetőséget kell vizsgálni. Ez utóbbi értékelésénél magas pontszámot az az eljárás kap, amely a lakosság szükségleteihez igazodva az ország egész területén hozzáférhető.

A költséghatékonyság, életminőség értékelésénél a további szempontok a következők:

- ICER érték: az inkrementális költséghatékonysági ráta nagysága. (Azt mutatja meg, hogy egységnyi hatékonyságváltozás mekkora költségnövekménnyel érhető el.
- Egy betegre jutó egészségnyereség: a rendelkezésre álló adatok alapján az egy betegre meghatározott QALY-t, vagy az életév nyereséget, vagy a DALY-t kell figyelembe venni, magas pontszámot az az értékelt eljárás kap, amelynél az egy betegre jutó QALY, vagy életév nyereség magas, vagy DALY értéke alacsony.
- Aggregált költségvetési hatás: magas pontszámot az az értékelt eljárás kap, amely az Egészségbiztosítási Alapból kismértékű kiáramlást okoz, vagy nagymértékű megtakarítással jár.

Az egészségügyi technológia értékelését az engedélyezés vagy a társadalombiztosítási befogadás kérelmezőjének kell elkészítenie. Az értékelést az illetékes szakmai kollégiumok



véleményezik. A GYEMSZI a kérelmező által benyújtott költséghatékonysági elemzés és a releváns szakirodalmi adatok segítségével kritikai értékelést készít és értékeli a kérelmet. Az OEP a beérkezett vélemények alapján a fent ismertetett szakmai szempontrendszer és szakmapolitikai prioritások alapján pontozza a kérelmet. A vonatkozó kormányrendelet értelmében a finanszírozásba való befogadásra az a technológia alkalmas, amely a szakmai szempont-pontrendszer alapján adható maximális pontszám 60 százalékát és a szakmai szempontrendszer kategóriáin belül az egyes kategóriákként adható pontszám 40 százalékát elérte.

19.3. A magyar egészség-gazdaságtani irányelvek

A hatályos magyar jogszabályok az egészség-gazdaságtani elemzést olyan tudományos módszerként definiálják, amelynek célja meghatározott egészségügyi alternatívák költségeinek és következményeinek a megjelölése, mérése, értékelése és összehasonlítása.

A 17. fejezetben említettük, hogy az egyes országok egészség-gazdaságtani irányelveket adnak ki annak érdekében, hogy az egészség-gazdaságtani elemzések egységes, megfelelő minőségű módszertannal és tudományos igényességgel készüljenek el, támogatva a racionális döntéshozatalt és a rendelkezésre álló források hatékony felhasználását.

A továbbiakban a 2002-ben kiadott⁴⁷ magyar egészség-gazdasági irányelvnek a legfontosabb tartalmi elemeit ismertetjük⁴⁸. Nem ismételjük meg az Irányelvnek azokat a részeit, amelyeket már az előző két fejezetben tárgyaltunk.

Az irányelv kidolgozói a következő alapvető szempontokat vették figyelembe:

- A magyar ajánlás feleljen meg a nemzetközi ajánlásokban szereplő standardoknak. Ahol a nemzetközi ajánlások eltérően foglalnak állást, ott az irányelv az alapeseten kívül alternatívákat is engedjen meg.
- Az irányelv az egészség-gazdaságtani elemzések készítésénél felmerülő összes lényeges problémát érintse.
- Az irányelv ajánlásaiban a magyarországi, helyi adottságokat tükrözze.
- Az ajánlások kellő rugalmasságot mutassanak, hogy az „átlagostól eltérő esetek” elemzése is elvégezhető lehessen, de az ajánlásoktól való eltérést mindig igazolni kelljen.
- A közpénzfelhasználás elnyerése céljából készült tanulmányokban mind az adatokat, azok forrását valamint az elemzéseket (módszertant) világosan, egyértelműen, jól követhetően kell bemutatni.

⁴⁷ Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséhez

⁴⁸ A kézirat leadást követően jelent meg Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséhez 2013. EüK. 3. szám EMMI közlemény 2 (hatályos: 2013.03.01.)



Az irányelv egy egészség-gazdaságtani elemzést az alábbiak szerint javasol felépíteni:

Cím

Összefoglalás

A kielégítetlen egészségügyi szolgáltatás-szükséglet bemutatása

Az összehasonlításra kerülő gyógyító-megelőző eljárások bemutatása

Jelenleg alkalmazott terápia és a komparátorok megnevezése

Az egészség-javulásra vonatkozó klinikai eredmények bemutatása

A részletes költséghatékonysági elemzés

- Az elemzés típusa
- Az elemzés nézőpontja
- Az elemzés által lefedett időhossz
- A költség-hatékonysági elemzésben használt végső egészség javulásra vonatkozó adatok
- Költségelemzés
- Modellezés
- Diszkontálás
- Végső költség-hatékonysági arányszámok
- Érzékenységi elemzések
- Alcsoportelemzés
- Más hasonló témájú vizsgálatok eredményei

A vizsgált eljárás bevezetésének hatásai az egészségügyi kiadásokra, ill. a méltányosságra

- Egészségbiztosítás költségvetésére kifejtett hatás
- Hatás az egészségügyi ellátásra, szolgáltatásokra
- Hatékony alkalmazás feltételei, illetve a bevezetés költségvonzata
- Hatás a méltányosságra

Következtetések

Az érdekviszonyok explicit feltüntetése

Hivatkozások

Mellékletek



Ennek a felépítésnek a logikáját követik az egyes irányelvek is, amelyek – némi rövidítéssel – a következőket tartalmazzák:

1. Irányelv: Az elemzésben érintett betegcsoport és a gyógyító-megelőző eljárás (egészségügyi szolgáltatás) jellemzése kapcsán ajánlott az egészségügyi szolgáltatás-szükséglet részletes bemutatása. Fontos az elemezni kívánt gyógyító-megelőző eljárás indikációjának megfelelő betegcsoport demográfiai, esetleg társadalmi - gazdasági helyzetének ismertetése. Lényeges a betegség lefolyásának, kimenetelének és epidemiológiai adatainak ismertetése, valamint a jelenleg rutinszerűen alkalmazott kezelések összefoglaló bemutatása. Ismertetni kell az összehasonlításra kerülő gyógyító- megelőző eljárásokat, és indokolni kell azok kiválasztását.
2. Irányelv: Az egészség-gazdaságtani elemzés nézőpontját egyértelműen ismertetni kell. Amennyiben az elemzés célja a vizsgált gyógyító-megelőző eljárás közpénzekből való finanszírozásának befolyásolása, akkor az elemzést alapesetben a finanszírozó nézőpontjából kell elkészíteni. Emellett azonban ajánlott feltüntetni a társadalmi nézőpont alapján számított eredményeket is. A különböző nézőpontokból számított eredményeket egyértelműen elkülönítve, külön-külön kell bemutatni.
3. Irányelv: Az elemzéshez az egészség-gazdaságtani elemzések nemzetközileg elfogadott három alaptípusa közül - költség-minimalizálás, költség-hatékonyság vagy költség-hasznosság elemzés - azt kell kiválasztani, amelyik az elemezni kívánt egészségügyi problémának leginkább megfelel. A költség-hasznossági elemzés alkalmazása esetén az egészség javulást QALY mértékegységben ajánlott mérni. Javasolt a hasznossági értékeket a hasznosságon alapuló, az egészségre vonatkozó életminőségi kérdőívek segítségével kialakítani. A költség-haszon elemzések használata jelenleg nem javasolt.
4. Irányelv: Az egészség-gazdaságtani elemzés lehetőség szerint a rutin gyakorlatban elért (hosszú távú) klinikai egészségjavulás, nem pedig a kontrollált körülmények közötti hatásosság (szigorúan meghatározott illetve ellenőrzött klinikai vizsgálatok során elért egészségjavulás) mérésére törekedjen. A hatásosság (eredményesség) mértékegységének meg kell felelnie a választott feltételeknek, és ajánlott a köztes eredmények kizárólagos használata helyett a hosszú távú klinikai eredményekre vonatkozó adatok (morbiditás, mortalitás valamint életminőség javulás, egyéb nyereség) alkalmazása.
5. Irányelv: A beavatkozásokhoz kapcsolódó költségek mérése során ajánlott arra törekedni, hogy valamennyi társadalmi költségtényezőt figyelembe vegyünk, és lehetőleg általános társadalmi nézőpontot alkalmazzunk. Az árakat ajánlott e költségszámítási nézőponthoz igazodóan megválasztani. A gyógyító-megelőző eljárások alkalmazása során felhasznált erőforrásokat és azok árát külön-külön kell feltüntetni. A gyógyító-megelőző ellátások során megjelenő költségek közül csak azokat kell figyelembe venni, amelyek az ellátással szorosan összefüggnek, és figyelmen kívül kell hagyni azokat, amelyek az ellátással (pl. terápiával) nem összefüggő betegségek következ-



tében, vagy a terápia által meghosszabbított élet során merülnek föl. Célszerű viszont figyelembe venni az elkerült költségek körét (megelőzött szövödmény, műtét, stb.) Az egészségbiztosítói nézőpont esetén a finanszírozási jogszabályokban meghatározott, illetve az OEP szerződésekben szereplő díjtételek, valamint a gyógyszerek, a gyógyászati segédeszközök és gyógyfürdő szolgáltatások esetében a társadalombiztosítási támogatás alapjául elfogadott teljes ár (vagyis a TB támogatás és a beteg által fizetett térítési díj együttes értéke) a követendő. Az elemzés nézőpontjától függetlenül ki kell hagyni a költségszámításból a társadalmi transfereket, így a táp-pénzt, a szociális segélyeket vagy a munkanélküli segélyt. A költségszámítás során a vizsgált erőforrást terhelő ÁFA-t vagy más adót – ha van ilyen – be kell számítani a költségekbe.

6. Irányelv: Az elemzés által lefedett időintervallum meghatározásakor törekedni kell arra, hogy az elemzés időtartama a vizsgált gyógyító-megelőző ellátásnak az összes klinikai és költségbeli következményét felölelje. A költségszámításban használt árakat egy adott idő-pontra kell átszámítani inflálás vagy deflálás útján. Amennyiben az elemzés több mint 1 évre vonatkozó hatásokat vizsgál, az idő preferenciát, illetve az erőforrások használdozati költségét figyelembe kell venni diszkontálás segítségével. Alapesetben az elemzés során mind a költségeket, mind az egészség nyereséget 5%-kal kell diszkontálni, de kiegészítésként meg kell vizsgálni az eredményeket arra az esetre is, ha az egészség nyereséget nem diszkontáljuk. A diszkontráta esetében érzékenységi vizsgálatot a költségekre vonatkozóan 3-6%-os, az egészségnyereségre vonatkozóan 0-6%-os intervallumban ajánlott végezni.
7. Irányelv: A költségekre és az egészségjavulásra vonatkozó eredményeket elkülönítve, részletezve, táblázatos formában is be kell mutatni, azaz nem csak összesített (aggregált) formában. Amennyiben van, ismertetni kell a domináns stratégiát, és ebben az esetben nincs szükség az inkrementális költség - hatékonysági és/vagy költség-hasznossági ráták kiszámolására. Minden más esetben ismertetni kell az inkrementális (növekményi) költség-hatékonysági és/vagy költség-hasznossági arányszámot.
8. Irányelv: A bizonytalan tényezőknek gyakorolt hatását a költség-hatékonysági elemzés végeredményére érzékenységi elemzéssel kell tesztelni, az eredményeket pedig számszerűleg be kell mutatni. Alcsoportelemzés indokolt lehet, ha egy meghatározott betegcsoportban (pl. magas kockázatú betegek) az elérhető egészségnyereség, illetve költség-hatékonyság (költség-hasznosság) számottevően eltérő. Az eredmények általánosíthatóságát külön ajánlott tárgyalni. Ajánlott az elemzés eredményét korábbi elemzések eredményeivel összehasonlítani.
9. Irányelv: Javasolt a következő 3-5 évre vonatkozóan bemutatni, hogy az elemzésben vizsgált eljárás a támogatott körbe való bekerülésével, milyen hatást gyakorol az egészségbiztosítás költségvetésére, illetve az egészségügyi ellátásra. Ajánlott, hogy az elemző mutassa be az új gyógyító-megelőző eljárás hatékony bevezetésének és



alkalmazásának a feltételeit, illetve azt, hogy milyen feltételek között fokozza az egészségügyi ellátás eredményességét, költség-hatékonyságát és társadalmi elfogadottságát. Javasolt bemutatni az új eljárás befogadásának, finanszírozási módjának hatását az igazságosságra, méltányosságra. Itt kell értékelni az elemzés által impliciten vagy expliciten érintett etikai kérdéseket is.

10. Irányelv: Az elemzés következtetéseit röviden összegezni kell; a levont következtetéseknek összhangban kell állnia a tanulmányban ismertetett célokkal és eredményekkel.



20. fejezet: A gyógyszeripar, gyógyszerforgalmazás és a biztosítói támogatás közgazdasági összefüggései

20.1. A gyógyszeripar fejlődése

A XIX. század közepére alakultak ki a gyógyszerkutatás és a gyógyszeripar keretei. Ekkortól már tudományos módszerekkel határozták meg a gyógyszerek hatásmechanizmusát, javították hatásosságát, csökkentették káros és mellékhatásait.

A legnagyobb mértékben a gyógyszerek (oltóanyagok) járultak hozzá az egészségügy fejlődéséhez, és ez a folyamat még jelenleg is tart. Az ismert 3000 betegség közül csak 1000-nek van hatásos gyógyszere, alig több mint 400 az ún. célmolekulák száma. A fejlődés lehetősége még óriási.

A gyógyszerkiadások az egészségügy legdinamikusabban emelkedő tételei közé tartoznak. Az új gyógyszerek kifejlesztése egyre nagyobb ráfordítást igényel (a kutatástól a forgalomba hozatalig átlag 800 millió dollár), ezért a kutatás és a gyártás koncentrálódik. A kutatások eredményeképpen új gyógyszerek jelennek meg, amelyeket originális gyógyszereknek nevezünk.

Definíció: Az originális (eredeti), vagy innovatív gyógyszerek új, bizonyítottan hatásos kémiai összetétellel (molekulával) rendelkeznek.

Az új gyógyszerek előállítása nem ér véget az új molekula feltalálásával. Ezt követően jön a gyakran még hosszabb fázis, amely alatt bizonyítani kell az új gyógyszer hatásosságát, de fel kell tárni mellékhatásait, ki kell kísérletezni emberi alkalmazásának veszélytelen és hatásos módzatait. Az originális gyógyszerek előállítása tehát az alábbi fázisokból tevődik össze:

- elméleti kutatás,
- kémiai fejlesztés,
- feltalálás,
- biológiai vizsgálat,
- állatkísérletek,
- emberi alkalmazás négy fázisa:
 - az ártalmatlanság ellenőrzése (20-80 egészséges önkéntes),
 - hatásossági és dózis-meghatározási tesztek (100-500 önkéntes beteg),
 - széleskörű klinikai, kórházi vizsgálat (10-20 országból 5-10 ezer beteg),
 - bevezetési és bevezetés utáni tesztek.

Az új molekula feltalálása és az emberi alkalmazás között 12-15 év telik el.

Az originális gyógyszerek két csoportját különböztetjük meg:



- áttörően innovatív gyógyszerek, teljesen új molekulák;
- „kicsit jobb” gyógyszerek (hasonló hatás, de eltérő molekula szerkezet).

Az originális gyógyszerek 20 éves szabadalmi védettséget élveznek a bejelentéstől számítva. A szabadalmi védettség lejártát követően a gyógyszert már más gyógyszergyárak is előállíthatják.

Definíció: A generikus gyógyszer a szabadalmi védettséggel már nem rendelkező molekula utánzata új név alatt.

A generikus gyógyszerek a gyógyszerpiac 25 százalékát adják. Jelentőségük, hogy általában olcsóbbak, mint az originális termék, azaz a szabadalmi védettség elvesztése után leszorítják a hatóanyag árat. Ezáltal az szélesebb betegkör számára válik elérhetővé és olcsóbbá teszi a gyógyítást.

Közgazdasági szempontból az originális gyógyszerek piaca egy monopolpiac, ami - gazdasági és pénzügyi alapismeretek tárgy keretében tanultak szerint – a gyártó számára extraprofitot biztosít, a gyógyszer termelése pedig elmarad a társadalmilag kívánatos mértéktől. Ez az extraprofit ugyanakkor az originális gyógyszer kifejlesztési költségeinek megtérülését hivatott biztosítani. A szabadalmi védettség lejártát és a generikus termékek megjelenését követően a molekula piacán a monopolisztikus verseny lesz a jellemző, ahol a hírnév (az orvosok és a betegek ragaszkodása a bevált gyógyszerhez) még extraprofitot hozhat az originális termék gyártójának. Az egyes államok – ide tartozik Magyarország is – azonban gyógyszerpiaci szabályozásuk révén arra törekcsenek, hogy generikus gyógyszerek piacát tökéletesen versenyző piaccá alakítsák át. Ily módon letörhetik az árakat és kevesebb támogatást kell fizetniük az adott hatóanyagú gyógyszert fogyasztó biztosítottak részére. Ez fontos szempont, hiszen a gyógyszerkiadások az elmúlt évtizedekben rendkívül gyorsan emelkedtek.

A 1990 óta a gyógyszerkiadások a GDP növekedését meghaladó mértékben emelkedtek minden OECD országban. Magyarországon 1991 és 2001 között reálértéken 37 százalékkal nőtt a gyógyszerkiadás. Ehhez hozzájárult, hogy a magyar gyógyszerpiac megnyílt a korszerűbb, de drágább nyugati gyógyszerek előtt. Azóta a növekedés némileg lassult, de még mindig az egészségügyi kiadások legdinamikusabban emelkedő tételét jelentik.

A gyógyszerkiadások gyors növekedése részben az árak emelkedésére (K+F és promóciós költségek növekedése), részben a fogyasztás bővülésére (átlagéletkor emelkedése, új gyógyszerek megjelenése, az igények növekedése) vezethető vissza.

20.2. A gyógyszerpiaci szabályozás

A gyógyszerpiaci szabályozás főbb elemeinek ismertetése előtt fontos megkülönböztetni a gyógyszerpiac három szegmensét, hiszen az egyes szegmensek esetében a szabályozás konkrét célkitűzései és eszközei különbözhetnek egymástól.



A legnagyobb, a teljes hazai gyógyszerpiac 75-85 százalékát kitevő szegmenst a vényköteles⁴⁹ gyógyszerek teszik ki. Ezek csak orvosi receptre kaphatók. Ebből következően a fogyasztók részére nem reklámozhatóak, csak a felírók számára adható promóció, de annak tartalmát, eszközeit, mértékét is egyre inkább korlátozza a szabályozás. Itt ugyanis a célkitűzés az, hogy a gyógyszerek felírására tisztán orvos-szakmai alapon kerüljön sor.

A gyógyszerpiac 10-15 százalékát reprezentálják a kórházi gyógyszerek, amelyek járó- betegként nem kaphatóak. Ezeket az egészségbiztosító közvetlenül nem támogatja, mivel a gyógyszerköltségek fedezete beépült a kórházak egészségbiztosítási finanszírozásába.

A gyógyszerek értékét tekintve a legkisebb gyógyszerpiaci szegmenset (5-10 %) a nem vényköteles gyógyszerek alkotják. A recept nélkül kapható gyógyszereket OTC (over-the-counter) termékeknek is szokták nevezni. Ezek speciális szabályok betartása mellett reklámozhatóak, általában szabadárúak. Egy részük patikán kívül is kapható, de forgalmazásukra e körben is sajátos biztonsági szabályok vonatkoznak.

A gyógyszerpiaci szabályozás céljai a következők:

- Csak biztonságos és hatásos gyógyszerek kerüljenek forgalomba;
- A gyógyszerek kifejlesztésének ösztönzése;
- A gyógyszerkiadások fenntartható keretek között tartása mind az egyén, mind az állam (az egészségbiztosító) számára.

Mindhárom célhoz egy-egy eszköz, eszközcsoport tartozik. A törzskönyvezés, illetve a forgalomba hozatal engedélyezése azt szolgálja, hogy csak hatásos és biztonságos gyógyszerek kerüljenek forgalomba. Az Európai Unióban, pontosabban az Európai Gazdasági Térségben⁵⁰ a gyógyszerpiac is része – némi sajátossággal – az egységes európai piacnak. Magyarországon, akárcsak az EGT más tagállamaiban is, a gyógyszerek forgalomba hozatali engedélyezése négyféle módon lehetséges:

- Kölcsönös elismerési eljárás (Mutual Recognition Procedure/MRP);
- Decentralizált eljárás (Decentralised Procedure/DCP);
- Nemzeti eljárás;
- Centralizált eljárás.

Kölcsönös elismerési eljárás lefolytatására olyan készítmény esetében van lehetőség, amely az engedélyezési eljárás kezdeményezésekor már legalább egy tagországban rendelkezik forgalomba hozatali engedéllyel. Magyarország kétféleképpen vehet részt az eljárásban:

- referens tagállamként, ha a forgalomba hozatali eljárás alapjául szolgáló engedélyt elsőként az illetékes magyar hatóság, azaz az Országos Gyógyszerészeti Intézet (OGYI) állította ki;

⁴⁹ Az orvosi receptet szakszóval vénynek hívják, a rendelvény szó megrövidülése alapján.

⁵⁰ Ez az EU-tagállamokon kívül Izlandot, Liechtensteint és Norvégiát is magában foglalja.



- érintett tagállamként, ha a forgalomba hozatali engedélyt az OGYI a többi tagállam illetékes hatóságával egyszerre bírálja el a referencia állam által már jóváhagyott dokumentáció alapján.

Decentralizált eljárásra olyan készítmény esetén kerülhet sor, amely a beadás időpontjában még egyetlen tagországban sem rendelkezik forgalomba hozatali engedéllyel. Egyszerre több tagállam illetékes hatósága is eljárhat.

Nemzeti eljárás esetében a gyógyszer dokumentációjának értékelését az OGYI végzi, a forgalomba hozatali engedély csak Magyarországra érvényes.

A centralizált forgalomba hozatali engedély iránti kérelmet közvetlenül a Londonban székelő European Medicines Agency-nek kell benyújtani. Az engedélyezés tényéről az Európai Bizottság határoz, amely minden tagállamra kötelező érvényű. A gyógyszer tényleges forgalmazásáról azonban a gyártó maga dönthet. A biotechnológiai úton készült gyógyszerek, valamint a daganat, ill. AIDS ellenes, továbbá a diabeteszben és neurodegeneratív betegségekben alkalmazott kémiailag új készítmények esetében kötelező centralizált eljárást kérni. Amennyiben a készítmény centrális értékeléséhez a feltételek adottak, de centrális értékelése nem lenne kötelező, úgy a gyártó választhat, hogy milyen forgalomba hozatali eljárást kezdeményez.

A gyógyszerek kifejlesztését a szabadalmi védelem ösztönzi. A védelmet erősítette, hogy a korábbi gyártási szabadalom helyett termékszabadalom került bevezetésre Magyarországon is. Ez már nem teszi lehetővé azt a korábbi trükköt, amikor a termék újdonságát jelentő molekulát lemásolták és egy, a gyártási szabadalomban foglaltaktól eltérő gyártási eljárással állították elő, megspórolva ezzel a kutatási költség nagy részét. Így azonban a konkurencia korai megjelenése akadályozta a rendkívül magas kutatási és fejlesztési befektetések megtérülését az originális termék gyártójánál.

A gyógyszerkiadások fenntartható keretek között tartása nemcsak a gyógyszerek széles körét támogató egészségbiztosítás számára fontos, hanem az egyének számára is, akiknek a gyógyszerek finanszírozásából Magyarországon, de a világ legtöbb államában is növekvő részt kell vállalniuk. Ők fizetik a támogatott gyógyszerek térítési díját (a gyógyszer kiskereskedelmi ára és a támogatása közötti különbözetet), valamint a nem támogatott gyógyszerek teljes árát. A gyógyszerárak szabályozására közvetlen és közvetett eszközöket egyaránt alkalmaznak.

A gyógyszerárak közvetlen szabályozása hatósági ár megállapításával, vagy a közfinanszírozás alapjául elfogadott ár rögzítésével történhet. Az első esetben a gyógyszer kiskereskedelmi árát, tehát azt az árat, amit a patikában kell fizetni, határozza meg jogszabály. A másik esetben az egészségbiztosítási támogatásért folyó alkufolyamatban alakul ki az ár, és azt a támogatási megállapodásban rögzítik. Magyarországon jelenleg ez utóbbi módszert alkalmazzák.

A gyógyszerárak közvetett szabályozása a termékek és a gyártók közötti versengés fokozásával lehetséges. Elsősorban a generikus termékek közötti versenyt lehet növelni. Ennek fő eszköze az azonos hatóanyagú termékek versenyeztetése az egészségbiztosítási támogatás meg-



szerzésért. Az originális termékek között akkor képzelhető el verseny, ha ugyanannak a betegségnek a gyógyítására különböző hatóanyagú gyógyszerek állnak rendelkezésre.

Az árak meghatározásának, befolyásolásának lehetősége nagyban különbözik az originális és a generikus gyógyszerek esetében. Az originális gyógyszer gyártója ugyanis monopolhelyzetben van, tehát nem árelfogadó, hanem ármeghatározó a piacon. A vele szemben tárgyaló egészségbiztosító alkupoziója szintén erős, ha a gyártó érdekelt új piacok megszerzésében, és erre gyógyszerre egészségbiztosítási támogatása nélkül kevés az esélye. Az ár tehát egy megegyezéssel lesz. A megegyezéssel ár kialakítása történhet:

- a gyógyszer terápiás értéke alapján,
- az adott betegség gyógyítására szolgáló más, már piacon lévő termékek árához viszonyítva,
- nemzetközi ár-összehasonlítás alapján,
- a fentiek valamilyen kombinációja alapján.

Miután az originális gyógyszerek esetében magasak a fixköltségek (a kutatás-fejlesztés költségeinek 20 év alatt az árban meg kell térülnie), és általában viszonylag alacsonyak a termelés változó költségei, a gyógyszer-gyártók az eladott mennyiség növelésében akár jelentősebb árendmények nyújtása révén is érdekeltek. Ezért több országban alkalmazzák az ún. árvo-lumen-megállapodásokat. Ezek lényege, hogy a gyártó csökkenti az árat, ha az adott gyógyszerből vagy az általa gyártott gyógyszerek összességéből az év során eladott mennyiség meghalad egy bizonyos értékét.

Ha az egészségbiztosító alkupoziója erős, akkor alkalmazhatja a profitkontrollt is. Ez azt jelenti, hogy a gyártónak be kell mutatnia a költségeit, és efelett csak egy meghatározott százaléku nyereséget kalkulálhat az áraiban. A profitkontrollt olykor költségkontrollal is kombinálják, azaz a kalkulálható promóciós költségeket is maximálják.

A generikus készítmények esetében, különösen, ha több gyártó van, a gyártók (forgalmazók) versenyeztetése révén lehet az egészségbiztosítási támogatás alapjául szolgáló árakat meghatározni. Ennek egyik módja a referenciaalapú ártámogatási rendszer azonos hatóanyag, vagy azonos terápiás érték alapján. (Ezt részletesebben a következő alfejezetben ismertetjük.)

A kórházi gyógyszerek esetében a központi gyógyszer-beszerzés révén lehet mérsékelni az árat, mivel így nem a kórházaknak külön-külön kell megállapodniuk a gyógyszerek forgalmazóival, hanem a nagy volumenben vásároló egészségbiztosító, vagy más központi szervezet tud kedvezőbb árat elérni a központosított (köz)beszerzés során.

Hatósági árak esetén időlegesen akár a gyógyszerárak befagyasztására⁵¹, sőt hatósági árcsökkentésre is sor kerülhet.

Az árszabályozás része (lehet) a gyógyszer nagy- és kiskereskedelemben alkalmazható árrés mértékének hatósági megállapítása. A nagykereskedelmi árrés az az összeg, amit a nagyke-

⁵¹ Magyarországon 2000-ben és 2002-ben sor került a gyógyszerárak befagyasztására.



reskedő rátesz a termelői árra, hogy a nagykereskedelmi forgalmazás (készletezés, áruk terítése stb.) költségeit fedezze. A kiskereskedő – esetünkben a gyógyszerész – a nagykereskedelmi árat növeli meg a kiskereskedelmi árréssel. Mindkét árrést százalékos formában szokták megadni. Magyarországon mindkét árrés százalékos mértékét jogszabály állapítja meg. A kiskereskedelemben degresszív, felső korlátos árrést alkalmaznak, azaz minél magasabb a termék ára, sávosan annál alacsonyabb százalékban mérve a kiskereskedelmi árrés. Ennek a logikája az, hogy a kiskereskedelmi forgalmazás költségei alig függenek az ártól, azaz indokolatlan lenne a magasabb árú termékekre összegszerűen magasabb árrést tenni.

Egyes országokban a gyógyszerforgalmazás fontos csatornája lett az internetes kereskedelem. Ez Magyarországon üzleti méretekben nem engedélyezett.

Itt kell megemlítenünk – bár szoros értelemben nem árszabályozási eszköz – azt a Magyarországon alkalmazott szabályozást, miszerint a gyógyszer-gyártóknak (import esetében a forgalmazóknak) a termékeik után az egészségbiztosítás által fizetett gyógyszer-támogatás egy meghatározott részét vissza kell fizetniük az Egészségbiztosítási Alapnak. E látszólag szokatlan megoldás tulajdonképpen kedvezőbb a gyártók részére annál, mintha az árakat kellene csökkenteniük, mivel az alacsonyabb magyarországi árat más országok referenciaként használhatnák saját ártárgyalásaik során. Kedvezőbb megoldás a támogatási százalék csökkentésénél is, mivel az a térítési díjak emelkedését, és ezen keresztül a kereslet és a forgalom csökkenését vonná maga után. Ezért a gyógyszer-gyártók (forgalmazók) megkötötték egy támogatás-volumen szerződést a kormánnyal, amelynek alapján a támogatás-visszatérítési kötelezettséget törvényben is kihirdették.

20.3. A gyógyszer-támogatási rendszer

Az új gyógyszerek kifejlesztésének magas költségei értelemszerűen megjelennek a korszerű gyógyszerek árában. Ebből következően egy-egy súlyosabb betegség meggyógyításának gyógyszerköltsége meghaladja az egy millió forintot. Számos krónikus betegség létezik, amelyek esetében a beteg állapotának stabilizálása korszerű gyógyszerekkel évente több százezer, esetenként 1-3 millió forintba kerül. Nyilvánvaló, hogy ilyen költségek viselésére az egyének képtelenek, a gyógyszerek árának megfizetéséhez az egészségbiztosításnak jelentősen hozzá kell járulnia. A hozzájárulás nagy teher az egészségbiztosítás számára is. Az Egészségbiztosítási Alap az elmúlt években nagyságrendileg 300 milliárd forintot költött évente a gyógyszerek támogatására, három és félszer annyit, mint a háziorvosi rendszer finanszírozására.

A magyar gyógyszer-támogatási rendszer legfontosabb eleme a vényre kapható gyógyszerek jogszabályban meghatározott körének ártámogatása. A támogatás normatív, azaz mértékét jogszabály állapítja meg a termék „támogatás alapjául vett” árának, lényegében a kiskereskedelmi árának a százalékában. A lehetséges százalékkulcsokat törvény állapítja meg. Egyes termékkörök esetében a százalékos kulcs alapján meghatározott támogatásra felső határt állapítanak meg, szakzsargonban fixesítik, ily módon a támogatás mértéke egy fix összeg lesz.

A fix összeg megállapítása a referenciaalapú ártámogatási rendszeren keresztül történik. Ennek két formája létezik:



- a hatóanyag-alapú referencia-ártámogatás, szakzsargonban: a hatóanyag-fixesítés;
- a terápiás-alapú referencia-ártámogatás, szakzsargonban: a terápiás fixesítés.

Az elsőt a generikus termékek esetében lehet alkalmazni, ilyenkor az azonos hatóanyagot tartalmazó gyógyszerek közül választják ki referenciaterméknek lényegében a legolcsóbb gyógyszert. (A referenciaterméké váláshoz még néhány, a biztonságos forgalmazást garantáló feltételnek is meg kell felelnie a gyógyszernek.)

A terápiás-alapú referencia-ártámogatást esetén a támogatásért versenyző termékek nem azonos hatóanyagúak, de ugyanannak a betegségnek a gyógyítására használhatók. Közülük az lesz a referenciatermék, amely a terápia egy adott szakaszát figyelembe véve a legkisebb gyógyszerköltséget eredményezi.

Az ily módon kiválasztott referencia termék támogatás alapjául elfogadott árának és a jogszabályban meghatározott százalékos mértékű támogatásnak a szorzata lesz a fix összegű támogatás mértéke. Ezt a fix összegű támogatást minden az adott csoportba tartozó gyógyszer megkapja. Ha azonban az orvos által felírt gyógyszer ára magasabb, mint a referencia termék ára, akkor a betegnek a referencia termék térítési díjánál magasabb térítési díjat kell a gyógyszerért fizetnie.

A referenciaalapú ártámogatási rendszer az elmúlt években jelentős megtakarítást eredményezett mind az egészségbiztosítás, mind a biztosítottak számára. Az első lépésben az egészségbiztosítás a nyertes, mivel százalékos támogatás helyett csak fixösszegű támogatást kell fizetnie a magasabb árú gyógyszerek után. A második lépésben azonban már mindkettő nyerne, mivel az ismertetett módszer a gyártókat általában az árajánlataik csökkentésére – olykor igen jelentős mérséklésére – késztetik.

Egyes gyógyszerek esetében a támogatás mértékét a gyógyszer felhasználási célja is befolyásolja. Például krónikus betegségre való alkalmazása esetén magasabb támogatást állapítanak meg, hogy a beteg összes gyógyszerterhét így csökkentse. Ezt hívják indikációhoz kötött támogatásnak. A 100 százalékban támogatott gyógyszerek után ún. dobozdíjat kell fizetni.

A gyógyszer-támogatásnak a harmadik formája az ún. közgyógyellátás. Erre azok jogosultak, akik számára még a jelentősen támogatott gyógyszerek megvásárlása is aránytalan anyagi terhet jelent. Ennek során két körülményt vesznek figyelembe: az illető szociális helyzetét és a rendszeresen szedett gyógyszereinek térítési díját. Ennek alapján egy egyéni támogatási keretet állapítanak meg a számára, amely a részére az orvos által felírt támogatott gyógyszerek térítési díjára nyújt fedezetet.

Az egészségbiztosítás gyógyszer-támogatási kiadásait a vényfelírási szokások, szabályok is jelentősen befolyásolják, hiszen a gyógyszer-támogatást a receptet felíró orvos „utalványozza”. Erre mondják azt, hogy a legdrágább orvosi műszer az orvos tolla, amellyel a receptet írja. Érthető tehát, ha a receptek felírását is szabályozzák

A vényfelírás szabályozása tipikusan az alábbi eszközöket alkalmazza:



- Egyes gyógyszerek felírását csak szakorvos számára teszik lehetővé;
- Korlátozzák az egyszerre felírható gyógyszer mennyiségét;
- Terápiás és diagnosztikus irányelveket adnak ki, amelyek rögzítik, hogy a drágább gyógyszereket milyen feltételek esetén (pl. rezisztencia alakult ki az olcsóbb gyógyszerekkel szemben) lehet felírni;
- Monitorozza a gyógyszerfelírást. Figyelemmel kíséri, hogy az orvos mennyi gyógyszert írt fel, és azt összeveti más hasonló munkakört ellátó orvosok vényfelírási számaival.



Felhasznált irodalom

Antal Z. László (1991): A piaci mechanizmus szerepe az állami egészségügyben. In: Hanák Katalin (szerk.) Terhesség-szülés-születés II. Budapest: MTA Szociológiai Kutató Intézet

Antal Z. László (1995): A gyógyítás társadalmi beágyazottsága Szociológiai Szemle 2. szám pp. 3-23.

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséhez Egészségügyi Közlöny 2002. 11. szám 1314 -1334. oldal

Bodor Szabolcs és társai (2002): Az egészségügyi intézmények controllingjának alapjai ECOM KVALITY, Budapest,

Boncz Imre szerk. (2012): Egészségügyi finanszírozási, menedzsment és minőségbiztosítási alapismeretek. Medicina Kiadó

Dézszy József (2006): Egészség-gazdaságtan egy kissé másképpen, SPRINGMED Kiadó, Budapest

Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet (2005): Egészségügyi rendszerek Kelet-Európában

Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet (2007): Egészségügyi rendszerek az Európai Unió régi tagállamaiban

Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet (2008): Házi orvosok finanszírozása az EU tagországokban

Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet (2008): Magánszolgáltatók az EU tagországok egészségügyi ellátásában

Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet (2010): A DRG finanszírozás jellemzői néhány ország példája alapján

Gulácsi László szerk. (2005) Egészség-gazdaságtan Medicina Könyvkiadó, Budapest

Gulácsi László szerk. (2012): Bevezetés az egészség-gazdaságtanba; az egészség-gazdaságtani elemzéstől a klinikai döntéshozatalig Medicina Könyvkiadó, Budapest

Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség és Szervezetfejlesztési Intézet (2011): Az észak-európai országok DRG rendszere – a NordDRG

Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség és Szervezetfejlesztési Intézet (2012): Járóbeteg szakellátás az EU tagországokban (szervezeti formák és finanszírozás)

Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség és Szervezetfejlesztési Intézet (2013): A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában



Kincses Gyula (2010): Egészségpolitikai ábragyűjtemény

<http://www.larix.hu/pdf/right/abragyujtemeny.pdf>

Kornai János(1998): Az egészségügy reformjáról Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest

Mihályi Péter (2003): Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába, Veszprémi Egyetem Kiadó, Veszprém

OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing.

Pulay Gyula (1993): Az új egészségfinanszírozási rendszer alapelvei ORVOSI HETILAP 134:(8) pp. 417-418.

Pulay Gyula (2001): Egy törvényjavaslat közgazdasági filozófiája EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE 39:(6) pp. 523-529.

Pulay Gyula (2002): Ellátási biztonság - átlátható szabályozás. Előzetes a "kórház törvény" végrehajtási rendeletéről KÓRHÁZ 9:(3) pp. 35-38.

Pulay Gyula (2002): Közös ügyünk az egészségügy magánosítása, Medicina Könyvkiadó, Budapest

Stiglitz, Joseph E. (2000): A kormányzati szektor gazdaságtana KJK KERSZÖV, Budapest

The Economics of Health Care, on-line course, Office of Health Economics, 12 Whitehall, London SW1A 2DY, <http://www.oheschools.org/>