

**Az egészségügyi modernizációs lépések hatása
az egészségügy államháztartási
finanszírozására, az államháztartási és a
magán finanszírozás eddigi és várható
alakulása**

Szerzők:

Prof. Dr. Boncz Imre, Csákvári Tímea, Kovács Sándor, Dr. Zemplényi Antal

Pécs, 2018.

**Az egészségügyi modernizációs lépések hatása
az egészségügy államháztartási
finanszírozására, az államháztartási és a
magán finanszírozás eddigi és várható
alakulása**

Szerzők:

Prof. Dr. Boncz Imre, Csákvári Tímea, Kovács Sándor, Dr. Zemlényi Antal

A tanulmány a Költségvetési Tanács támogatásával készült.

TARTALOMJEGYZÉK

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE	4
VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ	5
1. MAGÁNOLDAL MEGJELENÉSÉRE A FINANSZÍROZÓI ÉS SZOLGÁLTATÓI OLDALON	6
1.1. TULAJDONVISZONY ÉS FINANSZÍROZÁS MÁTRIX	6
1.2. KÓRHÁZI TULAJDONVISZONYOK	7
1.3. FINANSZÍROZÁSI CSATORNÁK	8
1.4. A KLASSZIKUS NÉMET PÉLDA	10
1.5. A NEMZETKÖZI TAPASZTALATOK ÖSSZEGZÉSE	11
1.6. AJÁNLÁSOK	12
IRODALOMJEGYZÉK	12
2. SZEKTORSEMLEGES FINANSZÍROZÁSI PÉLDÁK A NEMZETKÖZI GYAKORLATBAN	14
2.1. BEVEZETÉS, DEFINÍCIÓK	14
2.2. AZ ELEMZÉSBEN FELHASZNÁLT ADATOK	15
2.3. MAGYARORSZÁGI HELYZET	15
2.4. NEMZETKÖZI KITEKINTÉS	19
2.5. MEGBESZÉLÉS	23
2.5.1. <i>Hasonlóságok és különbségek</i>	23
2.5.2. <i>Lehetőségek és veszélyek</i>	24
IRODALOMJEGYZÉK	25
3. TECHNOLÓGIAI FEJLŐDÉS HATÁSA AZ EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOKRA, AZ EGÉSZSÉGÜGYI TECHNOLÓGIAÉRTÉKELÉS SZEREPE	27
3.1. HÁTTÉR: AZ EGÉSZSÉGÜGY FEJLŐDÉSE A XX. SZÁZAD SORÁN	27
3.2. AZ EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK NÖVEKEDÉSI ÜTEME	28
3.3. A KIADÁSOK NÖVEKEDÉSÉNEK OKAI	30
3.4. AZ EGÉSZSÉGÜGYI TECHNOLÓGIÁK ÉRTÉKELÉSE (HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT - HTA)	32
3.4.1. <i>Egészségügyi technológiák értékelésének szerepe</i>	32
3.4.2. <i>Egészség-gazdaságtani elemzés technológiaértékelés során</i>	33
3.4.3. <i>Egészség-gazdaságtani elemzések főbb típusai és módszerei</i>	34
3.5. AZ EGÉSZSÉGÜGYI TECHNOLÓGIAÉRTÉKELÉS RENDSZERÉNEK KIHÍVÁSAI ÉS LEHETŐSÉGEI	36
IRODALOMJEGYZÉK	38
4. A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓK TULAJDONVISZONYAINAK ALAKULÁSA	40
4.1. BEVEZETÉS	40
4.2. NEMZETKÖZI KITEKINTÉS	41
4.3. HAZAI ELŐZMÉNYEK	42
4.4. A FELHASZNÁLT ADATOK FORRÁSA, ELEMZÉSI MÓDSZER	43
4.5. TULAJDONVISZONYOK MAGYARORSZÁGON	44
4.6. MEGBESZÉLÉS	48
IRODALOMJEGYZÉK	50
5. PÉNZÜGYI HATÉKONYSÁG A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZERBEN: AZ EGÉSZSÉGÜGYI FORRÁSOK ÉS SZOLGÁLTATÁSI CSOMAG ÖSSZELETÉSE (EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK MÉRTÉKE, FIZETÉSI HAJLANDÓSÁG – WILLINGNESS TO PAY)	52
5.1. BEVEZETÉS	52

5.2.	HATÉKONYSÁGI VISZONYOK AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZERBEN	52
5.3.	A KÖLTSÉGHATÉKONYSÁG MEGHATÁROZÁSÁNAK LEGFONTOSABB ÉPÍTŐELEMEI.....	56
5.4.	AZ ALAP SZOLGÁLTATÁSI CSOMAG MEGHATÁROZÁSA.....	58
5.5.	A SZOLGÁLTATÁSI CSOMAG KÖLTSÉGHATÉKONYSÁGÁNAK MEGHATÁROZÁSA	59
	IRODALOMJEGYZÉK	61
6.	A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER JÖVEDELMI VISZONYAINAK ÁTTEKINTÉSE.....	63
6.1.	NEMZETKÖZI ÖSSZEHASONLÍTÁSOK	63
6.2.	MAGYARORSZÁGI BÉRRENDEZÉSI TAPASZTALATOK	66
6.2.1.	<i>Egyszeri 15 milliárd forintos egészségügyi bérjuttatás (2000).....</i>	<i>66</i>
6.2.2.	<i>Átlagosan 50 %-os közalkalmazotti béremelés (2002).....</i>	<i>66</i>
6.2.3.	<i>Orvosi és rezidens bérrendezés, ösztöndíjak (2011-2015).....</i>	<i>67</i>
6.2.4.	<i>Egészségügyi dolgozók életpálya rendezése (2016-2018).....</i>	<i>69</i>
6.3.	JÖVEDELMI VISZONYOK VÁLTOZÁSA.....	71
6.4.	AJÁNLÁSOK.....	74
	IRODALOMJEGYZÉK	74
7.	MELLÉKLETEK	75

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

Rövidítés	Magyarázat
AEEK	Allami Egészségügyi Ellátóközpont
ÁNTSZ	Allami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat
DALY	Disability Adjusted Life Years
DRG	Diagnosis Related Groups
EBM	evidence based medicine
EFQM	European Foundation for Quality Management
EMAFT	előre meghatározott alapidíjjal finanszírozott teljesítmény
EMMI	Emberi Erőforrások Minisztérium
ESzCsM	Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium
EU	Európai Unió
GDP	bruttó hazai termék
GYEMSZI	Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet
HBCS	Homogén Betegségcsoportok
HTA	health technology assessment
ICER	Incremental Cost-Effectiveness Ratio
KSH	Központi Statisztikai Hivatal
NEAK	Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
NEFMI	Nemzeti Erőforrás Minisztérium
NFÜ	Nemzeti Fejlesztési Ügynökség
NGM	Nemzetgazdasági Minisztérium
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NUTS	Nomenclature of Territorial Units for Statistics
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet)
OENO	Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása
OEP	Országos Egészségbiztosítási Pénztár
OSAP	Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program
OTH	Országos Tisztifőorvosi Hivatal
PSZÁF	Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete
QALY	Quality adjusted life years
RACP	risk adjusted capitation payment
TAJ	Társadalombiztosítási azonosító jel
TVK	teljesítmény-volumen korlát
ÚSZT	Új Széchenyi Terv
WHO	World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)

VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

1. MAGÁNOLDAL MEGJELENÉSÉRE A FINANSZÍROZÓI ÉS SZOLGÁLTATÓI OLDALON

1.1. TULAJDONVISZONY ÉS FINANSZÍROZÁS MÁTRIX

Az egészségügyi rendszerek felépítésének, működésének és esetenkénti átalakításának egy sarkalatos pontja a magán és közösségi szereplők részvétele. Ennek alapvetően három fő funkcióban van kiemelt jelentősége:

- A) Az egészségügyi szolgáltatók (pl. szakrendelők, kórházak, stb.) tulajdonviszonyai
- B) A finanszírozó tulajdonviszonyai (köz vagy magán)
- C) A működési forma (gazdasági társaság, költségvetési intézmény)

SZOLGÁLTATÁS TULAJDON- VISZONYA	FINANSZÍROZÁS					
	költségvetés	kötelező biztosítás		önkéntes biztosítás		közvetlen fizetés
		TB	magán	TB	magán	
köztulajdon	1.	2.	3.	4.	5.	6.
magán - non profit	7.	8.	9.	10.	11.	12.
magán - for profit	13.	14.	15.	16.	17.	18.

1. táblázat

Egészségügy finanszírozás és szolgáltató tulajdonviszonyának tipológiája

Az egészségügyi szolgáltatók **tulajdonviszonyai** között a köztulajdon esetében a központi kormányzat (állam), a tartományi, regionális, megyei, városi önkormányzatok bírnak meghatározó szereppel.

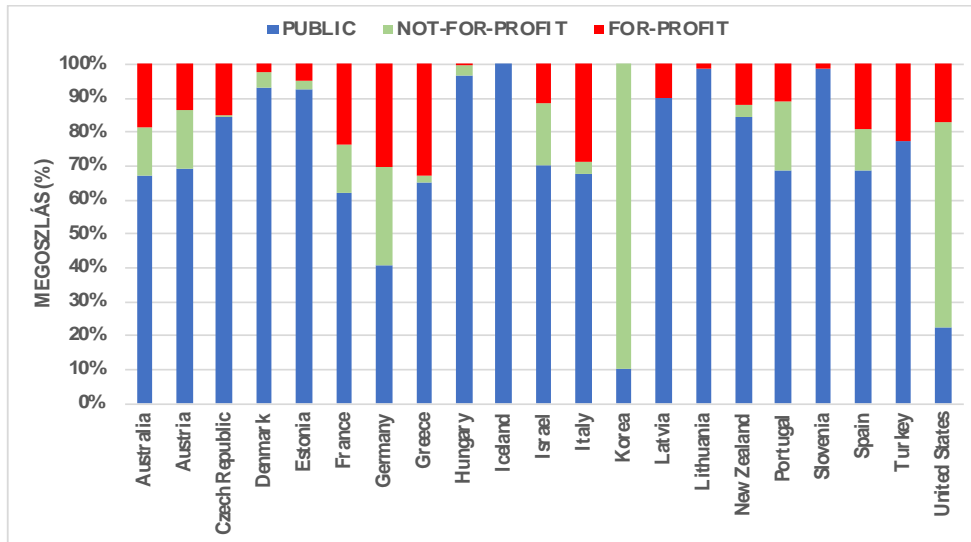
A magántulajdon lehet profit orientált vagy non-profit alapú.

A **finanszírozási csatorna** lehet közösségi (pl. költségvetési, társadalombiztosítási) vagy magán alapú.

Az egészségügyi szolgáltatók **működtetési forma** tekintetében költségvetési intézményként vagy gazdasági társaságként működhetnek. A gazdasági társaságként történő működtetés nem jelent automatikusan magántulajdont, hiszen non-profit gazdasági társaságok is működhetnek. Jó példa erre hazánkban a 2000-es évek közepén számos kórház: Vas Megyei Markusovszky Kórház Egyetemi Oktató Kórház Nonprofit Zrt., MISEK Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ és Egyetemi Oktató Kórház Nonprofit Kft., Kenézy Kórház Rendelőintézet Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft., Markhot Ferenc Kórház Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kiemelkedően Közhasznú Kft.

1.2. KÓRHÁZI TULAJDONVISZONYOK

Az alábbi ábra szemlélteti a kórházi ágyak megoszlását a kórház tulajdoni viszonyai szerint. Fő szabályként a kórházi ágyak többsége köztulajdonban van a legtöbb országban. A magántulajdonú kórházak esetében pedig a non-profit forma dominál. A profit orientált kórházi működés a nemzetközi gyakorlatban sem általános jelenség, csupán kisebb arányt képviselnek még a fejlettebb országokban is.



1. ábra

Kórházi ágyak megoszlása az OECD országokban 2015. körül (Forrás: OECD)

Az alábbi táblázat a közösségi és magántulajdonú kórházi ágyak arányát szemlélteti Németország általános kórházaiban. A privát, for-profit kórházi ágyak aránya 1991-ben 4,0 % volt, ami 2012-re 17,2 %-ra emelkedett. Ezzel Németország a fejlett országok között az egyik legmagasabb magán, for-profit kórházi ágy aránnyal rendelkezik.

Trends in the public–private mix of general hospitals, 1991–2012

	Public		Private non-profit		Private for-profit		Total Beds (thousands)
	Beds (thousands)	Share of all beds (%)	Beds (thousands)	Share of all beds (%)	Beds (thousands)	Share of all beds (%)	
1991	367	61.4	207	34.6	24	4.0	598
2000	284	54.2	201	38.4	39	7.4	524
2004	256	52.2	180	36.7	54	11.0	490
2010	223	48.3	164	35.5	75	16.2	462
2012	218	47.5	162	35.2	79	17.2	458
Change	-41%		-22%		+229%		-23%

2. táblázat

Közösségi és magántulajdonú kórházi ágyak aránya Németország általános kórházaiban (Forrás: 1)

1.3. FINANSZÍROZÁSI CSATORNÁK

Az egészséggazdaságtani elemzések gyakori témája a magán és közkiadások arányának (public-private mix) vizsgálata. Az egészségügyi kiadások növekedésével egyre fontosabb annak tisztázása, hogy a folyamatosan emelkedő költségeket ki és milyen módon finanszírozza. A nemzetközi példák azt mutatják, hogy a magán- és közkiadások tekintetében egyfajta konvergenciát figyelhetünk meg. Egyrészt a '60-as években viszonylag magasabb közkiadási aránnyal rendelkező országoknál ez az idők folyamán folyamatosan csökkenő tendenciát mutatott, Másik oldalról a kezdetben viszonylag alacsonyabb közkiadási aránnyal rendelkező országok esetében a közkiadások arányának fokozatos emelkedését láthattuk. Vagyis az állam és az egyén közötti tehermegoszlás arányai kialakulóban vannak.

Kiegészítő, vagy önkéntes magánbiztosítás kötése esetén az egyén rendelkezik kötelező biztosítással, és az itt meghatározott járulékot vagy adót ugyanúgy fizeti, azonban dönthet úgy, hogy az állam által nyújtott alapsomagon felül külön biztosítást köt olyan ellátásokra is, melyek egyébként részleges vagy teljes térítéssel járnának az egyén részéről (*supplementary*). Önkéntes biztosítás alapját a térítési díj egyénre eső része vagy az önrész kiváltása is jelentheti (*complementary*). [2, 3]

A **helyettesítő** (*substitute*) magánbiztosítás lényege, hogy az állampolgár lemond az állam által szervezett kockázatközösségbe tartozásról, és a biztosításához kellő teljes összeget magánbiztosító számára fizeti ki. Az ilyen biztosítással rendelkező állampolgárok meghatározott szolgáltatók ellátásait vehetik igénybe, attól függően, hogy az kötött-e szerződést a biztosítójával, vagy sem. Általában helyettesítő jelleggel, a magasabb jövedelemmel rendelkezők köthetnek biztosítást, a kiegészítő forma szélesebb rétegnek is elérhető, megengedhető.

	kötelező	önkéntes - magán
Cél	szolidaritás, méltányosság	profit
Kockázatközösség	törvényben meghatározott feltételeknek megfelelően, szinte a teljes lakosság	szelekció (egészségi állapot, jövedelmi helyzet)
Elutasítás	megfelelés esetén tilos	megengedett
Redisztribúció	egészséges -> beteg fizetőképés -> fizetéseképtelen	egészséges -> beteg fizetőképés -> fizetőképés
Információs aszimmetria	finanszírozó és szolgáltató között	finanszírozó és fogyasztó között
Választási lehetőség azonos tulajdonú biztosítók között	Korlátozott	Szabad választás
Bevétel	általában jövedelemarányos adók, járulékok	kockázati alapú díjfizetés

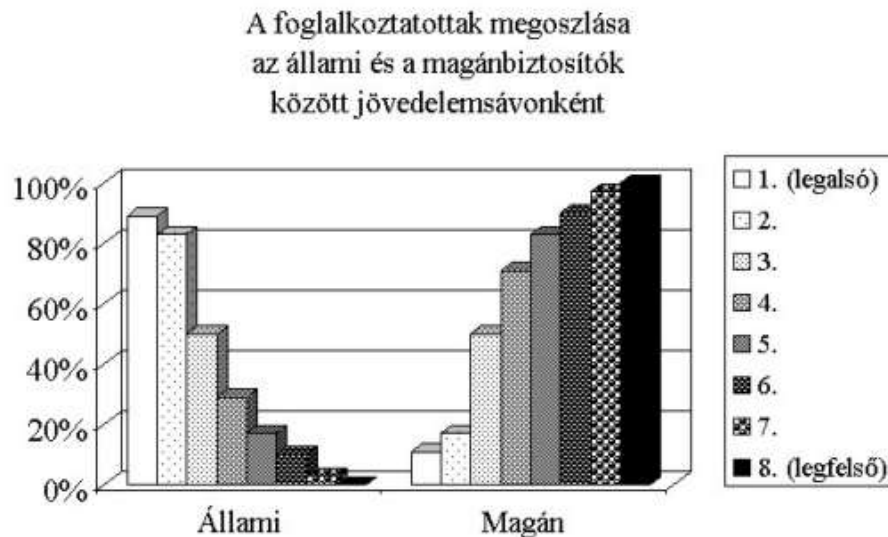
3. táblázat

Kötelező és önkéntes biztosítók összehasonlítása [4]

Az kötelező és önkéntes egészségbiztosítók működése és szerepköre között tehát alapvető differenciák fedezhetők fel, azonban, hogy mely típusra milyen mértékben van szükség, mennyire érdemes beengedni vagy kizárni a piacot erről a területről a legnagyobb hatékonyság elérése érdekében, máig vitatott. A kötelező és önkéntes biztosítás működésbeli különbségeit a fenti táblázat foglalja össze.

A több biztosító, üzleti alapú modellekben előfordulhat, hogy a biztosítók versengeni kezdenek jobbnál jobb ajánlatokkal az alacsony kockázatú ügyfelek megszerzéséért. Ezzel szemben a magas kockázatot hordozóknak olyan csomagot ajánlanak, mely magasabb árért cserébe kevésbé minőségi ellátást nyújt. [5] Ezt hívjuk **lefölözésnek**.

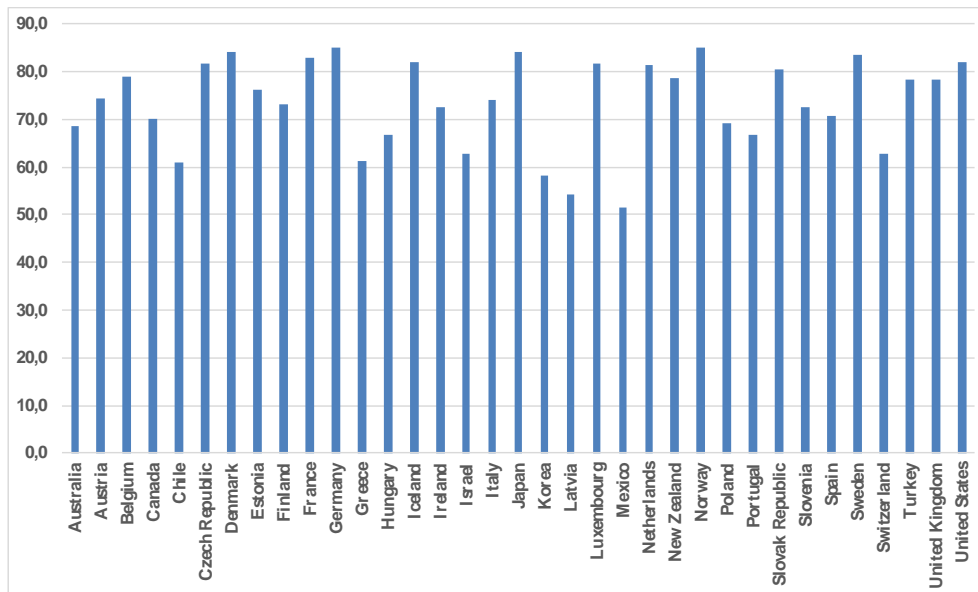
Az alábbi ábra mutatja, hogy Chilében a magánbiztosító (ISAPRE) helyettesítő jellegű megjelenése kivonta a állami biztosítótól (FONASA) a magas jövedelmű réteget, drámaian lecsökkentve a bevételi forrást azon az oldalon, ahova egyébként a legtöbb beteg és idős ügyfél tartozik (1998-ban a 65 éven felüliek 80%-ért volt felelős a FONASA). [6]



2. ábra

Állami- és magánbiztosítók ügyfélkörének megoszlása a jövedelmi kategóriák szerint Chilében [7]

A következő ábra a kormányzati és kötelező társadalombiztosítási források arányát szemlélteti a teljes egészségügyi finanszírozásban 2015. körül az OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development, Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet) országok körében. A kormányzati és kötelező társadalombiztosítási források aránya a legtöbb OECD országban meghatározó jelentőséggel bír az egészségügyi rendszer finanszírozásában.

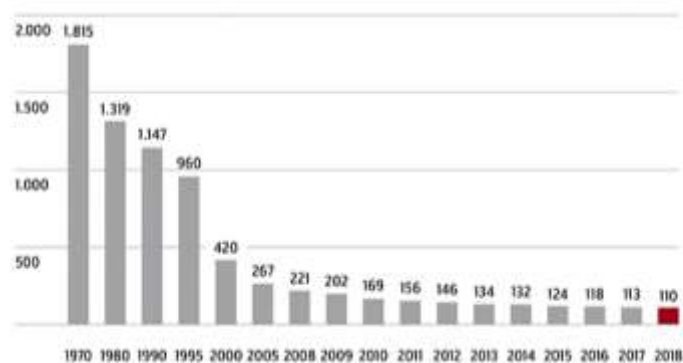


3. ábra

Kormányzati és kötelező társadalombiztosítási források aránya a teljes egészségügyi finanszírozásban 2015. körül (Forrás: OECD)

1.4. A KLASSZIKUS NÉMET PÉLDA

A modern társadalombiztosítási rendszerek fejlődési mintáját adó Németországban a XIX. század végén hozzávetőlegesen 22.000 betegbiztosítási alap működött. Az 1990-es évek elején számuk 1.200 körül volt. A '90-es években végbement konszolidációs folyamatok eredményeként 1999 közepén mintegy 453 társadalombiztosítási alap látta el 72 millió német állampolgár (50,7 millió biztosított plusz hozzátartozóik) egészségbiztosítását. 2018-ra a biztosítók száma 110-re csökkent.



4. ábra

A kötelező társadalombiztosításban résztvevő betegpénztárak száma Németországban (1970-2018) (Forrás: 8)

Jelentősen változott a német társadalombiztosítók összetétele is. Ma már csupán 11 tartományi betegbiztosító működik a 17 német tartományban. A mezőgazdasági munkások pénztárainak száma 20-ról 1-re csökkent. A vállalati betegbiztosítók száma szintén látványosan csökkent 359-ről 107-re.

Várható, hogy a betegbiztosítók száma a jövőben tovább fog csökkenni.

TÍPUS	KÖZPONT	1999.	2004.	2010.	2014.
Regionális általános biztosítók / Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK)	Bonn	17	17	14	11
Vállalati betegbiztosítók / Betriebskrankenkassen (BKK)	Essen	359	229	130	107
Ipartestületi betegbiztosítók / Innungskrankenkassen (IKK)	Bergisch-Gladbach	42	20	9	6
Mezőgazdasági munkások pénztára / Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK)	Kassel	20	14	9	1
Bányászok pénztára / Bundeskknappschaft	Bochum	1	1	1	0
Tengerészek pénztára / See-Krankenkasse	Hamburg	1	1	1	1
Kiegészítő alapok / Ersatzkassen	Siegburg	13	10	7	6
	összesen:	453	292	171	132

4. táblázat

A német betegbiztosítók típusai és száma

A **földrajzi alapon** szerveződő, regionális (tartományi) biztosítók a lakosság jelentős részét ellátják. A lakosok egyes formákban nem választhatnak az alapok között, hanem lakóhelyük szerint vannak besorolva, míg más formákban megengedett a lakóhelytől független biztosító választás is. Az **ágazati biztosítók** egy-egy gazdasági ágazathoz kötődnek (pl. mezőgazdasági munkások, bányászok, stb.), és az adott ágazatban dolgozók egészségbiztosítását látják el. Itt általában zárt rendszerekről van szó, vagyis az ágazati biztosító csak az ágazatban dolgozók illetve családtagjaik egészségbiztosítását látja el. A **vállalati biztosítók** általában egy-egy vállalat vagy vállalatcsoport alkalmazottainak illetve családtagjaik egészségbiztosítását látják el, szintén inkább zárt rendszert képezve.

1.5. A NEMZETKÖZI TAPASZTALATOK ÖSSZEGZÉSE

A magánbiztosítások szerepe elsődlegesen kiegészítő jellegű. Gyakorlatilag Hollandia, Szlovákia, és Németország esetét lehet kiemelni, ahol a magánbiztosítók ajánlanak teljes biztosítási csomagot, beleértve a kötelező társadalombiztosítás nyújtotta alapsomagot is. A többi országban inkább az állami vagy társadalombiztosítási rendszer által nyújtott ellátásokat egészítik ki.

ORSZÁG	MAGÁNBIZT. szerepe	ÉRINTETT lakosság	BIZTOSÍTÓK SZÁMA	
			társadalombizt.	magánbizt.
Belgium	kiegészítő	30%	Funds: 6 Mutualities: 100-nál több	n.a.
Franciaország	kiegészítő	80%	18	n.a.
Németország	alap és kiegészítő	9%	132	52 nagy és 45 kisebb
Olaszország	kiegészítő bizt., helyettesítő szereppel	30%	(állami eü-i r.)	Kb. 200
Luxemburg	kiegészítő	aktív lakosság 75 %-a	9	Kb. 120
Hollandia	alap és kiegészítő	31%	28 betegbiztosítási alap és 3 alap köztisztviselőknek	46
Dánia	kiegészítő	28%	(állami eü-i r.)	1 nagy
Írország	kiegészítő	37-42 %	(állami eü-i r.)	2
Egyesült Királyság	kiegészítő	10,80%	(állami eü-i r.)	45 <
Görögország	kiegészítő	5-8 %	(állami eü-i r.) + 40 nagy és 260 kisebb alap	25
Portugália	kiegészítő	17%	(állami eü-i r.) + 8 < subsistema	n.a.
Spanyolország	(alap és) kiegészítő	15-20 %	(állami eü-i r.)	138
Ausztria	kiegészítő	33%	25	n.a.
Finnország	kiegészítő	n.a.	(állami eü-i r.)	n.a.
Svédország	kiegészítő	n.a.	(állami eü-i r.)	5-10.
Szlovákia	alap és kiegészítő			

5. táblázat

Magán egészségbiztosítások szerepe a nemzetközi gyakorlatban

1.6. AJÁNLÁSOK

Az alábbi ajánlásokat fogalmazzuk meg:

- A magán egészségbiztosítások szerepe a kötelező társadalombiztosításban fő szabályként Európában nem jellemző.
- A kiegészítő (nem kötelező) egészségbiztosításban több országban komoly szerephez jutnak a magánbiztosítók.

IRODALOMJEGYZÉK

1 Busse R, Blümel M. Germany: health system review. Health Systems in Transition, 2014, 16(2):1–296.

2 Rékassy B. (2006): Magán és kiegészítő egészségbiztosítások lehetőségei Magyarországon. ESKI, Budapest

3 Hortobágyi L. (2011): Az önkéntes egészségügyi biztosítás lehetséges szerepe. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 49;5: 32-36

4 Csákvári T, Endrei D, Ágoston I, Boncz I. Az egészségbiztosítási piac sajátosságai. In: Egészségbiztosítási ismeretek. Boncz I, Sebestyén A (szerk). Medicina Kiad, 2015, BUdapest

5 Van de Ven, Wynand P.M.M. & Ellis, Randall P. (2000): Risk adjustment in competitive health plan markets In: A. J. Culyer & J. P. Newhouse (ed.), Handbook of Health Economics, edition 1, volume 1, chapter 14, 755-845 Elsevier.

6 World Bank (2000): Chile - Health insurance issues - old age and catastrophic health costs. Washington, DC: World Bank.

7 Evetovits T. (2004): Lehetőségek és veszélyek az egészségbiztosítási rendszer továbbfejlesztésében In: A szolidaritás az egészségbiztosítás reformjában. Faludi Ferenc Akadémia, Budapest.

8

https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp

2. SZEKTORSEMLEGES FINANSZÍROZÁSI PÉLDÁK A NEMZETKÖZI GYAKORLATBAN

2.1. BEVEZETÉS, DEFINÍCIÓK

Az egészségügy működtetésében számos országban vesznek részt egyre jelentősebb arányban a magánszolgáltatók. Piacra lépére, térnyerésük már a '90-es évek elejétől megfigyelhető a volt szocialista országokban is. A köz- és magánoldal kapcsolata, arányai az ágazaton belül azonban már heterogén képet mutat a nemzetközi gyakorlatban.

A magánoldal bármely egészségügyi szereplő oldalán megjelenhet (finanszírozó, szolgáltató, szabályozó).

A technológia folyamatos fejlődésének velejárója, az egyre növekvő költségek és a növekvő kereslet miatt az egészségügyi rendszerek piacán évtizedek óta működnek magánszolgáltatók – sőt, nem ritkán egész ellátási formákat dominálhatnak vállalkozások, for-profit (FP) és/vagy nonprofit (NP) társaságok. Tipikus példa erre az alapellátás megszervezése több országban is. Utóbbi esetben az is elengedhetetlen, hogy a szolgáltatók szerződésben álljanak adott ország egészségbiztosító szervével, mely során ők is részesülhetnek a közfinanszírozásból az elvégzett ellátásokért – különböző módszerekkel. A magánszektor közfinanszírozásból való részesedésének egy szűkebb körében a *szektorsemlegesség* elve érvényesül.

A *szektorsemleges finanszírozás* lényege, hogy a különböző ellátást végző magánszolgáltatók is *ugyanolyan feltételekkel* köthetnek szerződést az egészségbiztosítóval és ugyanolyan feltételekkel részesülhetnek közfinanszírozásban, mint az állami vagy önkormányzati intézmények. A szektorsemlegesség más ágazatokban (pl. oktatás, kultúra) is megjelenik. Előnyei közé elsősorban az ágazat által nyújtott szolgáltatások minőségének, elérhetőségének javulását szokták sorolni.

Az állami és magánszféra kapcsolatát, együttműködési lehetőségeit, annak előnyeit és hátrányait többen is vizsgálták [1, 2, 3, 4]. A public-private mix a gyógyító-megelőző ellátások egyes formáin belül általában eltérő arányokat mutat- nagy általánosságban azonban elmondhatjuk, hogy az alapellátás, a képalkotó diagnosztika, a fogászat és a krónikus ellátás piacán dominálnak magánszereplők. A költségigényesebb szakellátási kör esetében már megosztottabb a helyzet, a szakrendelők és kórházak struktúrája e szempontból változó. A fejlett országokban nagyobb mértékben non-profit (pl. Hollandia, Kanada, Belgium), kisebb számban pedig for-profit intézmények is végzik a közfinanszírozott ellátásokat (pl. Ausztrália, Franciaország). Az alacsonyabb jövedelmű országok esetében is található magán egészségügyi szolgáltatókat, azonban a központi irányítás és állam általi finanszírozás korántsem működik olyan szabályozottan, mint a fejlett országokban.

A piac nyitásának, a privát szektor bevonásának több oka is lehet. Leggyakrabban az állam az egyenlőtlen ellátórendszerét próbálja javítani azzal, hogy a bizonyos területeken nehezen hozzáférhető ellátások végzésére magánszolgáltatókat szerződtet. Szintén gyakori ok a kapacitáshiányból fakadó hosszú várakozási idő csökkentése. Bizonyos esetekben az állami szférában bekövetkezett humán erőforrás-hiány a magánellátók szerződtetésének oka.

A fejezet első részében képet adunk a magyarországi szektorsemleges finanszírozás gyakorlatáról, valamint az ellátás egyes szintjeinek teljesítmény- és finanszírozási adatairól. Ezt követi egyes európai és harmadik állambeli országok egészségügyi rendszereinek rövid bemutatása.

2.2. AZ ELEMZÉSBEN FELHASZNÁLT ADATOK

A fejezet első felében retrospektív adatelemzés keretén belül országos szinten vizsgáltuk a gyógyító-megelőző ellátások finanszírozási egységeinek változásait (pontszám, súlyszám, alapdíj stb.) 2000-2017 között. A változásokat 2000. decemberi állapotot alapul vett bázisviszonyszám mutatja, a könnyebb összehasonlíthatóság miatt. A magyarországi adatok a NEAK adatbázisából származnak.

A nemzetközi összehasonlítást szakirodalom-elemzéssel történt, elsősorban a *Health Systems in Transition* sorozat országtanulmányai, valamint egyéb releváns nemzetközi kutatások feldolgozásával. A kiválasztásban igyekeztünk olyan különböző egészségügyi rendszerrel rendelkező országokat bemutatni, ahol az alap-, és/vagy szakellátásban public-private mix alapon működik a szolgáltatói oldal. A magánszolgáltatók közfinanszírozását a nemzetközi szakirodalom is leggyakrabban ezen országok példáján keresztül ismerteti. [5, 6]

A legfontosabb vizsgált szempontok a nemzetközi kitekintésben:

- A magánszolgáltatók aránya az alapellátásban, szakellátásban
- Finanszírozási technikák használata
- Szerződéskötéssel kapcsolatos tudnivalók (szerződés tartalma, szerződő felek)
- A magánszektor jelenlétének oka(i)

A vizsgált országok: Egyesült Királyság, Hollandia, Csehország, Horvátország, Litvánia, Franciaország, Svédország, Németország, Japán, Kanada.

2.3. MAGYARORSZÁGI HELYZET

“Egészségügyi szolgáltatónak minősül az az egészségügyi tevékenység végzésére működési engedéllyel rendelkező természetes személy, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet, aki/amely egészségügyi szolgáltatást nyújt.” [7] Magyarországon a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) a szektorsemlegesség elve alapján tulajdonviszonytól függetlenül köt finanszírozási szerződést a szolgáltatókkal. A szerződéskötés feltétele, hogy a szolgáltató átlátható, működési engedéllyel rendelkezik és nincs 60 napon túli köztartozása. A megkötött szerződés alapesetben határozatlan időre szól. A felek lehetnek: önkormányzatok, vállalkozások és NP szolgáltatók egyaránt.

Az egészségügyi szolgáltatást végzők 1992 óta tulajdoni formára tekintet nélkül szerződést köthetnek, és azonos feltételekkel részesülhetnek a finanszírozásból. Az egyes gyógyító-megelőző ellátási formákat csoportosíthatjuk aszerint, hogy annak nyújtásában döntő többségben állami/önkormányzati, vagy vállalkozói/non-profit magánszervezetek vesznek-e részt. Ez alapján az ellátások két részre oszthatók, és az alábbi módon kerülnek felosztásra:

Inkább állami	Részesedés (állami, önkormányzati)	Inkább magán	Részesedés (FP, NP)
Védőnői ellátás	86,1%	Háziorvosi ellátás	90,7%
Járóbeteg-szakellátás	82,5%	Fogászati ellátás	81,8%
CT, MRI	84%	Betegszállítás	94%
Aktív fekvő	97,4%	Otthoni szakápolás	95,9%
Krónikus fekvő	88,4%	Művese-kezelés	87,1%

6. táblázat

Egyes gyógyító-megelőző ellátások közfinanszírozásból való részesedése tulajdoni forma szerint (Forrás: NEAK, 2017)

A magánoldal térnyerése már a rendszerváltást követően megkezdődött: az 1990-s évek elején a művese-kezelés, majd a diagnosztikai szolgáltatások nyitották meg az utat. 2004-től már privát kórházak is megkezdhetik működésüket. Mára azonban ismét egy erős centralizáció, államosított szakellátó rendszer alakult ki hazánkban.

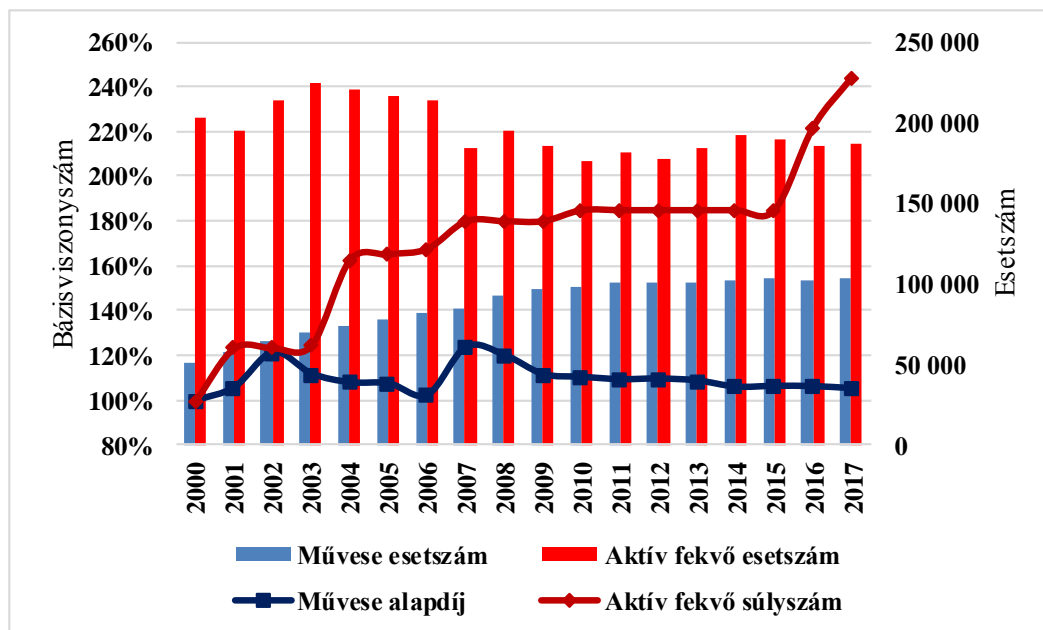
Ami változatlan, hogy az egészségbiztosító tulajdoni formától függetlenül, a fent meghatározott feltételek teljesülése esetén szerződést köt a szolgáltatóval, melyben meghatározzák többek között a kapacitást, az ellátási területet, a teljesítményt és egyéb, ellátás-specifikus adatokat.

Nemzetközi szinten a szolgáltatói oldallal való szerződéskötés gyakorlata igen eltérő képet mutat. A legtöbb esetben az ország egészségbiztosítója(i) jogosultak finanszírozási szerződést kötni – azonban, hogy ebben milyen mértékben van választási lehetőségük, már változó. Példaképp, Magyarországon a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő nem jogosult az úgynevezett szelektív szerződéskötésre és nem méri fel az egészségügyi igényeket; amennyiben az ellátó/orvos az egyéb feltételeknek megfelel (működési engedély, területi ellátási kötelezettség, háziorvos esetében feladatellátási szerződés az önkormányzattal), köteles a jogi kapcsolatot létrehozni (kivéve gyógyszerek esetében).

A felsorolt ellátások finanszírozása az adott típushoz igazodik, az alapellátásban elsősorban fejkvóta-alapon (*capitation*) történik a bevétel meghatározása (házi orvos, védőnő), máshol esetfinanszírozás (*fee for service, FFS*) (járóbeteg-szakellátás), vagy normatív elszámolás használatos (pl. aktív fekvőbeteg szakellátás). Összehasonlításuk a szükséglet, teljesítmény és finanszírozási technika eltérő mutatószámai miatt nagyon nehéz.

A nemzetközi gyakorlatban is változó technikákkal határozzák meg az egyes szolgáltatásokért járó összeget. A finanszírozási metódusok az évek során is változnak, reformokon esnek át, hogy a kifizetés és teljesítmény mind hatékonyabb legyen és jobban szolgálja a szereplők érdekeit.

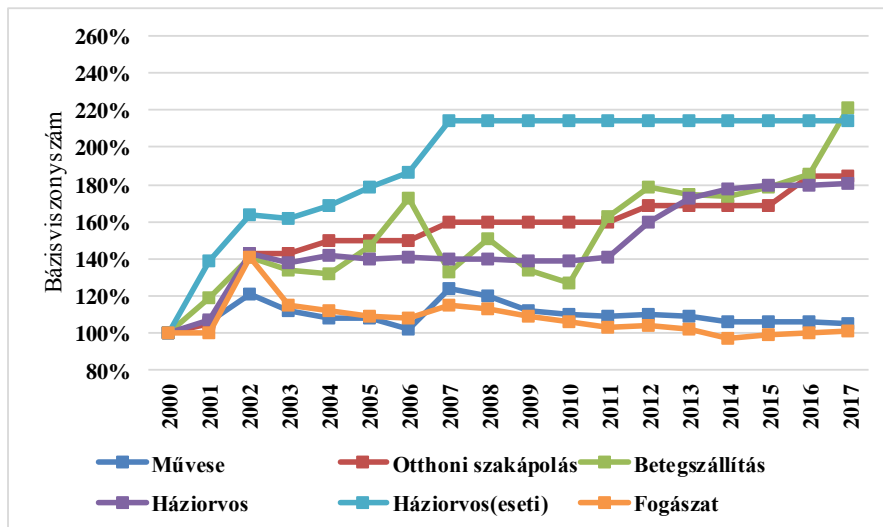
Kérdés, hogy van-e különbség az alapdíjak változásában 2000-2017 között a privat- és államilag domináns ellátási típusok között? Nehéz összehasonlítani, hiszen más és más szabályok vonatkoznak a magánszolgáltatók vagy állami intézmények által dominált ellátási típusokra. Példaképp, az alábbi ábrán egy privat ellátók által működtetett (művese) és egy központi, állami kézben lévő ellátás (aktív fekvő) alapdíját (bázisviszonyyszám, bázis év: 2000.) és teljesítményét (esetszám) láthatjuk. A finanszírozási egységek adott év decemberi értékük szerint kerültek feltüntetésre.



5. ábra

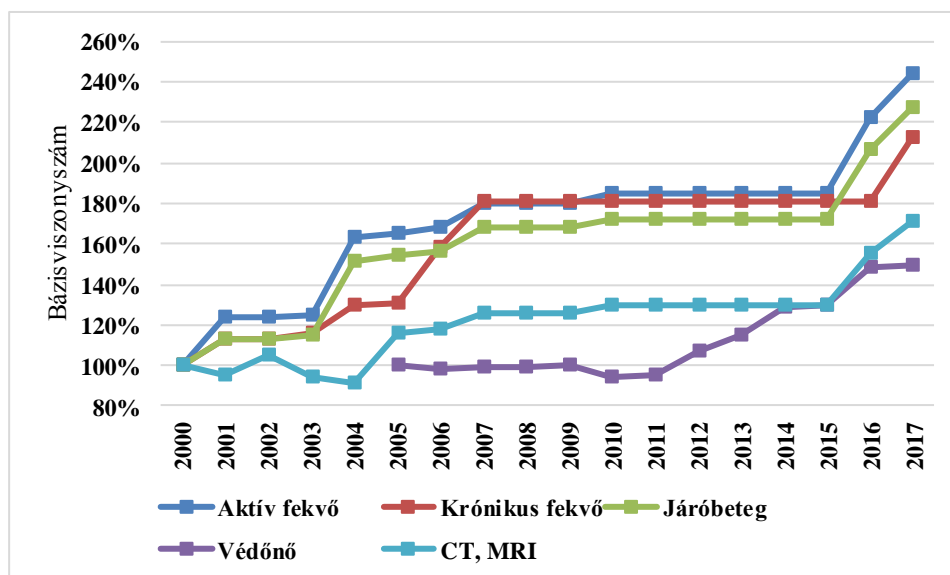
Magán (művese) és állami (aktív fekvő) ellátások esetszámának és elszámolásának változása 2000-2017. között

Az aktív fekvőbeteg-szakellátás során 2004 után az ellátott betegek számában csökkenés mutatkozik meg, mely a teljesítményvolumen-korlát bevezetésének tudható be. Az alapdíjak forint-értéke azonban néhány évente kisebb mértékben emelkedett, illetve 2016-ban egy jelentősebb – sokak által régóta várt – emelés is látható. Ugyanakkor a dialízisek száma folyamatosan emelkedik, az alapdíj azonban nem követi e trendet, 2008 óta csökken az egy esetre jutó finanszírozás. A többi ellátást vizsgálva azt látjuk, hogy a 2000. decemberi díjhoz viszonyítva a magán-ellátók által többségben végzett szolgáltatások alapdíjai kisebb mértékben emelkedtek (az akkori díj 1,68-szorosa 2017-ben), míg az állami szinten működő ellátási formáké jobban (2,01). Az igazi különbséget a 2016-tól megemelkedett alapdíjak magyarázzák minden „állami” ellátási formában (védőnő, anya- gyermek és ifjúságvédelem; járóbeteg; ct, mri; fekvőbeteg szakellátás).



6. ábra

Magánszolgáltatók által dominált ellátási formák finanszírozási egységeinek változása 2000-2017 (decemberi értékek) között. Bázis: 2000. december (Forrás: NEAK)



7. ábra

Közszolgáltatók által dominált ellátási formák finanszírozási egységeinek változása 2000-2017 (decemberi értékek) között. Bázis: 2000. december (Forrás: NEAK)

A kettő közti különbséget magyarázhatja a súlyszámokba (járóbeteg-szakellátásban a németpontba) beépített béremelés, mely *azonban nem minden ellátási formát érint*.

A jövőben az egészségügyi szolgáltatók további egységesítése várható. Míg a NEAK szerződéssel rendelkező állami és magánszolgáltatók egyaránt az elvégzett teljesítmény jelentésére kötelesek, a finanszírozási körből kimaradó magánszolgáltatóknak nincs efféle

kötelezettségük. 2018. novemberétől azonban már ezek az ellátók is jelentési kötelezettséggel fognak bírni, így összehasonlíthatóvá válnak majd az egyes szektorok.

A továbbiakban a szektorsemlegesség nemzetközi gyakorlatát tekintjük át néhány olyan ország példája alapján, ahol a magánszolgáltatók is releváns részei vagy az alap-, vagy a szakellátásnak. *A legfontosabb információkat a mellékletben található táblázat foglalja össze.*

2.4. NEMZETKÖZI KITEKINTÉS

Egyesült Királyság

Az Egyesült Királyságban szintén az egyes szolgáltatásoknál kialakult hosszú várakozási idő miatt volt szükség a kapacitásbővítésre a magánszektor segítségével. Észak-Írország egyes területein például a fogászati ellátás hiányosságát oldották meg a privát ellátók bevonásával. Skóciában a magánoldal csak a várólisták rövidítése céljából végez NHS által finanszírozott ellátást. [8]

2013-tól a Klinikai Szolgáltatás-vásárló Csoportok (*Clinical Commissioning Group, CCG*), akik a szolgáltatások NHS-től való vásárlásáért felelősek, már nem csak állami, hanem non-profit és for-profit intézményekkel is szerződhet. Mégis, az alapellátásban bár jelentős az NHS szerződéssel rendelkező magánszolgáltatók hányada, a szakellátásban túlnyomórészt közintézmények találhatóak. [9] Az úgynevezett ISTC (*Independent Sector Treatment Centre*) körbe azon szolgáltatók tartoznak, melyek NHS-finanszírozott ellátást nyújtanak egyes ellátási körökben, az állami ellátók terhének enyhítése céljából.

Szerepvállalásuk az egészségügyben eltérő kritikákat kapott egy felmérés alapján [10]. A brit orvosok körében végzett felmérésben résztvevők 67%-a szerint nem fogadható el az NHS által tulajdonolt más gazdasági forma a szolgáltató szektorban. Szerintük a független egységek az ellátás széttagozottságához vezetnek, valamint a nyereségszerzést helyezik előtérbe a minőségi ellátással szemben. A megkérdezettek negyede gondolja, hogy nincs helye az egészségügyi rendszerben ISTC ellátók közfinanszírozásának, míg 14%-uk pozitív hozadékot lát bennük. Többek között az NHS szolgáltatókra nehezedő teher enyhítését, vagy a páciensek választási lehetőségeinek kiszélesítését sorolják ezen ellátók előnyei közé.

A szakellátás finanszírozása (mintegy 60%-ban) [11] az egyes ellátók által szolgáltatott költségek átlaga alapján történik. Ezeket a költségeket egy-egy kódhoz rendelik (HRG), melyek értékét időnként aktualizálják bizonyos tényezők szerint (technológia fejlődése, elhelyezkedésből adódó költség-különbségek (*Market Forces Factor*) figyelembevételével). 2009-től egy új finanszírozási formát vezettek be (*Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN)*), melynek lényege, hogy a kifizetés mintegy 2,5%-át bizonyos, korábban meghatározott egészségügyi célok teljesítéséhez kötik.

Hollandia

A szolgáltatói oldalt teljesen a magánszektor dominálja. A kórházi ellátást legnagyobb számban nonprofit szolgáltatók végzik; sokáig a kórházak nyereségorientált működése éles ellenkezést váltott ki.

Hollandiában az egészségbiztosítók vásárolják meg biztosítottjaik számára az egészségügyi szolgáltatásokat. Tárgyalás útján állapodnak meg a finanszírozandó összegben, azzal a kikötéssel, hogy egyes ellátásoknál nem mehetnek az Egészségügyi Hatóság által meghatározott maximális ár fölé. Egyes ellátási formák esetében az árak egy része alku tárgya (2013-ban a szolgáltatások 70%-a ilyen), míg másoké (pl. transzplantáció) nem.

A teljesítmény, minőség és árak szolgáltatókkal való megállapodása mellett a szelektív szerződéskötés is használatos technika a biztosítók által - ám utóbbit csak korlátozott mértékben és ellátási körben alkalmazzák. Nem megfelelő minőségű, vagy túl drága ellátás nyújtása esetén a biztosító szerződést bonthat. [12]

Az aktív szakellátás fő finanszírozási technikája szintén DRG alapú (DBC). Az általuk alkalmazott módszer azonban lehetőséget ad arra, hogy egy pácienshez több kódot is rendeljenek, így multi-morbiditás esetén hatékonyabban lehet az ellátásokra szabni a finanszírozást. A kód és a korábban szerződésbe foglalt egyéni ár adja együtt az ellátásért járó díjat.

A DBC nemcsak a szakszemélyzetet, diagnosztikai és orvosi eszközöket, hanem egyéb közvetett költségeket is fedez (kutatás, képzés). Mégis, egyes járulékos többletterheket, melyeket a DBC-k nem tartalmaznak, kiszámlázhatnak a biztosító felé.

Csehország

A '90-es években kezdődött reform eredményeképpen az alapellátás legnagyobb részét, de a járóbeteg-szolgáltatók jelentős hányadát is már magán-szolgáltatók működtetik, akik szerződésben állnak valamely cseh egészségbiztosítóval. 2013-as adatok szerint 28.753 szolgáltatóból, 213 működött az EüM és más központi szervek égisze alatt, 318 regionális/önkormányzati fennhatóságú, míg 28.222-t egyének, egyházak és más privát társaságok tettek ki – természetesen ezek legnagyobb többsége az alapellátásban dolgozik.

Csehországban a regionális hatóságok regisztrálják, míg az egészségbiztosítók szerződtetik a szolgáltatókat. A cseh Egészségügyi Minisztérium által összehívott Bizottság az, aki javaslatot tesz a szolgáltató szerződtetésére, így Magyarországhoz hasonlóan e kérdéskörben nincs a cseh biztosítóknak jelentős szerepük, nem dönthetnek a Bizottság véleménye nélkül a szolgáltatók közfinanszírozásba való bevonásáról (bár a Bizottságba delegálhat tagot egészségbiztosító, de nem dönthet kizárólagosan). A tulajdoni forma nem, csupán az adott terület lefedettsége mérvadó a döntési folyamatban. A szerződés általában 5-8 évre szól, melyet évente átvizsgálhatnak és változtathatnak a Minisztérium által kiadott Finanszírozási Irányelv változása esetén. [13]

Horvátország

A horvát egészségügyi szolgáltatók Magyarországhoz hasonlóan szektorsemleges finanszírozásban részesülnek, az egyedüli horvát egészségbiztosítóval kötött szerződést követően. A finanszírozó az, aki egyoldalúan meghatározza a szolgáltatásokért járó díjazást és a fizetési technikákat. Az ellátást a mindig hatályos *országos egészségügyi terv* által kitűzött célokhoz igazítja a szerződéskötéskor. Az állami és magánkórházak a szerződéskötés után automatikusan az *Országos Egészségügyi Hálózat* tagjaivá válnak.

A magánoldal a kórházi ellátás körülbelül egyötödét teszi ki, arányuk az alapellátásban jóval nagyobb. A horvát biztosító emellett háromévente versenyezteti is az ellátókat a finanszírozási körért, melyet a minőségi ellátás fenntartása érdekében alkalmaznak.

2009 előtt a szakellátásban esetfinanszírozás működött, mely a későbbiekben a járóbeteg finanszírozásban megmaradt, a kórházi ellátásban azonban az ausztrál DRG-rendszert (AR-DRG) vezették be, egy volumenkorláttal kiegészítve. [14]

Litvánia

Az 1996-ban hatályba helyezett törvény jogosítja fel a privát szektorban működőket, hogy vegyenek részt a közszolgáltatások nyújtásában. Számuk egyre növekedik: 1998 és 2010 között a privát szolgáltatók aránya 2,5-szeresére növekedett, mára már a lakosság mintegy harmadát a magánoldal szerződötett intézményei látják el. Magánellátók működnek elsősorban az alapellátásban, fogászatban, pszichoterápia és kozmetikai sebészet területén, de 2008 óta már a járóbeteg-szakellátásban is egyre növekvő hányadot tesznek ki.

A finanszírozandó ellátások listáját az Egészségügyi Minisztérium határozza meg, csakúgy, mint a finanszírozási technikákat, referencia-árakat és a szerződések további tartalmát. A litván egészségbiztosító a Minisztérium alá van rendelve. [15]

A magánszolgáltatók, melyek az egészségbiztosítóval szerződést kötöttek, általában fizetős betegek mellett fogadják az állam által biztosítottakat is. Az egészségbiztosító fizet az elvégzett szolgáltatások után, valamint egy fejkvóta jellegű /fő összeget minden regisztrált biztosított után. Az állam egyes ellátásokért további juttatásokat is adhat. Mindezek ellenére egyes magánszolgáltatók co-paymentet is kérhetnek a páciensektől, ha az államtól, illetve biztosítótól származó bevétel nem fedezi költségeiket.

Egy tanulmány szerint a privát szolgáltatók elsődleges célja a közfeladatokban való részvétellel nem a bevétel növelése - a szolgáltatói oldal nyilatkozatai alapján az közel sem fedezi a költségeket -, hanem az egészségbiztosítóval való szerződéses kapcsolattal járó presztízs. Az MRI szolgáltatók például a közfeladat ellátása mellett gyakran hétvégeken is nyitva tartanak, az eszközök maximális kihasználtsága, így profitmaximalizálás miatt. [5]

Svédország

A svéd egészségügyi rendszer erősen decentralizált és döntően állami tulajdonú. A magánszolgáltatók aránya változó az egyes megyék között, míg a kórházak mindössze 4-4%-a for-profit és nonprofit jellegű. Közfinanszírozott magánellátó természetes vagy jogi személy úgy lehet, ha megállapodást köt a *megyei tanáccsal* feladatellátásra. Az így finanszírozásra jogosult orvosok esetfinanszírozás útján fedezik költségeiket. A kilencvenes évek közepén,

mikor a megállapodás még nem volt feltétel, sokan éltek a lehetőséggel – azóta azonban nagyon kevés új belépő jön a piacra. [9]

2009 előtt a két szektor még nem működhetett egyenlő feltételekkel a szolgáltatásban. Felismerték azonban és törvénybe foglalták, hogy a finanszírozás során a beteg választásához kell igazodni, és azt az ellátót fizetni (ugyanolyan mértékben), melyet a beteg választ. [16]

Németország

Németországban az alapellátásban dolgozó orvosok és a betegpénztárak között egy köztes szerv, a Pénztári Orvosok Egyesülete (*Kassenärztliche Vereinigung*) áll. A pénztárak lényegében nekik fizetnek az Egyesületekhez tartozó orvosok után, amit aztán szétosztanak tagjaik között. Lehetőség van azonban a szolgáltató és finanszírozó közötti közvetlen szerződéses kapcsolat létrehozására is.

Az alapellátás itt is döntően magán, míg a kórházak között viszonylag egyenlített a kép: 2016-ban az ágyak körülbelül 40%-a állami, 30-30%-a pedig NP és FP intézményben található. A preventív és rehabilitációs intézményekben a FP társaságok aránya ennél is nagyobb.

Az alapellátásban fejkvóta rendszer működik, míg a járóbeteg-szakellátásban a nálunk is használatos németpontok adják a finanszírozás alapját. A kórházi ellátás finanszírozása normatív, DRG alapú, mely 2009-től lett egységesen használatos. [17]

Franciaország

Bár a fejezet témakörének ellentmond, de Franciaország jó példát szolgáltat arra, milyen problémák születhetnek egy kevert-ellátórendszerben (állami és magán), ahol a közfinanszírozásból mindkettő részesül ugyan, de a szektorsemlegesség elve nem érvényesül.

Az alapellátás itt is magán, míg a szakellátásban az egyes ellátási formák szerint változik, hogy melyik szektor a domináns ellátó. A kórházakban 2005-től vezették be a DRG alapú finanszírozást; azelőtt a közkórházak bázisfinanszírozással, míg a for-profit ellátók részesedése FFS módszerrel történt. A normatív finanszírozás (T2A) bevezetése után sem egységes az egyes betegségcsoportok ára: egy állami intézményben a meghatározott ár fedezi a teljes költségeket, míg egy magánintézményben nem tartalmazza az orvosi, valamint egyes diagnosztikai költségeket. Egységesíteni próbálták 2010-ben, de három évvel később a közkórházak heves tiltakozása miatt e törekvések abbamaradtak, hiszen az árak azonossá tétele esetükben bevételkiesést okozott volna. TVK szerű technika is megfigyelhető, azonban itt is a határokat külön-külön határozták meg az állami és magánszektorra (nem intézményekre!) nézve. [18]

Japán

2014-es adatok szerint a japán kórházak 85%-a magántulajdonú, nonprofit intézmény. Az otthoni ápolást végzők és az idősgondozók is magánkézben vannak, előbbi 40%-a, utóbbi 58%-a FP jellegű. Az egészségügyi intézmények szigorú szabályozása szerint történik: a japán egészségügyért felelős Minisztérium diktálja a finanszírozással kapcsolatos feltételeket, melyek tulajdonviszonytól függetlenül vonatkoznak minden ellátóra. Szintén jogszabályba foglalt, hogy a kórházak, klinikák NP formában, orvosok irányításával működjenek. FP társaságok nem lehetnek kórházak tulajdonosai – kivéve azokat a már megalapított ellátókat, melyeket egyes cégek saját dolgozóik ellátására hoztak létre. [19]

A többi vizsgált országtól eltérően a napidíj egy formáját alkalmazzák a szakellátás finanszírozására, FFS technikával kiegészítve. A finanszírozás hozzánk hasonló módon egyfajta pontrendszerként működik – minden ellátáshoz adott pontszámot rendelnek, ami a kifizetés alapja. [20] A kórházi ellátások egy része továbbra is FFS alapú (pl. 1000 pontnál nagyobb sebészeti beavatkozások, altatás, sugárterápia), azonban a kiadások több, mint felét már az úgynevezett DPC (*Diagnostic Procedure Combination*) módszer alapján számítják. Ez a DRG technikához hasonló, azonban itt egy, a kódok által meghatározott összegű napidíj az, ami az ellátás költségeit fedezi. [21]

Kanada

Az ország egészségügyi rendszerének szervezése megosztott, a Regionális Egészségügyi Hatóságok (*Regional Health Authority, RHA*) feladatkörébe tartozik működtetésük. Ennek megfelelően a vizsgált változók is eltérők az országon belül. Az alapellátás leginkább itt is privát szolgáltatók által működtetett, míg a szakellátó egységek jobban megoszlának az állami (RHA-k által irányított) és nonprofit jogviszonyok között. A mentés és diagnosztika is döntően magánkézben van.

Az alapellátás finanszírozásában a fejkvóta és FFS technikák kombinációja jellemző. A kórházak kis kivétellel bázisfinanszírozásban részesülnek, mely összeg az előző év teljesítménye alapján kerül meghatározásra. Némely RHA azonban ettől eltérően a teljesítményalapú finanszírozással is megpróbálkozott, ám ennek aránya elenyésző az országon belül. [22]

Az állami és magánszolgáltatók arányát és finanszírozási technikákat néhány külföldi ország tekintetében a mellékletben található táblázatban mutatjuk be.

2.5. MEGBESZÉLÉS

2.5.1. Hasonlóságok és különbségek

Habár Magyarország és a vizsgált országok egészségügye sokszínű, bizonyos tendenciák szinte mindenhol megfigyelhetők. Az alapellátás terén például már általános, hogy nagyjából magánellátók (szerződéses orvosok, csoportpraxisok) működnek. Arányuk emellett a diagnosztikai ellátások, idősgondozás területén is egyre növekvő.

Finanszírozás tekintetében elmondható, hogy az alapellátásban legnagyobb arányban a fejkvóta alapú technikák használatosak, míg az ezt kiegészítő finanszírozási módszerek már változatosabbak. Szakellátás területén az FFS, illetve a DRG jellegű mechanizmusok valamelyike fedezi a költségek legnagyobb részét. Nagy eltérés adódik azonban a betegcsoportok számában és a kódok által fedezett költségtípusok körében. A kiadások megfékezésére bevezetett plafonok, az itthoni teljesítményvolumen-korláthoz hasonló limitek is sok helyen fellelhetők.

A szolgáltatók tulajdonos szerinti aránya a szakellátásban már jóval nagyobb szórást mutat. Svédországban például a kórházak csak igen kis hányada van magánkézben, míg például Hollandiában, Japánban döntően a nonprofit ellátók dominálnak. Az egészségbiztosítók száma, szerepköre, döntési jogköre is változó az egyes országokban. Van, ahol az akkreditált egészségügyi intézmények kötelező befogadása az általános, míg máshol a szolgáltatók versenyeztetése, a szelekció az ellátás minőségének és hatékonyságának egyik eszköze.

A finanszírozás hasonlóságai és különbségei mellett érdemes vizsgálni azt is, mi is a magánoldal felé való nyitás oka egy-egy államban. A kiszervezés egyik kiváltó oka lehet például a humán erőforrás-hiány kérdésének megoldása (pl. Svédország), a kapacitás-növelés, vagy a várakozási idő csökkentése.

2.5.2. Lehetőségek és veszélyek

Számos tanulmány vizsgálja a két szektor minőségbeli, hatékonyságbeli különbségeit, és ezek között egyaránt találunk pozitív és negatív konklúziót állami és magán szférára egyaránt.

Egy tanulmány szerint az államilag működtetett és finanszírozott ellátórendszerben a választás lehetőségének hiánya és a betegelégedettség csökkenése várható [23], kevésbé hatékony a verseny hiánya miatt, melyet a magánoldal belépése orvosolhat. Ideális esetben a magánszereplők jelenléte előrébb viszi az egészségügyet: segítenek kielégíteni a közfinanszírozás és kapacitás által nem kielégíthető társadalmi igényeket, többletforrást teremthet az ágazat számára.

A magánoldal térnyerése után fontos kérdés lehet a közfeladatok finanszírozásának módja. A szektorsemlegesség alapvetően előnyökkel járó elv. Hiánya feszültséget szíthat a két szektor képviselői között (pl. Franciaország), és bár Japán esetében egyes szereplők az egységes finanszírozást igazságtalannak tartják, kimutatták, hogy az egészségügyi dolgozók területi egyenlőtlenségének csökkenéséhez is hozzájárult ez a szabályozás. [19] Egy másik tanulmány szerint azonban a privát intézmények belépése elszípolyozza az egészségügyi dolgozókat az állami intézményektől a jobb munkafeltételek miatt, mely végső soron egy „drágább, de nem jobb” rendszerhez vezet. [9]

Úgy tűnik, nincs és nem is lehet egységesen, minden esetben „jobb” oldalt választani. Állandó ellentétet okoz az egészségügyben a minél magasabb minőségű, ugyanakkor minél gazdaságosabb ellátás szolgáltatása. Chalkley és Sussex a különböző tulajdonviszonyú szolgáltatókra szabott szerződéskötést látja megoldásnak: „Minden szolgáltatónak szabályozásra van szüksége. Minden szolgáltatónak jól átgondolt szerződéses megállapodásra van szüksége, mely felismeri adott szolgáltató erősségeit és gyengeségeit – és ezek bizony különböznek az egyes gazdasági formákban.” [24]

Összességében elmondható, hogy egy állami és privát szolgáltatókat egyaránt nemcsak működtető, de közfinanszírozásra szerződötető rendszer a lakosság differenciált igényeit is képes lehet figyelembe venni és annak megfelelően működni.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Glasby J, Dickinson H. 2nd ed. Bristol, United Kingdom: Policy Press; 2008. Partnership working in health and social care: what is integrated care and how can we deliver it?
- [2] Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. Kodner DL, Spreeuwenberg C *Int J Integr Care*. 2002; 2():e12.
- [3] Kernaghan K. Partnership and public administration: conceptual and practical considerations. *Canadian Public Administration*. 1993;36(1):57
- [4] Babiak K, Thibault L. Challenges in multiple cross-sector partnerships. *Nonprofit Voluntary Sector Quarterly*. 2009;38(1):117–43
- [5] Eurofound (2015). Delivering public services: A greater role for the private sector? An exploratory study in four countries.
- [6] E. Mossialos, A. Djordjevic, R. Osborn, and D. Sarnak (eds.), *International Profiles of Health Care Systems*, The Commonwealth Fund, May 2017.
- [7] neak.gov.hu (Megtekintés ideje: 2018. 09. 28.)
- [8] Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'Neill C, Steel D. United Kingdom: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2015; 17(5): 1–125.
- [9] Best practices and potential pitfalls in public health sector commissioning from private providers. Expert Panel On Effective Ways Of Investing In Health. European Commission, 2016.
https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/docsdire/014_publichealthsector_privateproviders_en.pdf
- [10] Privatisation and independent sector provision of NHS healthcare. British Medical Association, 2016.
- [11] Marshall L, Charlesworth A, Hurst J (2014) The NHS payment system: evolving policy and emerging evidence. Research report. Nuffield Trust.
- [12] Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E (2016). The Netherlands: health system review. *Health Systems in Transition*, 2016; 18(2):1–239.
- [13] Alexa J, Rečka L, Votápková J, van Ginneken E, Spranger A, Wittenbecher F. Czech Republic: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2015; 17(1):1–165
- [14] Džakula A, Sagan A, Pavić N, Lončarek K and Sekelj-Kauzlarić K. Croatia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2014; 16(3): 1–162.
- [15] Murauskienė L, Janonienė R, Veniute M, van Ginneken E, Karanikolos M. Lithuania: health system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(2): 1–150.
- [16] Anell A, Glenngård AH, Merkur S. Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2012, 14(5):1–159
- [17] Busse R, Blümel M. Germany: health system review. *Health Systems in Transition*, 2014, 16(2):1–296
- [18] Or Z.: Implementation of DRG Payment in France: Issues and Recent Developments. *Health Policy*. 2014 Aug;117(2):146-50.
- [19] Tatara K, Okamoto E. Japan: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2009; 11(5): 1–164
- [20] Xing Zhang, Tatsuo Oyama: Investigating the health care delivery system in Japan and reviewing the local public hospital reform. *Risk Management and Healthcare Policy* 2016;9 21–32

[21] <http://japanhpn.org/en/finan2/> (Megtekintés ideje: 2018. 10. 03.)

[22] Gregory P. Marchildon. Canada: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(1): 1 – 179.

[23] Blanchette, C. and E. Tolley, *Public and Private Sector Involvement in Health Care Systems: Comparison of OECD Countries*. Economics Division, Govt. of Canada. February 2001.

[24] Chalkley, M. and Sussex, J. (2018). *Private Provision of Publicly Funded Health Care: The Economics of Ownership*. OHE Briefing, London: Office of Health Economics.

3. TECHNOLÓGIAI FEJLŐDÉS HATÁSA AZ EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOKRA, AZ EGÉSZSÉGÜGYI TECHNOLÓGIAÉRTÉKELÉS SZEREPE

3.1. HÁTTÉR: AZ EGÉSZSÉGÜGY FEJLŐDÉSE A XX. SZÁZAD SORÁN

Sok szempontból a jelenleg elérhető magas szintű egészségügyi ellátás az emberi törekvések egyik legnagyobb eredménye. Olyan beavatkozások és kezelések váltak ma elérhetővé, amelyek elképzelhetetlenek lettek volna a korábbi generációk számára; halálos betegségek váltak gyógyíthatóvá; a fájdalom és a szenvedés sok esetben jelentősen mérsékelhetővé vagy megszüntethetővé vált. Az elmúlt évszázadban példátlan fejlődés sorozata - az antibiotikumoktól és az oltásoktól, a szervátültetésen át a robotműtétekig - forradalmasította a betegségek leküzdésének lehetőségét.

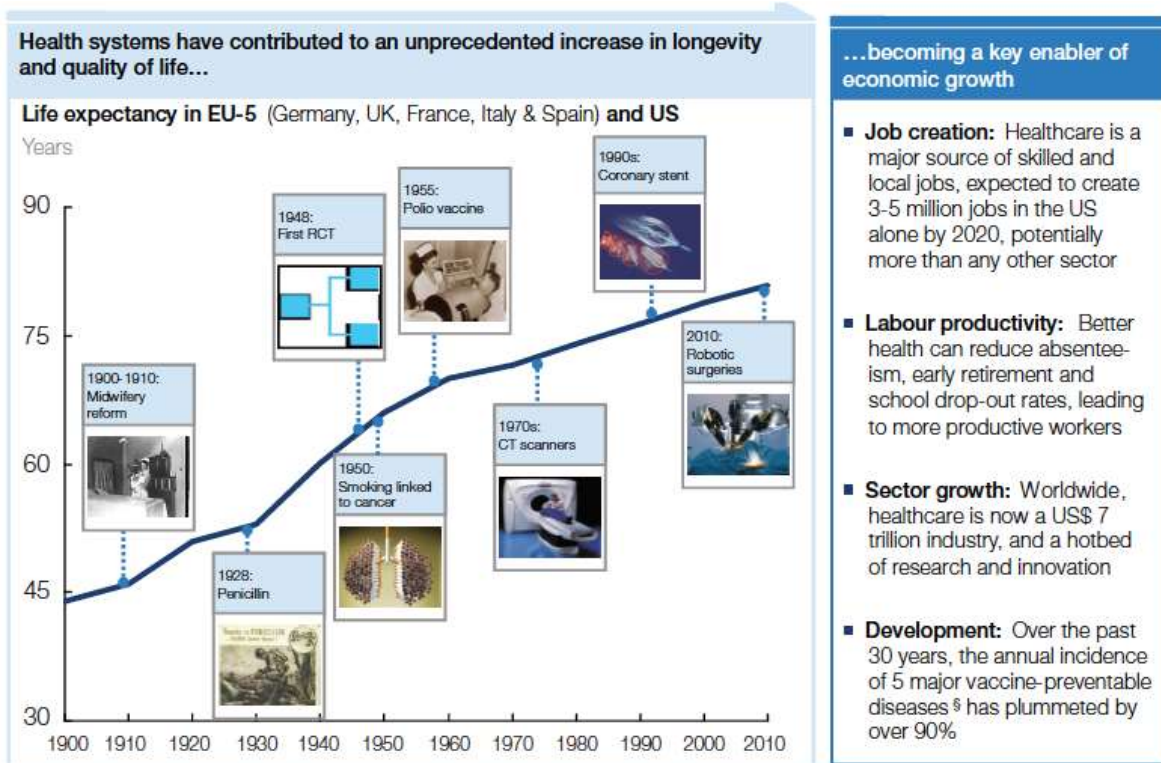
A gazdaságilag legfejlettebb országok megteremtették azt a szükséges infrastruktúrát, amely biztosítja, hogy ezek az előnyök nyújthatók azok számára, akiknek szüksége van rá. Ennek eredményeképpen jelentősen csökkent a halálozás aránya szívbetegségek, a stroke, a legtöbb fertőző betegség és még a rák egyes típusai esetén is. Az elmúlt évszázad folyamán a várható élettartam majdnem megduplázódott (lásd 1. számú ábra).

Az életminőség javítása mellett az egészségügyi ágazat jelentősen hozzájárult gazdasági növekedéshez is. A társadalom kedvezőbb egészségügyi állapota számos országban jelentősen növelte a munkaerő termelékenységét. Az egészségügyi ellátás fejlődése lehetővé tette, hogy több felnőtt dolgozhasson, és az élettartam meghosszabbodásával hosszabb időt (több évet) is dolgozzon. Emellett számos ember részére számára vált lehetővé, hogy magasabb iskolázottsággal kerüljenek be a munkaerőpiacra, mivel az egészséges gyerekek nagyobb eséllyel járnak az iskolába.

Az egészségügy egyúttal jelentős foglalkoztató és az üzleti világ egyik meghatározó színtere is. Például Svájcban az egészségügyi ellátás a teljes foglalkoztatás több mint 15% -át teszi ki. Svédország évente kb. 35 milliárd eurót (kb. 46 milliárd dollárt) költ egészségügyre, ugyanakkor évente 10 milliárd euróra tehető (kb. 13 milliárd dollárra), csak a stockholmi Karolinska Intézet környezetében kialakult egészségügyi vállalkozásokból visszaáramló összeg. Világszerte az egészségügyi ellátás piaca jelenleg mintegy 7 trillió dollárra tehető.[1]

Az egészségügyi rendszerek példa nélküli módon hozzájárultak az élettartam növekedéséhez, és az életminőség javulásához, ami a gazdasági növekedés kulcsfontosságú előfeltétele (lásd 1. ábra):

- az egészségügy jelentős foglalkoztató,
- hozzájárul a termelékenység növekedéséhez,
- jelentős kutatási és innovációs potenciált biztosít és
- a fejlesztések révén hozzájárul a betegségek megelőzéséhez is (oltások).



§ Diphtheria, polio, measles, pertussis and tetanus

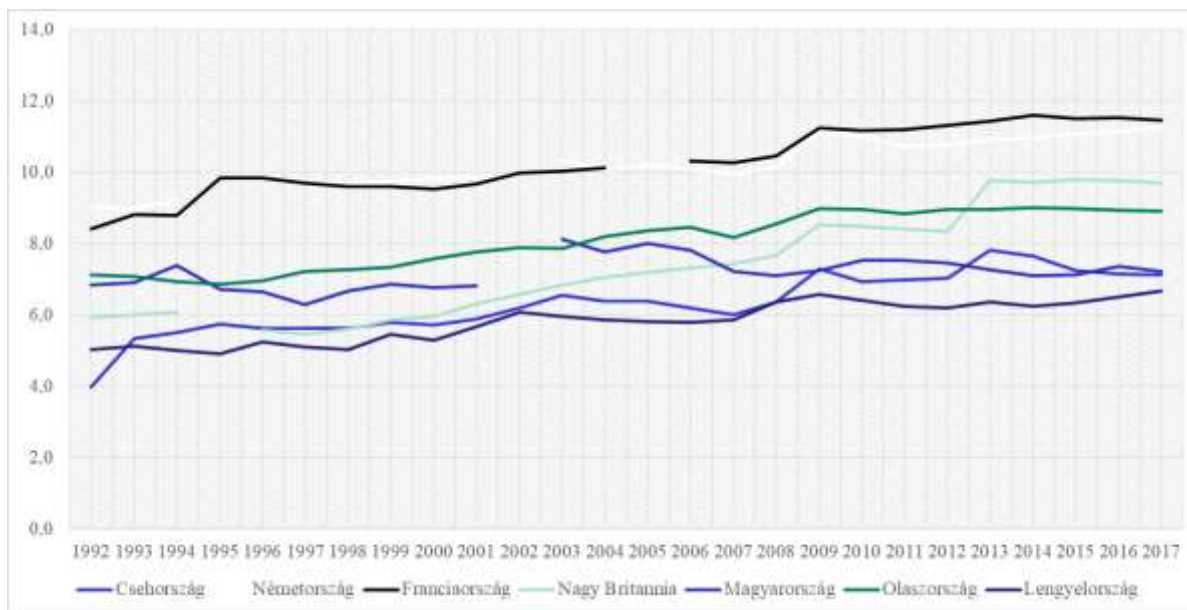
8. ábra

Várható élettartam alakulása az EU-5 országokban (Németország, Egyesült Királyság, Franciaország, Olaszország, Spanyolország) és az Egyesült Államokban

3.2. AZ EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK NÖVEKEDÉSI ÜTEME

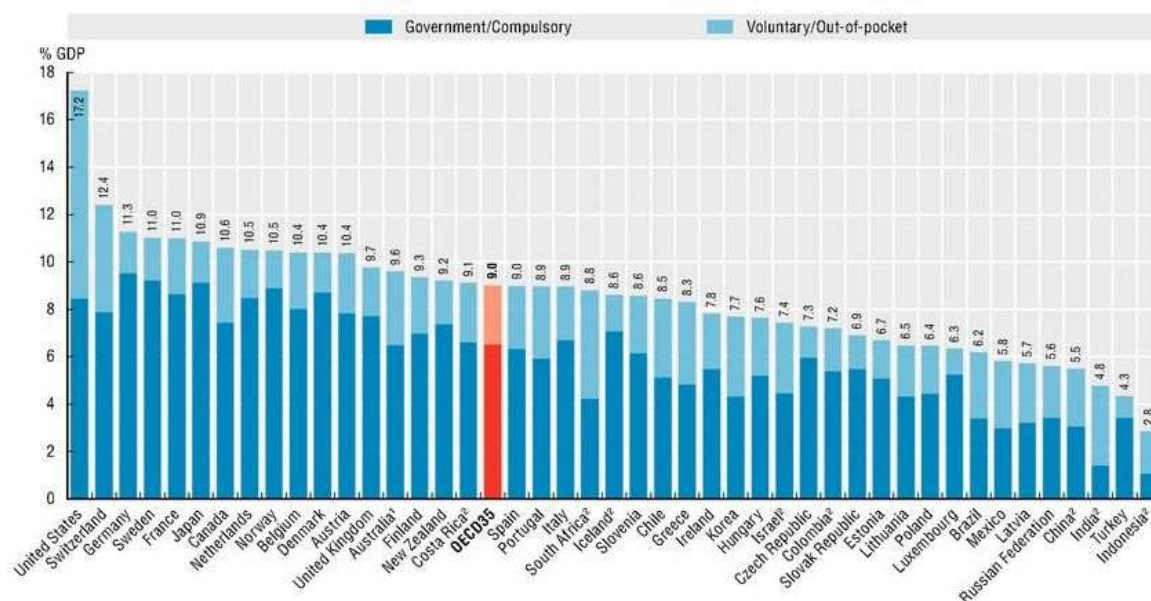
Az egészségügyi rendszerek nagy sikereket értek el az elmúlt évszázadban, elősegítve a hosszabb, egészségesebb életet, és ezzel hozzájárulva a jóléthez és a gazdasági növekedéshez. A fejlődésnek azonban komoly ára volt, az OECD országokban az elmúlt évtizedekben az egészségügyi kiadások növekedésének üteme folyamatosan meghaladta a gazdaság növekedési ütemét.

A legtöbb iparosodott országban, így az Európai Unió valamennyi tagállamában is, az egészségügyi ellátás jelentős része a közkiadásoknak. Jelenleg az EU-ban az egészségügyre fordított teljes kiadás a GDP 4-11% -át teszi ki, amelyből a GDP 3-9% -át állami forrásokból finanszírozzák. Ráadásul, mivel a teljes állami kiadások 10-18%-át teszi ki, az egészségügyi ellátás ezért a társadalmi kiadások legjelentősebb tételei közé tartozik.



9. ábra

GDP arányos egészségügyi kiadás hét európai országban, 1992-2017



Note: Expenditure excludes investments, unless otherwise stated.

1. Australian expenditure estimates exclude all expenditure for residential aged care facilities in welfare (social) services.
2. Includes investments.

Source: OECD Health Statistics 2017, WHO Global Health Expenditure Database.

10. ábra

Egészségügyi közkiadás és magánkiadás a GDP arányában az OECD országokban, 2016

3.3. A KIADÁSOK NÖVEKEDÉSÉNEK OKAI

Számos olyan tényező azonosítható, amelyek befolyásolják az egészségügyi kiadásokat, de kölcsönhatásuk bonyolultsága megnehezíti az olyan pontos vonalak kidolgozását, amelyek azonosítják az egyéni hatásokat az egészségügyi kiadások növekedésére. Az egészségügyi technológiák széleskörű elterjedése mellett meghatározó szerepe van például a demográfiai változásoknak (idősödés), az adminisztratív költségek emelkedésének, a finanszírozási rendszer változásának, a személyi jövedelmek növekedésének, illetve az egészségügyi árszínvonal emelkedésének. Az új egészségügyi technológiák bevezetése és elterjedése ugyanakkor domináns tényezőnek tekinthető. Számottevő empirikus és elméleti kutatás foglalkozik ezzel a témával [2, 3, 4]. A kutatások legnagyobb részének középpontjában az Egyesült Államok egészségügyi rendszere áll, egyrészt az egészségügyben megfigyelhető jelentős kiadásnövekedés miatt, valamint az új orvosi technológiák 1970-óta tartó növekvő ütemű bevezetése és elterjesztése miatt [5]. Más kutatások hasonló következtetéseket vontak le egyéb egészségügyi rendszerek elemzéséből is [6].

Bár a technológiai innováció nagy jelentőséggel bír az egészségügyben [7, 8] és az egészségügyi kiadások egyik legfontosabb mozgatórugójának tekinthetők, Sorenson és munkatársai (2013) rámutattak arra, hogy viszonylag kevés olyan kutatás lelhető fel, amelyek az orvosi technológia egészségügyi kiadásokhoz való hozzájárulását vizsgálták. Ennek hátterében egyrészt az ok-okozati összefüggések bonyolultsága, másrészt a megfelelő adatok hiánya áll. A rendelkezésre álló, szűk számú tanulmányból arra lehet következtetni, hogy az egészségügyi kiadások növekedését befolyásoló tényezők közül a technológia hatása 25-75% közé, átlagos 50%-ra tehető [9,10,11,12,13,14,15].

	Di Matteo	Jones	Pricewaterhouse Coopers	Smith és mtsai	Peden és Freeland	Cutler	Newhouse
Várható élettartam/idősödés	~9%		15%	2%	6-7%	2%	2%
Adminisztratív költségek			15%	3-10%		13%	
Változás a finanszírozásban				10%	4-5%	10%	10%
Személyi jövedelem növekedése	9-20%			11-18%	14-18%	5%	<23%
Egészségügyi árváltozás			18%	11-22%		19%	
Technológia	~65%	50-75%	25%	38-62%	70-75%	49%	>65%

7. táblázat

A különböző tényezők hozzájárulása az egészségügyi kiadások növekedéséhez

A technológia számos úton befolyásolta az egészségügyi szolgáltatásnyújtás módját:

- a kezelhető betegségek számának növelésével (indikációs kör bővülésével), illetve kezelésre alkalmas betegkör szélesítésével,
- egy kezelési módszer helyettesítésével vagy a már alkalmazott beavatkozás pontosabbá tételével,
- a kezelés intenzitásának növelésével egy adott betegségben,
- az ellátási folyamat megváltoztatásával.

A technológia befolyásának tanulmányozása más tényezők hatására is rámutat a kiadások növekedése vonatkozásában. A népesség idősödése például a vártnál kisebb hatást fejt ki, míg az orvosi gyakorlatban bekövetkezett változások nagymértékben befolyásolják a kiadások növekedését [16,17]. Az emelkedő egyéni és nemzetgazdasági szintű jövedelem a fokozódó kereslet (biztosítási piac bővülése) és kínálat révén erősen hozzájárult a kiadások növekedéséhez [18]. Ez a kölcsönhatás dinamikus és összetett. Az új technológiák generálják a betegek oldaláról a keresletet az ellátásra - és a keresletet biztosítás iránt a magasabb kiadások fedezetére. Ezzel az ellátás intenzívebb és drágább lehet - különösen, ha a fejlesztők és a szolgáltatók nagyon aktív marketingtevékenységet folytatnak a betegek irányába –, miközben az ellátás haszna csekély marad. A köz- és a magánfinanszírozók gyakran, politikai vagy piaci mechanizmusok révén elfogadják a kereslet növekedését. Cserébe a biztosító kasszájának bővítése ösztönzőleg hat újabb drága technológiák kifejlesztésére [4].

Az egészségügyi technológia hatása tehát nem tekinthető teljesen exogénnek. Komplex, dinamikus interakció merül fel a különböző befolyásoló tényezők között. A következtetés - amint az a fentiekben megfogalmazódott - az, hogy önmagában nem maga a technológia jelenti a kiadások növekedését, hanem annak elterjedése és alkalmazása az egészségügyi szolgáltatók, illetve a betegek körében. Ez természetesen nem független a helyi kontextustól. Az egészségügyi rendszer jellemzői, mint például az erőforrások szűkössége, a költségvetés, valamint a finanszírozási módszerek szintén befolyásolják, hogy az innovatív technológiai mennyire terjed el a gyakorlatban [19].

A technológiák használatához kapcsolódó díjazás és árképzés fontos tényező a kiadások bővülése és volumene szempontjából. A díjazás, a finanszírozási módszer, a biztosítás, a szabályozással és a kereset együttesen hajthatja a technológia elterjedését, és akár ennek révén is hozzájárul a kiadási szint növekedéséhez. Néhány fejlett OECD országot kiemelve (Kanada, Franciaország, Németország, Svájc és az Egyesült Államok) azt találták, hogy a CT-vizsgálat díjazása 7-szeres, a csípő protézis műtétek díjazása ötszörös, míg Plavix gyógyszer tízszeres díjazásbeli eltérést mutatott. Az Egyesült Államokon belül a CT-vizsgálatok díjazásában 17-szer eltérés mutatkozott [20]. Ugyanazok a szabadalmi védettségű onkológiai gyógyszerek például az Amerikai Egyesült Államokban sokkal drágábbak, mint más országokban [21]. A politikai döntéshozók befolyást gyakorolnak a technológia díjazására, és ezáltal annak használatára, valamint a kiadások növekedésére gyakorolt hatásra.

3.4. AZ EGÉSZSÉGÜGYI TECHNOLÓGIÁK ÉRTÉKELÉSE (HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT - HTA)

Az egészség megőrzése, illetve minél teljesebb helyreállítása a világ valamennyi országában alapvető igény és elvárás a társadalom részéről. A társadalom növekvő elvárásai, illetve az egészségügyi kiadások robbanásszerű, a finanszírozási képességet jelentősen meghaladó növekedési ütemének dilemmája segítette elő a közgazdaságtan közelítésmódjának térnyerését az egészségügy területén. Az egyéni elvárások növekedését és az egészségügyi technológiák fejlődését nem tudták követni a korlátozottan rendelkezésre álló erőforrások, aminek következtében kinyílt a finanszírozási olló. Az egészségügyi programok közgazdasági megközelítéssel történő értékelésének terjedésével kialakult az egészség-gazdaságtan [22].

3.4.1. Egészségügyi technológiák értékelésének szerepe

Az egészségügyi technológiák elengedhetetlen részét képezik a működő egészségügyi rendszernek. Egészségügyi technológiának minősül minden olyan tevékenység, illetve eszköz és anyag, amely az egészség megőrzését, helyreállítását, illetve az egészségi állapot diagnosztizálását teszi lehetővé [23]. A megfogalmazás így az egyszerű fából készült spatulától kezdve a gyógyszereken és legbonyolultabb implantátumokon át a korszerű képalkotó diagnosztikai rendszerekig az orvostechikai eszközök széles körét foglalja magában.

Az egészségügyi technológiaértékelés (HTA) azon eljárások összessége, amelyek a technológiákat eredményesség, hatékonyság, költséghatékonyság, illetve gazdasági és társadalmi következmények szempontjából értékelik. A vizsgálat vonatkozhat a technológia közvetlen, elvárt hatása vagy a közvetett, nem kívánt következményeinek (pl. mellékhatások) elemzésére. A nemzetközi szakkifejezések hazai átvételével a klinikai vizsgálati körülmények között mért nyereséget hatásosságnak (efficacy) nevezzük, míg a rutinszerű ellátás során elért nyereséget eredményességnak (effectiveness).

A technológiaértékelés legfőbb feladata, hogy az egészségügyi döntéshozókat tájékoztassa egy adott eljárás klinikai, gazdasági és szociális vonatkozásáról, és ennek révén segítse elő az optimális forrásallokációt. A módszer alkalmazása hidat képez a kutatók, a fejlesztők, valamint a döntéshozók között [24]. A technológiaértékelés paradigmáját a nagy költségű orvosi műszerek ellenőrizetlen terjedésére adandó válasz igénye keltette életre az 1970-es években, amikor a CT vizsgálatok iránti gyorsan növekvő kereslet az eszköz magas bekerülési költsége miatt politikai kérdéssé vált az Egyesült Államokban [25]. Azóta az egészségügyi-technológiaértékelés dinamikus fejlődésen ment keresztül, és egyre nagyobb teret nyert a világ fejlett országaiban, amit a szűkös erőforrások hatékony elosztási kényszerének köszönhet. A technológiák szisztematikus értékelése lehetőséget biztosít arra, hogy az egészségügyi ágazat a megfelelő területekre allokálja erőforrásait.

Az egészségügyi technológiák magukban foglalják a gyógyszereket, az orvosi eszközöket, a műtéti eljárásokat, a diagnosztikai vizsgálatokat, ugyanakkor megfigyelhető, hogy azokban az országokban, ahol a technológiaértékelés eredményét felhasználják finanszírozási döntésekhez, de szűk a kapacitás a szükséges elemzések elvégzésére, ott általában a technológiaértékelés a gyógyszerekre korlátozódik [26].

A közép- és kelet-európai országokban a lakossági elvárások és a gazdasági teherbíróképesség közötti különbség erőteljesebb, mint a magasabb jövedelemmel rendelkező országokban, pl. Európa nyugati régiójában [13]. A lakosság kedvezőtlenebb egészségi állapota és a korlátozottabb egészségügyi források miatt a nem optimális egészségpolitikai döntések „használdozati költsége” Közép- és Kelet-Európában magasabb, mint a nyugati régióban. A közép-kelet-európai országok nagyobb árat fizetnek a nem megfelelő támogatási és az erőforrás-allokációs döntésekért, különösen gazdasági recesszió idején [20]. Ez a jelenség a Magyarországra is jellemző, az egészségügyi források szűkössége miatt a gyógyszerek mellett az orvostechnikai eszközökhöz kapcsolódó finanszírozási döntések megalapozott támogatására is egyre nagyobb szükség lenne.

3.4.2. Egészség-gazdaságtani elemzés technológiaértékelés során

Egészség-gazdaságtani elemzésre röviden megfogalmazva azért van szükség, mert az erőforrások szűkösek. A szűkösség fogalma közgazdaságtani értelemben azt jelenti, hogy a gazdasági javak a szükségletekhez képest korlátozott mennyiségűek, vagyis még a leggazdagabb, jóléti társadalmak sem rendelkeznek elegendő erőforrással, hogy kielégítsék a lakosság minden igényét és vágyát. Modern, fejlett gazdaságok az igények olyan széles körének kielégítését kell, hogy biztosítsák, mint a számítógépek, televíziók, az oktatás, a lakhatás, az ételkészítés és természetesen az egészségügyi ellátás. A lista hosszasan folytatható lenne az erőforrások iránti igények vonatkozásában, amelyek messze meghaladják az igények kielégítésére rendelkezésre álló erőforrások kapacitását. Mára olyan erőforrások igénybevétele is szabályozni és észszerűsíteni kell, amelyeket egykor „korlátlanok” tekintettek, mint például a környezet vagy a légtér a személyszállító repülőgépek számára.

Ez a megállapítás igaz a gazdaság egyes specifikus szektoraira is, beleértve az egészségügyi ellátást. Az egészségügyi szektorban még a legjobb gazdasági helyzetben sem lesz elegendő erőforrás a társadalom egészségügyi ellátással kapcsolatos igényeinek teljes körű kielégítésére. Ezt a problémát súlyosbítja a költségigényes technológiai fejlődés és a demográfiai átalakulás. A szűkösség miatt döntéseket kell hozni arról, hogy mely tevékenységeket lehet, illetve nem lehet egy társadalomban végezni. Ebből következően elkerülhetetlen, hogy az erőforrások felhasználásának lehetőségét egyes tevékenységek vonatkozásában fel kell adni, ami használdozati költséggel jár (opportunity cost).

Az egészségügyi technológiák esetében az erőforrások felhasználásának használdozati költsége megegyezik az erőforrások legjobb alternatív módon történő felhasználásából származó elmaradt előnnyel. Az egészség-gazdaságtani elemzés célja annak biztosítása, hogy az újonnan bevezetett, bizonyítottan hatásos egészségügyi technológia vagy eljárás haszna

meghaladja annak használdozati költségét (vagyis a nem megvalósított legjobb alternatívából származó előnyt). A használdozati költséget meghaladó előnnyel járó technológiák kiválasztása biztosítja, hogy az egészségügyi szektor által nyújtott társadalmi jólét (egészség) minél nagyobb legyen [27].

Mindezeket figyelembe véve a teljes körű egészség-gazdaságtani elemzés két fontos kritériumra épül:

- Legalább két egészségügyi technológiát hasonlítson össze, hiszen egy terápiás eljárás költséghatékonyságát csak egy másik eljáráshoz viszonyítva lehet elemezni (pl. hagyományos vs. korszerű sugárterápiás kezelés).
- Mind a költségek, mind azok következményét (az egészség-nyereség változását) vegye figyelembe.

Egy egészségügyi eljárás finanszírozói befogadásánál a költséghatékonyság mellett egyéb szempontok is figyelembevételre kerülnek: például a népegészségügyi szükséglet, a kórkép súlyossága (életet veszélyeztető-e), az esélyegyenlőség, az aggregált költségvetési hatás és a hazai, illetve nemzetközi megítélés is [28].

3.4.3. Egészség-gazdaságtani elemzések főbb típusai és módszerei

Egy egészségügyi technológia költséghatékonysága kizárólag teljes körű gazdasági elemzéssel vizsgálható. A viszonyítási alapul szolgáló technológia a komparátor, ennek helyes kiválasztása az elemzések egyik legkritikusabb pontja. A költséghatékonyság értékelésének egy másik fontos feltétele, hogy nemcsak az eljárás költségét veti össze a komparátorral, hanem az elérhető egészségnyereség növekményét is. Az egészségügyben alapvetően 4 elemzési módszer különböztethető meg:

A költségminimalizáció (CMA) az egyik legegyszerűbb elemzési módszer, amit ugyanakkor ritkán használnak az egészség-gazdaságtani elemzésekben az egészségügyi ellátások komplex jellege miatt. A költségminimalizációs elemzés azonos klinikai hatásossággal bíró alternatív terápiákat vet össze annak megállapítására, hogy melyik a legolcsóbb. A gyakorlatban azonban nem jellemző, hogy a különböző terápiás lehetőségek teljesen azonos hatással, illetve egészségnyereséggel rendelkezzenek (figyelembe véve a mellékhatásokat is) [29].

Költséghatékonysági elemzésekben (CEA) az új egészségügyi technológia többletköltségét viszonyítjuk a technológia által elért egészségnyereség-többletthez. Az elemzésben a költségeket pénzegységben, az egészségi állapotváltozást (egészségnyereséget) természetes biológiai vagy orvosi paraméterekben (pl. progressziómentes túlélés, nyert életevek) fejezik ki. Ily módon tehát azok a technológiák hasonlíthatóak össze a költséghatékonysági elemzés módszerével, amelyek egészségnyeresége azonos dimenzióban mérhető. Az értékelés alapja egy hányados, az inkrementális költséghatékonysági ráta (ICER), ahol a költségek és a hatásosság növekményét viszonyítjuk egy referenciaértékhez.

$$\text{ICER} = \Delta\text{költség} / \Delta\text{hatásosság}$$

Költséghasznossági elemzés (CUA) a költséghatékonysági elemzéseknek egy speciális formája, ahol a költségeket és a megtakarításokat pénzegységben, az egészségnyereséget pedig az élethossz és az életminőség kombinációjával képzett mesterséges mértékegységgel, leggyakrabban az életminőséggel korrigált életévvel (QALY) fejezik ki. Az értékelés alapja ebben az esetben is az inkrementális költséghatékonysági ráta, melynek nevezőjében minőségi életévváltozás áll:

$$\text{ICER} = \Delta\text{költség} / \Delta\text{QALY}$$

Az ICER-ben a költségek tartalmazzák a közvetlen egészségügyi költségeket, beleértve a mellékhatások által okozott többletköltséget is, míg a QALY magában foglal és egyben közös nevezőre hoz minden olyan minőségi életévre gyakorolt hatást, ami a vizsgálat szempontjából releváns. Ez az elemzési módszer alkalmas arra is, hogyha társadalmi nézőpontú a vizsgálat, a közvetett, nem egészségügyi költségeket is figyelembe vegye. Az egységes egészségnyereségmutató (QALY) ugyanakkor lehetővé teszi az eltérő egészségügyi technológiák közötti választást is.

A költséghaszon-elemzések (CBA – cost-benefit analysis) során mind a költségeket, mind az egészségnyereséget pénzegységben kell kifejezni annak érdekében, hogy befektetési döntéshez alkalmazható legyen. Az értékelés alapja összehasonlítható eljárások hozamának és költségének különbsége:

$$(B1 - C1) - (B2 - C2) > 0,$$

ahol a B (benefit) az alternatívák hozama, a C (cost) pedig a költségei.

Az alternatívák nettó haszna kerül összevetésre, egyszerűsítve a beruházási programok közötti választást. Ezzel a módszerrel bármilyen programot vagy beavatkozást pusztán pénzügyi alapon össze lehet hasonlítani, függetlenül azok jellegétől. Így akár egy kórházfejlesztés haszna is összevethető egy autópálya-építési programmal, ami fokozhatja a gazdasági szektorok közötti hatékonyabb forrásallokációt. Az elemzés nehézségét az egészségnyereség pénzbeli kifejezése okozza, amire ugyan rendelkezésre állnak módszerek (pl. humántőke-megközelítés, kontingencia-értékelés: „willingness to pay” megközelítés), ezek társadalmi elfogadottsága azonban alacsony. A hazai gyakorlatban az európai uniós forrásból finanszírozott egészségügyi nagyprojektek esetében elvárt elemzési módszer a CBA, aminek célja a beruházás társadalmi szempontból történő megtérülésének vizsgálata. Ebben az esetben általában nem egy versengő beruházási program, hanem a beruházás megvalósításának elmaradása a vizsgált alternatíva.

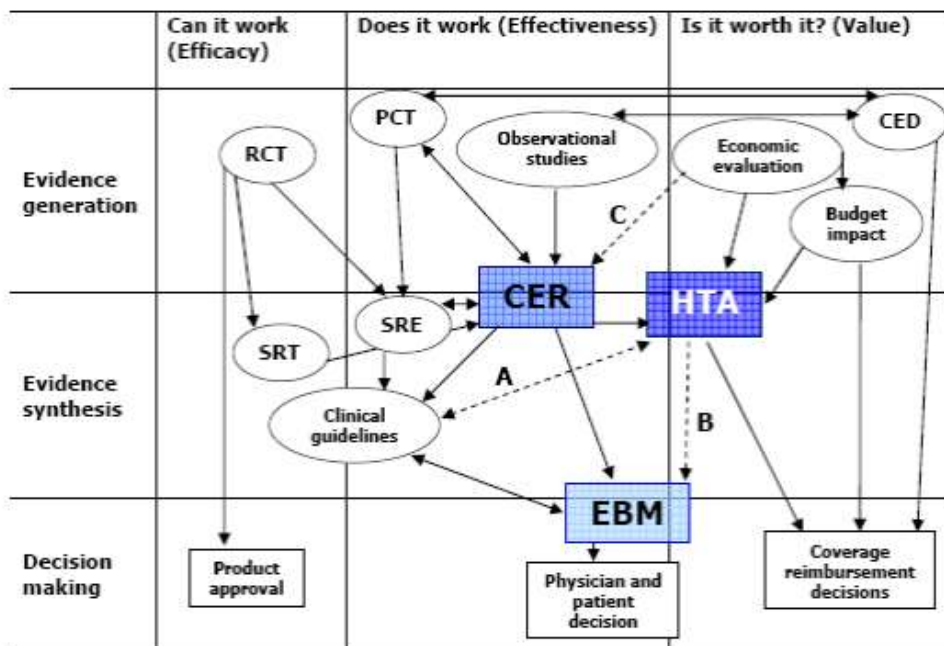
Az egészségügyi ágazaton belül a forrásallokációs döntések során a különböző technológiák haszna a QALY-val azonos nevezőre hozható, így összehasonlítható és akár rangsorolható is. A költséghatékonysági küszöbérték meghatározása, egyfajta határát jelent egészség-gazdaságtani elemzésekben, hiszen kijelöli, hogy 1 QALY egészség-nyereségért legfeljebb mennyit hajlandó a társadalom fizetni. Ezt alkalmazva arra a kérdésre is megkapjuk a választ, hogy legfeljebb mennyit szabad fizetni egy terápiás alternatíváért, hogy az még kedvezőbb legyen, mint a másik. Magyarországon explicit költséghasznossági küszöbérték került meghatározásra, ami az egy főre jutó GDP háromszorosa (mintegy 9 millió forint) [30].

3.5. AZ EGÉSZSÉGÜGYI TECHNOLÓGIAÉRÉRTÉKELÉS RENDSZERÉNEK KIHÍVÁSAI ÉS LEHETŐSÉGEI

A HTA mára már általánosan ismert módszerré vált az egészségügyi forrásallokáció hatékonyságának növelésére, és egyre nagyobb jelentőséget kap Európa szerte a támogatásba történő befogadással kapcsolatos döntéshozatalban. Jelentős problémák mutatkoznak azonban az ígéretes technológiák befogadásának átfutási idejében, valamint az orvostechikai eszközök teljesítményének és értékének mérésében.

A HTA módszerei, a felhasználása, a hatóköre és szerepe nagyban különbözik az egyes országok és technológiák között. Míg egyes országok szisztematikusan alkalmazzák a HTA-t finanszírozási döntésekhez (például Ausztrália, Franciaország), addig mások (például Anglia) csak a bizonytalan hatékonysággal rendelkező vagy magas árú technológiákat értékelik. A HTA egyes országokban (például Ausztráliában, Kanadában, Angliában, Svédországban) minden esetben magában foglalja az egészség-gazdaságtani értékelést, míg más országokban (például Franciaországban) csak esetenként. A legtöbb országban a gyógyszereket gyakrabban értékelik HTA-val, mint más technológiákat vagy eljárásokat [31].

A legtöbb esetben a HTA-t egyszer, a piacra lépéskor vagy közvetlenül azt követően végzik el, melynek során az akkor rendelkezésre álló bizonyítékokra támaszkodnak (4. ábra). A HTA általában egyszeri döntéseket támogat az új technológiák finanszírozásba történő befogadása érdekében. Csak néhány ország végzi el a technológiák szisztematikus vagy ad hoc újraértékelését a finanszírozás kiigazítása, módosítása érdekében. A "finanszírozási kosárból" való kivonás ritkán fordul elő, és leginkább a beavatkozások technológiai avulása vagy a költségvetési megszorítások miatt kerül rá sor, a HTA szempontjait figyelmen kívül hagyva. Az összes technológia szisztematikus újraértékelése egy adott időszak után valószínűleg túl sok erőforrást igényelne az elérhető előnyökhöz képest, ugyanakkor új bizonyítékok rendelkezésre állása esetén, vagy ahol az előzetes értékelés eredménye nem volt meggyőző, kívánatos lehet az ad hoc indított újraértékelés.



Abbreviations: CED= coverage with evidence development; CER= comparative effectiveness research; EBM= evidence based medicine; HTA= health technology assessment; PCT= pragmatic clinical trial; RCT= randomised controlled trial; SRE= systematic review of evidence; SRT= systematic review of trials.

Note: Solid lines indicate clear relationships, and dotted lines indicate disputed relationships. White rectangles represent decision processes, and circles and ovals represent all other evidence activities, except for the coloured rectangles, which are reserved for EBM, HTA, and CER.

Source: Luce BR, Drummond M, Jönsson B, Neumann PJ, Schwartz JS, Siebert U, Sullivan SD. EBM, HTA, and CER: clearing the confusion. *Milbank Q.* 2010 Jun;88(2):256-76.

11. ábra

A bizonyítékok és azok felhasználási célja közötti kapcsolat (Forrás: Luce et al. *Milbank Q.* 2010;88(2):256-76)

A gyógyszeripar esetében az alacsonyabb szintű bizonyítékokon alapuló korábbi jóváhagyás gyakorlata nehezíti a HTA-t. Ha a klinikai hatásosságról nem áll rendelkezésre kellő súlyú bizonyíték, nem lehet meghatározni a költséghatékonyságot. Ilyen esetekben az egészségbiztosítók egy dilemmával szembesülnek: késleltessék-e a termék közfinanszírozásba történő befogadását vagy alapozzák a döntéseiket hiányos bizonyítékokra. A „coverage with evidence development (CED)” módszer a finanszírozást az elérhető bizonyítékok továbbfejlesztéséhez köti. Ezt a megközelítést több országban használják a finanszírozandó gyógyszerek, eszközök és eljárások kiválasztásánál. A bizonyíték fejlesztésére vonatkozóan meghatározott időtartam végén a biztosító több információt vár el a cégtől a technológia eredményességéről és költséghatékonyságáról, ami alapján eldöntheti, hogy folytatja-e vagy leállítja-e a finanszírozást, vagy korlátozza-e a finanszírozott indikációs kört, illetve a betegek mely al csoportja esetén tartja fenn a térítést. Hollandia, Svédország és az Egyesült Államok (Medicare) már alkalmazza ezt a módszert. A tapasztalatok ugyan vegyesek, de ahhoz már rendelkezésre áll elegendő információ, hogy néhány alapvető megállapítást lehessen tenni róla. Először is, nagyon nehéz gazdasági okokra hivatkozva leállítani a finanszírozást, függetlenül

attól, hogy az értékelésnek mik az eredményei. Különösen akkor, ha a kezelés súlyos betegségekre vonatkozik, amelyeknek nincs elérhető alternatív kezelése. Másodsor, bizonyos esetekben a bizonyítékok előállításával kapcsolatos követelmények betartása alacsony szintű, ami azt sugallja, hogy az ösztönzők nem elégségesek ahhoz, hogy a vállalatok tiszteletben tartásuk kötelezettségeiket. Mindekből tanulva és a módszer ígéretes elemeit megtartva, olyan kockázatmegosztási módszereket lehet kidolgozni a finanszírozó és a fejlesztő között, ami elősegíti, hogy a ténylegesen költséghatékony technológiák hamarabb kerüljenek be a finanszírozásba [32].

IRODALOMJEGYZÉK

- 1 World Economic Forum and McKinsey&Company. The Financial Sustainability of Health Systems A Case for Change (2012).
- 2 Chernew, M. and J. Newhouse (2012), “Health Care Spending and Growth”, in M. Pauly, T. McGuire and P. Barros (eds.), *Handbook of Health Economics*, Vol. 2, Elsevier.
- 3 Weisbrod, B. (1991), “The Health Care Quadrilemma: An Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care, and Cost Containment”, *Journal of Economic Literature*, Vol. 29, No. 2, pp. 523-552.
- 4 Sorenson, C., M. Drummond and B. Khan (2013), “Medical Technology As a Key Driver of Rising Health Expenditure: Disentangling the Relationship”, *Clinicoeconomics and Outcomes Research*, Vol. 5, pp. 223-234.
- 5 Chandra, A. and J. Skinner (2012), “Technology Growth and Expenditure Growth in Health Care”, *Journal of Economic Literature*, Vol. 50, No. 3, pp. 645-680.
- 6 Productivity Commission (2005), *Impacts of Advances in Medical Technology in Australia*, Australian Government, Canberra.
- 7 Berndt ER, Cutler DM, Frank RG, Griliches Z, Newhouse JP, Triplett JE. Medical care prices and output. In: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. *Handbook of Health Economics, Volume 1A*. Amsterdam, The Netherlands: Elsevier; 2000.
- 8 Okunade AA, Murthy VNR. Technology as a major driver of health care costs: a cointegration analysis of the Newhouse conjecture. *J Health Econ*. 2002;21:147–159.
- 9 Di Matteo L. The macro determinants of health expenditure in the United States and Canada: assessing the impact of income, age distribution and time. *Health Policy*. 2005;71:23–42.
- 10 Jones CI. Why have Health Expenditures as a Share of GDP Risen So Much? National Bureau of Economic Research Working Paper Series, No 9325; 2002. Available from: <http://ideas.repec.org/p/nbr/nberwo/9325.html>. Accessed March 15, 2013.
- 11 PricewaterhouseCoopers. The Factors Fueling Risking Healthcare Costs. Report prepared for the American Association of Health Plans; 2002. Available from: http://heartland.org/sites/all/modules/custom/heartland_migration/files/pdfs/14621.pdf. Accessed March 15, 2013.
- 12 Smith SD, Heffler SK, Freeland MS. The Impact of Technological Change on Health Care Cost Increases: An Evaluation of the Literature. Health Care Financing Administration Working Paper; 2000. Available from: http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/downloads/tech_2000_0810.pdf.
- 13 Peden EA, Freeland MS. A historical analysis of medical spending growth, 1960–1993. *Health Affairs*. 1995;14:235–247.

-
- 14 Cutler, D.M. Technology, Health Costs, and the NIH, Harvard University and the National Bureau of Economic Research. Paper prepared for the National Institutes of Health Economics Roundtable on Biomedical Research; September 1995.
- 15 Newhouse J. Medical care costs: How much welfare loss? *J Econ Perspect.* 1992;6:3–21.
- 16 de Meijer, C. et al. (2013), “The Effect of Population Aging on Health Expenditure Growth: A Critical Review”, *European Journal of Ageing*, Vol. 10, No. 4.
- 17 Dormont, B., M. Grignon and H. Huber (2006), “Health Expenditure Growth: Reassessing the Threat of Ageing”, *Health Economics*, Vol. 15, No. 9, pp. 947-963.
- 18 Smith, S., J. Newhouse and M. Freeland (2009), “Income, Insurance and Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth?”, *Health Affairs*, Vol. 28, No. 5, pp. 1276-1284.
- 19 Lambooj, M., P. Engelfriet and G. Westert (2010), “Diffusion of Innovations in Health Care: Does the Structural Context Determine Its Direction?”, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, Vol. 26, No. 4, pp. 415-420.
- 20 Reinhardt, U. (2012), “Divide et impera: Protecting the Growth of Healthcare Incomes (Costs)”, *Health Economics*, Vol. 21, pp. 41-54.
- 21 Goldstein, D. et al. (2016), “Global Differences in Cancer Drug Prices: A Comparative Analysis”, *Journal of Clinical Oncology* (suppl; abstr LBA6500) <http://meetinglibrary.asco.org/content/164423-176>.
- 22 Bodrogi, J.: Az egészség-gazdaságtan kialakulása. In: Kaló, Z. et al. (eds.) Egészség-gazdaságtani fogalomtár I. Egészségügyi technológiák gazdasági elemzése. pp. 10–12. Professional Publishing Hungary Kft., Medical Tribune Divízió, Budapest (2009).
- 23 Kaló, Z. et al. (eds.) Egészség-gazdaságtani fogalomtár I. Egészségügyi technológiák gazdasági elemzése. Professional Publishing Hungary Kft, Medical Tribune Divízió, Budapest (2009).
- 24 International Network of Agencies for Health Technology Assessment, International Health Technology Assessment: HTA glossary, <http://htaglossary.net/HomePage>.
- 25 Jonsson, E., Banta, D.: Management of health technologies: an international view. 1999, 319 (7220), 1293–1293.
- 26 Drummond, M.F., Schwartz, J.S., Jönsson, B., et al.: Key principles for the improved conduct of health technology assessments for resource allocation decisions. *Int. J. Technol. Assess. Health Care.*, 2008, 24 (03), 244–258.
- 27 Drummond, M.F., Schulper, M., Torrance, G., et al.: Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford Univ. Press., 2005, 295–299.
- 28 Endrei, D., Molics, B., Ágoston, I.: Multicriteria Decision Analysis in the Reimbursement of New Medical Technologies: Real-World Experiences from Hungary. *Value Health.*, 2014, 17 (4), 487–489.
- 29 McGhan, W.F., Eldessouki, R.: Basic Principles of Economic Evaluation. In: Ackerman, S.J. et al. (eds.) Therapeutic and Diagnostic Device Outcome Research. pp. 167–189 ISPOR (2011).
- 30 Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve az egészségügyi technológia értékelés módszertanáról és ennek keretében költséghatékonysági elemzések készítéséről. 2017. EüK. 3. szám közlemény 10.
- 31 Aaraaen, A. et al. (2016), “How OECD Health Systems Define the Range of Goods and Services to Be Financed Collectively”, OECD Working Paper, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5jlnb591180x-en>.
- 32 OECD (2017), New Health Technologies: Managing Access, Value and Sustainability, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266438-en>

4. A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓK TULAJDONVISZONYAINAK ALAKULÁSA

4.1. BEVEZETÉS

Az egészségügyi ágazat működtetéséért felelős rendszer számos formában szerveződhet és szerveződik is – ahány ország, annyi példa létezik, bár több tanulmány is született már az egészségügyi rendszerek tipizálására. [1] Egy- vagy több-biztosító van jelen? Létezik-e államilag szervezett társadalombiztosítás, illetve vannak-e jelen magánbiztosítók – ha igen, milyen szerepkörrel rendelkeznek? Az egészségügyi szolgáltatók centralizált vagy elkülönült (önkormányzati, tartományi) irányítás alatt vannak? Milyen arányban vannak köz- és magánszolgáltatók a szolgáltatói oldalon? Az ágazat felépítése és működtetése változó az egyes országokban, akár az országon belül is.

A tulajdonosi és szervezeti forma szerinti, hatékonyságbéli különbségek kimutatásával számos példát találunk a nemzetközi szakirodalomban. [2, 3, 4, 5] Hazánkban is születtek tanulmányok a működési formák szerinti bontásban az ellátók vizsgálatára [6, 7, 8].

A privát szektor megjelenése az egészségügy piacán nem újkeletű, és nemzetközi szintén igen elterjedt forma. [9] Jelenlétük többek szerint elengedhetetlen egy lakosság igényeit kielégítő, magas szintű ellátás biztosításához, legyen szó magánellátók, befektetők vagy pénztárak működéséről.

Guillén és Petmesidou a magánoldal piacra kerülését a szabályozás, finanszírozás és szolgáltatás oldala szerint osztotta szét. [10]

Irányító, szabályozó oldal <ul style="list-style-type: none">- állam mellett gazdasági társaságok (pl. Németország társadalombiztosítási rendszerében) és magán piaci szereplők (pl. USA privát egészségügyi rendszere)	
Finanszírozói oldal <ul style="list-style-type: none">- Kiegészítő vagy akár helyettesítő jelleggel magánbiztosító(k), egészségpénztárak megjelenése. Az adó- és járulékbévételek mellett magánbiztosítók által beszedett hozzájárulások- Co-payment, out-of-pocket finanszírozás (pl. hálapénz)	Szolgáltatói oldal <ul style="list-style-type: none">- Privát for-profit és nonprofit szolgáltatók megjelenése az ellátás egyes szintjein (pl. művese-kezelés, labor, stb.)- Egyes feladatok kiszervezése magánkézbe (pl. ügyelet, takarítás stb.)

12. táblázat

Magánszereplők megjelenésének lehetséges formái. (Forrás: [10])

Az állami és magánszféra kapcsolatát vizsgálhatjuk a finanszírozói, valamint a szolgáltatói oldalon is. Attól függően, hogy a két feladatkört mely szektor látja el döntő többségben, az alábbi kategóriák alakíthatók ki:

1. Szolgáltatók állami tulajdonban, közfinanszírozással (pl. fekvőbeteg-szakellátás)
 2. Szolgáltatók magántulajdonban, közfinanszírozással (pl. betegszállítás)
 3. Szolgáltatók állami tulajdonban, magánfinanszírozással (pl. részleges térítéssel igénybe vehető ellátások, hálapénz)
 4. Szolgáltatók magántulajdonban, magánfinanszírozással (pl. magánrendelők, magánklinikák)
- [1]

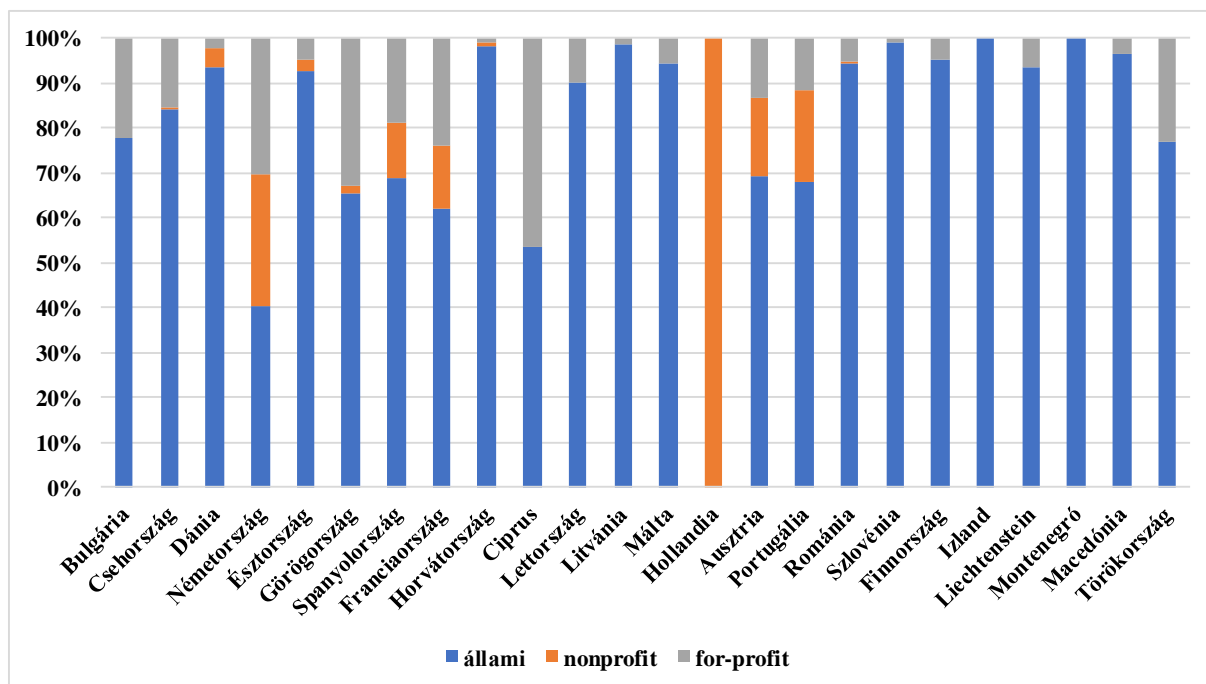
A hazai magánellátók/szolgáltatók a következő formákban vannak jelen, Rékassy csoportosítása alapján:

- informális magánrendelés állami intézményben
- magánrendelők
- csoportpraxisok
- magánintézmények (rendelőintézetek, kórházak, diagnosztikai központok)
 - o egészségbiztosítóval szerződésben álló, közfinanszírozott ellátást is végző
 - o kizárólag magán-egészségügyi szolgáltatást végző
- magán-egészségügyi szolgáltató hálózata (pl. foglalkozás-egészségügy). [11]

Jelen fejezetben leginkább a szolgáltatói oldal tulajdonviszonyaira, azon belül is a közfinanszírozott ellátást végző köz- és magánellátók/szolgáltatók, valamint az autonómia szintjeinek változására fókuszálunk.

4.2. NEMZETKÖZI KITEKINTÉS

Mint láthatjuk, az egyes ellátási szintek között is eltérő lehet a köz- és magánoldal együttműködése, hiszen mindegyik típusra találunk példát Magyarországon. Nemzetközi viszonylatban is, különösképp az európai országokban hasonló tendenciák mutatkoznak. Az alapellátást túlnyomórészt vállalkozások működtetik, majd a magasabb ellátási szintek felé haladva egyre erősödik az állami jelenlét. [10] Az állami, nonprofit és for-profit szolgáltatók aránya azonban változó képet mutat a kontinensen. Az alábbi diagram egyes európai tagállamok kórházi ágyszámainak megoszlását mutatja 2016-ban. Mint látható, a fekvőbeteg ellátásban tehát legnagyobb részt a közkórházak dominálnak, bár vannak kivételek: Hollandiában például a nonprofit intézmények végzik e feladatkört. (Hollandia mellett Japánban is az egészségügyi szolgáltatás nyereségorientált jelleggel egyenesen tiltott volt, bár a hollandoknál már engedik a piacra lépést [12]). A for-profit magánintézmények jelenléte 0-46% között mozog. Arányuk elenyésző például Dániában, Horvátországban és Izlandon, míg Németországban, Görögországban és Cipruson 30% feletti a for-profit kórházi ágyak aránya. Az intézménytípusok által működtetett ágyak száma 2008 óta a legtöbb országban ugyanolyan irányban változott: a közkórházak esetében nagyobb mértékben, a nonprofit intézményekben kisebb mértékben csökkent, míg a for-profit szolgáltatók esetében hol csökkent, hol kis számban emelkedett az ágyszám. [1. ábra]



13. ábra

Kórházi ágyak megoszlása intézményi forma szerint (2016).

(Forrás: Eurostat. NA: Hollandia (for-profit); Finnország (non-profit), Montenegró (for-profit))

Centralizáltság tekintetében azt látjuk, hogy az OECD tagországokban általánosságban nőtt a helyi (regionális, tartományi) önkormányzatok szerepe az egészségügy működtetésében, finanszírozásában. Nagyjából az állammal azonos arányban, mintegy 30-30%-ban megosztva működtetik az egészségügyet, míg a maradék más szereplők által tevődik össze. [13] Akadnak azonban kiugró esetek is, ahol az önkormányzatok szerepe domináns (pl. Dánia, Svájc, Finnország). A tanulmányban a decentralizáció lehetőségeit és veszélyeit is tárgyalják, valamint felhívják a figyelmet az autonóm területek optimális méretének meghatározására.

4.3. HAZAI ELŐZMÉNYEK

A többi volt szocialista európai országokhoz hasonlóan Magyarország egészségügyét is a rendszerváltás előtt a Szemaskó-modellhez híven erős állami jelenlét jellemezte, amely egyben a szolgáltatók tulajdonosa, fenntartója és finanszírozója is volt. 1990 után a rendszer reformon esett át, és a többi európai országhoz hasonlóan a Bismarck-modell alapjaira épülő ágazatot kezdtek el kiépíteni. Ennek értelmében az alanyi jogosultság helyett megjelent a társadalombiztosítási jogviszony fogalma. Finanszírozás tekintetében jelentős változásként a társadalombiztosítási kassa kiválása említhető a költségvetésből, valamint az eddigi bázisfinanszírozás helyett már a teljesítmény határozta meg az egyes szolgáltatóknak járó összeget. Megalakult önálló költségvetési szervként az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 1993-ban, melynek feladata az Egészségbiztosítási Alap kezelése, valamint az első években a járulékbévételek beszedése.

A '90-es évektől decentralizáció (állam helyett önkormányzati feladatkor lett pl. az alapellátás, szakellátás egy részének biztosítása), valamint a privatizáció (házi orvosok vállalásos formában való működése, gyógyszertárak magánkézbe adása) is felütötte fejét, jelentősen átrajzolva a szektor struktúráját. A magánszereplők bevonásának lényege az volt, hogy az ágazatból hiányzó forrást és a megfelelő színvonalú szolgáltatást ily módon tudja pótolni az állam. [14]

A házi orvosok tekintetében a kezdetektől a vállalásos formában való működést szorgalmazták, úgy, hogy a házi orvos egyszerre kötött szerződést az önkormányzattal (aki a területi ellátást szervezte), és az egészségbiztosítóval. A szakellátók az Országos Intézetek kivételével szintén az önkormányzatok égisze alá kerültek.

2004 tájéka már igény fogalmazódott meg a szakellátás egyes háttértevékenységeinek centralizálására (fővárosi szinten) a költségek csökkentése és adóssághalmozás elkerülése érdekében, [15] a for-profit társaságok térnyerése a vizsgált ellátási formákban azonban 2010-ig töretlen maradt.

2010-től a korábban lokális, önkormányzati szinten működő szakellátás államosítása megkezdődött: az intézmények fenntartása átkerült az akkor megalakuló GYEMSZI (ÁEEK) feladatkörébe. A for-profit jellegű kórházak száma is csökkent, és ezek a mai napig is csak kicsi, legfeljebb 20 ágyal működő intézmények. [16]

A re-centralizáció fogalma nem ismeretlen más országok számára sem. Norvégiában 2002-ben 19 regionális szintű önkormányzattól vette át a tulajdoni pozíciót az állam (2012-ben azonban szintén elkezdték növelni az önkormányzatok felelősségeit – re-decentralizáció?). Dániában egy 2006-os egészségügyi reform után az addig működő 14 önkormányzatot 5-re csökkentették, és újra központi felelősségűvé vált az egészségügy néhány ellátási forma (pl. krónikus szakellátás) kivételével. Lengyelországban a működtetési feladatkör került a korábbi 17 regionális társadalombiztosítási pénztártól az Egészségügyi Minisztériumhoz – hasonlóan Hollandiában (2006) és Németországban (2009) is átszabályozták a több-biztosítós rendszer működését egy központilag jobban irányítható modell érdekében. [17]

4.4. A FELHASZNÁLT ADATOK FORRÁSA, ELEMZÉSI MÓDSZER

A fejezet eredményei alapvetően két részre oszthatók. Az első részben a for-profit szolgáltatók gyógyító-megelőző kasszából való részesedésének változását elemezzük az 1995-2017 közötti időszakban. A for-profit ellátók finanszírozásának arányát az ellátások egyes szintjein külön is vizsgáljuk:

- házi orvosos és házi orvosos ügyeleti ellátás;
- fogászati ellátás;
- védőnő, anya- gyermek- és ifjúságvédelem;
- betegszállítás, halottszállítás;
- mentés;
- laboratóriumi diagnosztika;
- CT, MR;
- járóbeteg szakellátás;
- aktív és krónikus fekvőbeteg szakellátás;
- otthoni szakápolás;

- művese-kezelés

Ez után részletesebben is szemléltetjük Magyarország egészségügyi szolgáltatóinak megoszlását az egyes ellátási szinteken, a tulajdoni forma szerint 2009-2017 között. Az elemzés során az egészségbiztosítóval szerződést kötött

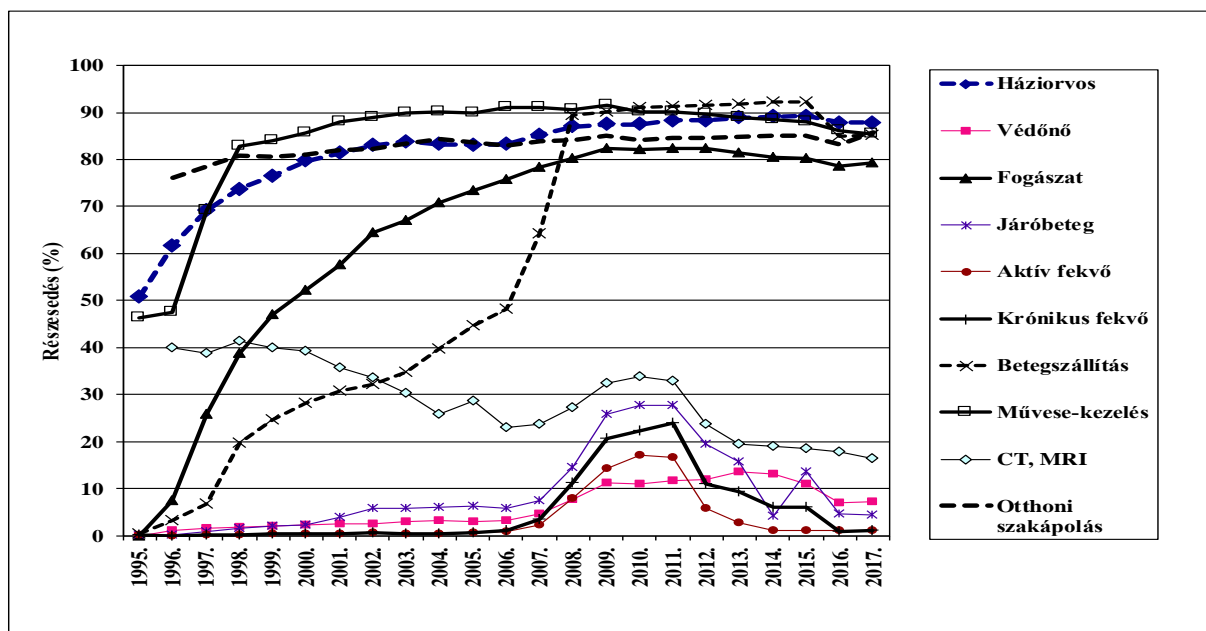
- önkormányzati,
- központi (állami) költségvetési szervek,
- vállalkozások,
- nonprofit társaságok

számának megoszlását, valamint a finanszírozott összegből való részesedésüket vizsgáltuk a megadott időszakban. Az adatok a NEAK adatbázisából származnak.

Ahol az egy szolgáltatóra jutó finanszírozás összege kerül említésre, ott a mutató az adott intézménytípus közfinanszírozásból való részesedésével és az adott típusba tartozó szolgáltatók számának hányadosával került meghatározásra.

4.5. TULAJDONVISZONYOK MAGYARORSZÁGON

A tulajdonviszony szerinti finanszírozás megoszlása heterogén képet mutat a gyógyító-megelőző ellátások területén. A rendszerváltás utáni években még alapvetően erős állami jelenlét volt jellemző, bár a '90-es évek második felétől már néhány ellátási forma mintegy felét magánszolgáltatók végezték (pl. művese-kezelés, háziorvosi ellátás). Összességében a for-profit vállalkozások 1995-ben még a finanszírozás 6,91%-át kapták. Ez a 2009-2011 közötti időszakban tetőzött, ahol a magánoldal részesedése 30% feletti volt. Jelenleg (2017-ben) a szektor 23,1%-ot vesz el a gyógyító-megelőző ellátások kasszájából. [2. ábra]



14. ábra

For-profit szolgáltatók részesedése az OEP finanszírozásból 1995-2017 között (Forrás: NEAK)

A '90-es évek második felétől kezdve a fogászati ellátás, művese-kezelést és betegszállítást végző magánszolgáltatók hol lassabb, hol erőteljesebb, de állandó emelkedést mutattak a részesedésben, majd arányuk nagyjából 2008 óta stagnál. A járóbeteg-, illetve aktív és krónikus fekvőbeteg szakellátás leginkább államilag irányított és finanszírozott szolgáltatói között 2008-2012 között jelent meg a magánoldal erőteljesebben, majd ez az arány ismét visszaesett. [2. táblázat]

	Magánoldal részesedése a közfinanszírozásból (átlag)		
	1995-2007	2008-2012	2013-2017
Járó	3,69%	23,04%	8,46%
Aktív fekvő	0,53%	12,37%	1,46%
Krónikus fekvő	0,64%	17,84%	4,68%

15. táblázat

Magánoldal részesedése a közfinanszírozásból az egyes időszakokban (Forrás: NEAK)

A továbbiakban az elmúlt évtizedben bekövetkezett strukturális változásokat mutatjuk be részletesebben, az egyes ellátási formák szerint.

Legfrissebb adataink szerint az egyes ellátások közül legnagyobb arányban a háziiorvosi ellátást (90,5%), fogászatot (84,20%), és az otthoni szakápolást (74,70%) működtetik vállalkezési formában, míg az állami irányítás legnagyobb arányban a CT, MR ellátásban (89%), krónikus fekvőbeteg-szakellátásban (72,9%) és művese-kezelés területén (68,4%) van jelen. Ezzel szemben a közfinanszírozásból legnagyobb arányban részesülő vállalkozások az egyes ellátási formák szerint: a háziiorvosok (87,80%), otthoni szakápolás (85,7%), művese-kezelés (85,4%), és betegszállítás (85,2%).

Az elmúlt évtized változásait tulajdonosi szempontból úgy foglalhatjuk össze, hogy az önkormányzatok esetében egy-két ellátási forma kivételével a szerződések száma és a finanszírozásból való részesedés is csökkent 2017-re. Az állami intézmények ezzel ellentétben szinte mindenhol növekedést produkáltak. Kivétel ez alól a mentés és betegszállítás szolgáltatása – ahol utóbbi esetében nem is az állami ellátók, hanem a finanszírozott összeg aránya csökkent jelentős mértékben. Az egészségügyi vállalkozások száma a gyógyító-megelőző ellátás területén szintén visszaesett (ahol emelkedést is látunk, az minimális mértékű), míg a nonprofit társaságok száma és finanszírozása is összességében növekedett.

A progresszivitás egyes szintjein eltérő az intézmény-típusok aránya (ezzel együtt a finanszírozott összeg aránya is). A háziiorvosi és fogászati ellátásban egyaránt a vállalkozások aránya a legnagyobb. Az alapellátás vizsgált típusairól elmondható, hogy 2009 óta számottevő változás nem érte a tulajdonosi rendszert. A háziiorvosok körében a vállalkozások száma némiképp csökkent (322 szolgálattal lett kevesebb 2017-re), míg a többi tulajdonosi forma minimális növekedést mutatott. Ezzel szemben a finanszírozás folyamatosan növekedett. Az adott intézménytípusra jutó finanszírozási összeget vizsgálva elmondhatjuk, hogy az egy szolgáltatóra jutó finanszírozás a háziiorvosi vállalkozások körében a legalacsonyabb, míg a

nonprofit ellátók esetében a legmagasabb. *Az ily módon megállapított mutató az adott csoportba tartozó szolgáltatók nagyságát is hűen tükrözi.*

A nonprofit szolgáltatók száma 2015-2016 között több, mint kétszeresére emelkedett (27-ről 60-ra), ám ezzel együtt mintegy 120 vállalkozással lett kevesebb (-1,94%) ugyanebben az időszakban.

A védőnői és anya- gyermek- és ifjúságvédelmi szolgálatban a vállalkozások mellett már az önkormányzat, mint tulajdonos jelenléte is jelentős. A védőnői szolgálatok esetében az évek során megszűnt önkormányzati kézben lévő szolgáltatók (2009 óta -104 db) helyett nagyjából egyenlő arányban jelentek meg for-profit (+67 db) és not-for-profit ellátók (+75 db), összességében némi növekedést eredményezve azok számában. Ezek közül leginkább az állami intézmények megjelenését érdemes kiemelni, amely 2012-ben emelkedett drasztikusan (5-ről 51-re) A fogászati ellátást végző vállalkozások száma 2009 óta 132-vel csökkent, ezek helyett önkormányzati és állami szervek vették át a feladatot.

Vannak olyan ellátási formák is, melyeknél egy vagy több intézménytípus jelenléte teljesen megszűnt. 2012-től megszűnt az önkormányzati jelenlét a betegszállítás, CT, MR és a művese-kezelés területén.

A betegszállítás és orvosi rendelvényű halottszállítás, ahol 2011-ben még a feladatkört 25,74%-ban önkormányzati intézmények látták el, 2012-től „központosult”. 2013-2015 között a nonprofit betegszállítók száma is csökkent, majd ettől kezdve ismét emelkedni látszik, az állami szolgáltatók számának további növekedésével és a vállalkozások egyidejű csökkenésével. Mindazonáltal az egy szolgáltatóra jutó finanszírozás mindvégig a vállalkozók körében a legmagasabb, míg az állami szférában a legalacsonyabb.

Hasonlóképp a CT, MR kasszából 2012 óta már nem részesült önkormányzati és nonprofit intézmény, helyettük ebben az évben az addig mintegy 15%-ot képviselő állami intézmények aránya 84,6%-ra ugrott, míg a finanszírozásból való részesedésük 27,27%-ról 76,30%-ra emelkedett egy év alatt. 2017-es adatok szerint a 65 állami ellátó (89%) az erre szánt összeg 84%-ában részesült, míg a maradékon a vállalkozói kör osztozik.

A művese-kezelést végző állomások 2009-ben még együtt végezték önkormányzati (5 db), állami ellátók (5 db) és vállalkozások (7 db), bár utóbbi működési forma már ekkor is az összfinanszírozás 91,48%-ában részesült. 2012-ben az önkormányzati ellátás az államhoz került át, azonban a finanszírozás megoszlása a két szektor között lényegi változást nem mutatott. 2016-ban 3 megszűnő vállalkozás helyett ugyanennyi nonprofit szolgáltató jelent meg a piacon, bár részesedésük minimális (2017-ben a finanszírozás 1,70%-a).

Hasonlóan az otthoni szakápolás is jellemzően vállalkozási formában végzett szolgáltatás, jelenlétük a piacon mindössze 6,71%-kal csökkent 2009 óta. Az állam, mint feladatellátó 2012-ben lépett színtérre, de minimális mértékben (arányuk 2-3% között mozgott minden vizsgált évben). A finanszírozás megoszlása a szolgáltatók arányával nagyjából megegyező, kiugró eltérések nem figyelhetők meg.

Szintén eltérő mértékben részesülnek a laboratóriumi ellátást végzők a közpénzből. Az önkormányzat által működtetett és nonprofit szolgáltatókra jutó egységfinanszírozás kisebb, mint az állami és for-profit intézmények esetében. A vállalkozások aránya az elmúlt évtizedben jelentősen lecsökkent, 2009-ben még az összes ellátó 31,14%-a működött formában, 2017-ben ez a mutató már csak 10,20%. Növekedett emellett a nonprofit (5,54%-ról 19,30%-ra), és természetesen az állami szintű intézmények aránya (9%-ról 43,30%-ra).

Talán a járóbeteg szakellátásról mondhatjuk el, hogy szolgáltatói szempontból a legkiegyenlítettebb: mind a négy vizsgált működési forma 20-30%-os arányban képviseli magát 2016 óta. Az államilag irányított egységek aránya itt is 2012-ben, míg a nonprofit ellátóké 2016-ban emelkedett meg. Finanszírozási szempontból ugyanez az egyenlőség már nem áll fenn, hiszen a járóbeteg kassa csaknem 70%-át a központi intézmények viszik el. Ebből is látszik, hogy az önkormányzati, (önálló) rendelőintézetek jóval kisebb méretűek, mint a kórházi intézmények. A Szakmai Kollégium Menedzsment és Egészséggazdaságtan Tagozat és Tanács 2012-es ülésén már jelezte, hogy a járóbeteg-szakellátók teljes mértékben állami irányítás alá vonása veszélyes: az integrált központok után az önállóan működő rendelőintézetek átvétele már sértené a szubszidiaritás elvét – valamint indokolatlan és túlzott mértékű adminisztrációs terhet jelent a többszáz kis méretű és pénzforgalmú intézmény tulajdonosváltása. [18]

A for-profit és nonprofit ellátók részesedése 2016-ban „cserélődött fel”, amikor is előbbi 13,5%-os aránya 4,64%-ra csökkent, míg utóbbié ugyanilyen mértékben emelkedett meg. Ugyanígy az egy szolgáltatóra jutó támogatás is a vállalkozások körében a legalacsonyabb a négy típus közül.

A járóbeteg-szakellátás strukturális változásaihoz hasonló a fekvőbeteg-szakellátás helyzete is a vizsgált időszakban. Az önkormányzati irányítást az állam drasztikusabban csökkentette, ugyanakkor a vállalkozások aránya is csökkent a nonprofit szolgáltatók javára, noha kisebb mértékben. Az egy szolgáltatóra jutó finanszírozás is mindkét esetben az állami intézmények esetében a legmagasabb, ezt követik a nonprofit ellátók (az aktív ellátásban a kettő közti különbség tízszeres, a krónikus ellátás esetében majdnem háromszoros).

Láthattuk tehát, hogy a szerződések és a finanszírozás aránya néhol meredek különbségeket mutat, mely nyilván a szolgáltatók méretbeli változásainak is mutatója. [3. táblázat] 2012-től például az önkormányzatok által működtetett intézmények száma csökkent, ugyan, de nem olyan nagy mértékben, mint azok közfinanszírozásból való részesedése. Példaként, a laboratóriumi diagnosztika esetében, 2017-ben a szolgáltatók 27,2%-a maradt helyi szinten, ám a finanszírozásnak mindössze 6,6%-át kapták csak. A tendencia, ha nem is ilyen nagy különbséggel, de a védőnői szolgálat kivételével mindegyik ellátási forma esetében megfigyelhető. Az államilag irányított intézményeknél ennek épp ellenkezője tapasztalható, kivételt képez azonban a betegszállítás, ahol 2017-ben 55 szolgáltató (47,4%) a finanszírozott összeg mindössze 6,1%-ában részesült. Hasonlóan, a laborok esetében a dialízis-központok 68,4%-a állami fenntartású, de részesedésük már csak 12,9%. A vállalkozások esetében a védőnők, járóbeteg szakrendelők és az aktív fekvőbeteg-szakellátás körében figyelhetjük meg, hogy az ellátók aránya nagyobb, mint a finanszírozásé. A betegszállítók (szintén 55 db) itt már a központi intézményekkel ellentétben az összeg 85,2%-át kapták az utolsó vizsgált évben. Ennél is nagyobb eltérést mutat a művese-kezelés (2017-ben 3 szolgáltató (15,8%) részesült a finanszírozás 85,4%-ában). A nonprofit társaságok részesedése szinte minden esetben 10% alatti, és a szolgáltatók arányát szinte sosem haladják meg – kivételt képez ez alól a betegszállítás, mely 5,2%-ban képviseli magát a piacon és a bevétel 8,8%-át kapja, és a fogászat, mely esetben az ellátók 0,7%-a kapja az ellátásra szánt összeg 2,6%-át. A többi ellátási formától eltérően azonban itt már nem mutatkoznak jelentős eltérések a két vizsgált mutatószám között.

	önkormányzatok						állami intézmények					
	szolgáltatók			finanszírozás			szolgáltatók			finanszírozás		
	2009	2017		2009	2017		2009	2017		2009	2017	
házi orvos	7,68%	8,00%	▲	10,17%	8,30%	▼	0,42%	0,60%	▲	0,98%	0,90%	▼
védőnő	58,81%	54,80%	▼	84,86%	78,40%	▼	0,10%	1,70%	▲	1,81%	7,70%	▲
fogászat	10,34%	12,30%	▲	11,87%	8,90%	▼	0,76%	2,80%	▲	4,45%	9,30%	▲
betegszállítás	27,86%	-	▼	5,36%	-	▼	2,14%	1,54%	▼	47,40%	6,10%	▼
labor	54,33%	27,20%	▼	43,75%	6,60%	▼	9,00%	43,30%	▲	26,18%	76,40%	▲
járó	40,32%	21,10%	▼	56,14%	13,00%	▼	5,92%	30,40%	▲	13,79%	69,50%	▲
ct,mr	52,90%	-	▼	39,70%	-	▼	14,30%	89,00%	▲	27,56%	84,00%	▲
művese	29,41%	-	▼	3,83%	-	▼	29,41%	68,40%	▲	4,69%	12,90%	▲
otthoni szakápolás	7,89%	8,30%	▲	4,39%	3,60%	▼	-	2,20%	▲	-	0,50%	▲
aktív fekvő	50,97%	9,20%	▼	54,56%	0,30%	▼	10,97%	67,60%	▲	29,26%	97,10%	▲
krónikus fekvő	50,63%	1,50%	▼	56,65%	0,30%	▼	7,59%	72,90%	▲	15,37%	88,10%	▲
mentés	-	-		-	-		100,00%	66,70%	▼	100,00%	97,30%	▼
	vállalkozások						nonprofit ellátók					
	szolgáltatók			finanszírozás			szolgáltatók			finanszírozás		
	2009	2017		2009	2017		2009	2017		2009	2017	
házi orvos	91,59%	90,50%	▼	87,48%	87,80%	▲	0,32%	0,90%	▲	1,37%	2,90%	▲
védőnő	38,95%	40,60%	▲	11,12%	7,10%	▼	2,15%	2,90%	▲	2,21%	6,80%	▲
fogászat	88,37%	84,20%	▼	82,38%	79,20%	▼	0,52%	0,70%	▲	1,30%	2,60%	▲
betegszállítás	65,00%	47,40%	▼	90,21%	85,20%	▼	5,00%	5,20%	▲	2,90%	8,80%	▲
labor	31,14%	10,20%	▼	26,67%	11,80%	▼	5,54%	19,30%	▲	3,40%	5,30%	▲
járó	44,19%	29,00%	▼	25,80%	4,40%	▼	9,57%	19,40%	▲	4,27%	13,20%	▲
ct,mr	31,40%	11,00%	▼	32,36%	16,40%	▼	1,40%	-	▼	0,37%	-	▼
művese	41,18%	15,80%	▼	91,48%	85,40%	▼	-	15,80%	▲	-	1,70%	▲
otthoni szakápolás	81,41%	74,70%	▼	84,98%	85,70%	▲	10,70%	14,80%	▲	10,63%	10,20%	▼
aktív fekvő	32,26%	12,00%	▼	14,27%	1,10%	▼	5,81%	11,30%	▲	1,90%	1,50%	▼
krónikus fekvő	23,42%	2,30%	▼	20,59%	1,00%	▼	18,35%	23,30%	▲	7,39%	10,70%	▲
mentés	-	-		-	-		-	33,30%	▲	-	2,70%	▲

16. táblázat

Egészségügyi szolgáltatók számának és finanszírozásának megoszlása az egyes működési formák szerint (Forrás: NEAK)

4.6. MEGBESZÉLÉS

A szolgáltatói (és finanszírozói) oldal struktúrájának sokszínűsége figyelhető meg a nemzetközi gyakorlatban. Az autonómia és a magánoldal jelenlétének mértéke szerint az országok egészségügyi rendszerei széles skálán mozognak. A folyamatos változtatások, reformok (privatizáció után visszaállamosítás, re-centralizáció) eszközölésére is bőven akad nemzetközi példa.

Magyarországon az ellátást végző intézmények száma, a feladatkörre szánt finanszírozás nagysága sokat változott az elmúlt évtizedben. Több esetben a szolgáltatók (szerződések) száma és a finanszírozási összeg is jelentős eltéréseket mutatott egy-egy ellátást végző intézményi típuson belül (pl. művese-kezelés).

A magánoldal jelenléte is hol erősödött, hol gyengült az elmúlt 22 évben. Történtek tartós változások, mint például a magánszektor térnyerése a fogászatban, művese-kezelésben és betegszállításban. A járó- és fekvőbeteg szakellátásban ugyanakkor egészen 2007-ig tartó állami irányítást egy privatizációs törekvés követte – megnőtt az e feladatkört végző vállalkozások száma, így az E. Alapból való részesedésük is a fent jelzett mértékben. A szakellátás fellendítésére még külföldi befektetők által létesített magánkórházak megépítése is tervben volt, azonban e törekvések nem tudtak tartós eredményt hozni, így jelenleg a magánintézmények kis számúak és kis kapacitásúak. Mihályi szerint a hálapénz intézményének is köszönhető, hogy a magánkórházak nem tudták felvenni a versenyt a közkórházakkal. [16]

A 2012-ben a szektort átformáló államosítást megalapozatlannak, túl gyors lefolyásúnak tartott a szakmai oldal [19], azonban kétségkívül lehetőségeket is rejt magában a fennálló problémák (esélyegyenlőség, minőségfejlesztés, hatékonyság-javítása, stb.) orvoslására. Rékassy a magánszektor jelenlétének fontosságát hangsúlyozza a szolgáltatás területén, valami az állam feladatkörét nem (csak) a szolgáltatás nyújtásában, hanem a megfelelő szabályozásban, minőségbiztosításban és kontrolltevékenységben látja elsősorban. (forrás: Rékassy)

Számos tanulmányban vetették már fel azt a kérdést, hogy az ágazat hatékonyságát befolyásolja-e a rendszer felépítése, az ellátást végző szolgáltatók jellege profitorientáltság szempontjából. Van-e bevált, minden egészségügyi rendszer számára ajánlott modell az irányítás szintjei, vagy a tulajdonosi forma megoszlása szerint?

Az egyes tulajdonosi rendszerek egyaránt hordoznak lehetőségeket és veszélyeket is. A privatizációról például megállapították, hogy a termelékenység és teljesítmény növekedését eredményezheti. [20] A piac nyitása továbbá esetlegesen új ideákat hozhat be, melyek innovatív problémamegoldó eszközök lehetnek. [2] Ugyanakkor Stuckler és társai a privatizációhoz a felnőtt mortalitás növekedését is hozzákötötték. [3] Hasonlóan egy meta-analízis során kimutatták a for-profit kórházak száma és az emelkedett halálozási mutatók kapcsolatát. [4] A decentralizált struktúrák egyik előnye lehet politikai szempontból, hogy az egészségüggyel kapcsolatos problémákat „távol tartja” a kormányzattól [5], azonban az ellátáshoz való hozzáférhetőség egyenlőtlenségének veszélyét hordozhatja magában. Dózsa cikkében részletesen sorra vette a központosítás mellett és ellen szóló érveit a hazai ellátórendszerre szabva. [1919]

Az ágazat hatékony működése szempontjából kiemelt fontosságú az központi vagy megosztott irányításának kérdésköre. Abban nagyjából egyetértés mutatkozik a témában publikált szerzők között, hogy alapvetően a szektor decentralizált működtetése több szempontból is előnyös lehet. Az azonban, hogy adott országon belül milyen mértékig érdemes és hasznos szétosztani azt egészségüggyel kapcsolatos feladatokat, már nehezebb kérdés. A szerzők minden esetben a szélsőségekben látják a legnagyobb hibát. A finanszírozási, szolgáltatási és irányítási szempontból túlságosan szétosztott rendszert nehezebb az egyébként szükséges állami szinten kontrollálni és egy szinten tartani – ugyanakkor a teljesen centrálisan működő egészségügyben nem valósulhat meg a benchmark folyamat, illetve az innovációs technikák terjedése a szolgáltatók/menedzsment között, ami mind előrébb vinné a szektort.

Amint látható, az egészségügyi szektor bármely struktúrájára bőven akadnak érvek és ellenérvek. A tanulság, hogy kiaknázható lehetőségek rejlenek a különböző tulajdonosi rendszerekben, és megfelelő irányítással, a szereplők közötti hatékony kommunikációval magas szintű, hatékonyan működő ellátást lehet biztosítani.

IRODALOMJEGYZÉK

- 1 Az egészségügyi rendszerek tipológiája. GYEMSZI, 2014.
- 2 Edwards, N., & Lewis, R. (2008). Who owns and operates healthcare providers and does it matter? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 101(2), 54–58.
- 3 Stuckler D., King L., McKee M.: Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis. *Lancet*, 373(9661) pp. 399-407
- 4 Devereaux PJ, Choi PT, Lacchetti C, *et al.* A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. *CMAJ* 2002;**166**:1399–406
- 5 Youngju Kang, Wonhyuk Cho & Kwangho Jung (2012) Does Decentralization Matter in Health Outcomes? Evidence from 22 OECD Unbalanced Panel Data for 1995–2005, *International Review of Public Administration*, 17:1, 1-32,
- 6 Boncz I., Dózsa Cs., Sebestyén A., Gulácsi L.: A profitérdekelt vállalkozások és a nonprofit szektor részesedése az egészségbiztosítási forrásokból. *Orvosi Hetilap* 145(34) pp. 1753-1757
- 7 Boncz, I. (2010). Az állam és a magánoldal szerepvállalása az egészségügyi szektorban: privatizáció és/vagy vissza(államosítás). In Bodrogi József (szerk.) *A magyar egészségügy – Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményértékelés*. Semmelweis, Budapest.
- 8 Dózsa Cs., Ecseki A.: A hatékonyság mérésének lehetőségei és korlátai a Data Envelopment Analysis (DEA) módszertan alkalmazásával. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 50(2) pp. 25-32
- 9 <https://www.hhrjournal.org/2016/12/assessing-private-sector-involvement-in-health-care-and-universal-health-coverage-in-light-of-the-right-to-health/> (Megtekintés: 2018. 09. 19.)
- 10 Ana M. Guillén and Maria Petmesidou: The Public–Private Mix in Southern Europe: What Changed in the Last Decade? In: Martin Seeleib-Kaiser (ed.): *Welfare State Transformations Comparative Perspectives*. University of Oxford, UK, 2008.
- 11 Rékassy B.: Virágozzék minden virág? A hazai magán egészségügyi szolgáltatók tipizálása és jövőképe. *IME* 13(10) pp. 12-19
- 12 Henke, K.-D., Schreyögg, J. (2005) *Towards Sustainable Health Care Systems* (Geneva: ISSA).
- 13 OECD (2015), *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, OECD Publishing, Paris
- 14 A. Beregi: Jelentés az egészségügyi szakellátások privatizációjának ellenőrzéséről. *IME* 5(5) pp. 9-13
- 15 L. Skultéty: Költségcsökkentés centralizációval Budapest kórházaiban. *IME* 3(9) pp. 10-13
- 16 P. Mihályi: Ownership changes in the Hungarian healthcare sector, 1990–2017. *Zarządzenie Publiczne* Nr 3(41)/2017
- 17 Decentralization, re-centralization and future European health policy. Richard B. Saltman. *European Journal of Public Health*, 18(2) 2008, pp. 104–106,
- 18 A Szakmai Kollégium Menedzsment és Egészséggazdaságtan Tagozat és Tanács METT-2012/6. sz. együttes állásfoglalása a járóbeteg szakellátó rendszer tulajdonosi feladatainak állami körbe vonásáról. *IME* 11(9) pp. 19-20

19 Cs. Dózsa: A spontán államosítás kockázatai és lehetőségei, avagy mi várható a rendszer átalakításától?. IME, 11(3) pp. 5-12

20 Parker D. Privatization and agency status: identifying the critical factors for performance improvement. British journal of management 1995(6) pp. 29–43

5. PÉNZÜGYI HATÉKONYSÁG A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZERBEN: AZ EGÉSZSÉGÜGYI FORRÁSOK ÉS SZOLGÁLTATÁSI CSOMAG ÖSSZELETÉSE (EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK MÉRTÉKE, FIZETÉSI HAJLANDÓSÁG – WILLINGNESS TO PAY)

5.1. BEVEZETÉS

Magyarország egészségügyi rendszere az elmúlt 25 évben, a Kelet Európai országokra jellemző Semashko modelltől, sikeresen átalakult egy az ellátót és finanszírozót szétválasztó, alapvetően Bismarck típusú egészségügyi rendszerre [1]. A Bismarcki és Beveridge modellek történeti alapon történő szétválasztása ma a modellek konvergenciája miatt nem helytálló, és a rendszer működését inkább topológiai szempontból érdemes meghatározni. Magyarországon az adóból és a kötelező biztosítási járulékokból történő finanszírozás közel azonos arányú, mivel a munkaképes korúak arányának csökkenésével és a nyugdíjasok járulékmentességével a hiányzó járulékforrások pótlása az adóból történik [2]. Az intézményi jellemzők alapján az OECD által kialakított klaszter analízis szerint [3] hazánk a 6-os klaszterbe tartozik, amire erősen szabályozott állami rendszer az ellátók közötti választási lehetőség jellemző, viszont erős költségvetési korlátok szabnak határt a szolgáltatások nyújtásának. Azonban, függetlenül attól, hogy milyen tipologizálást és csoportosítási kritériumot alkalmazunk, a rendszer finanszírozási igénye, az egészségügyi kiadások mértéke és összetétele, valamint a rendszer teljesítménye és hatékonysága nagymértékben függ az egészségügyi rendszer szerkezetétől és szervezeti jellemzőitől [4].

5.2. HATÉKONYSÁGI VISZONYOK AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZERBEN

Az elmúlt évtizedekben a legtöbb EU országban az egészségügyi kiadások gyorsabb ütemben nőttek, mint a GDP5. Ennek a jelentős növekedésnek a háttérében kereslet és kínálat oldali faktorok is szerepet játszanak, mint például a technológiai újítások és az öregedő társadalom. Ezen faktorok mellett számos bizonyíték utal arra, hogy a teljes egészségügyi rendszert jellemző, átfogó hatékonyság, ami a rendelkezésre álló források egészségügyi kimenetelleké történő átalakítását jellemzi, nagyban hozzájárul a kiadások túlzott növekedéséhez és gazdasági értelemben vett pazarláshoz.

A hatékonysági paradigma egészségügyi rendszerre történő alkalmazása azonban számos kihívást tartogat és elméleti és gyakorlati problémát vet fel. Ezen problémák egy része azon alapszik, hogy az egészségügyi rendszerben a bemeneti (input) és kimeneti (output) változók csak egy átmeneti állapotot képviselnek a társadalom és az egyéni betegek által elvárt jobb egészségügyi kimenetek (outcome) elérésében. Gyakorlatilag ezen három faktor közötti kapcsolat csak összetett folyamatokkal írható le, elég ha csak arra gondolunk, hogy a végső kimenetek nem csak a köztes állapot mennyiségétől, hanem minőségi és környezeti tényezők, valamint az egészségügyi rendszeren kívül eső faktorok is befolyásolják.

Az egészségügyi rendszerek esetén a hatékonyság a rendelkezésre álló bemeneti források és a kimeneti eredmények között fennálló relációt vizsgálja. Gazdasági értelemben a hatékonyság ezen két faktor hányadosaként értelmezhető és egy termelési függvény meghatározásával könnyen megadható a rendelkezésre álló források mellett elérhető kimenetel mértéke. Ezen függvény határértékeinél alacsonyabb hányados pontosan jelzi a nem hatékony működést. Az egészségügyi rendszerekben azonban a kimeneteli oldalon egy társadalmi nézőpontú optimalizációs folyamattal is számolnunk kell, ami az egyedi betegek által meghatározott és elvárt kimeneteleket a társadalom számára megfelelőbb optimum köré szervezi. Ebben az optimalizációs folyamatban, az extra-jóléti közgazdaságtan (extra welfarism) megközelítést alkalmazva a társadalom számára elérhető maximális egészség-nyereséget kell megtalálnunk. Ebben a folyamatban a Pareto optimumtól eltérően a használdozati költségeket figyelembe véve történik meg a források elosztása, ami egyes csoportok esetén optimálisnál gyengébb kimeneteleket eredményezhet, ha ezen források máshol történő felhasználása nagyobb nyereséget eredményezhet.

Ezen optimalizációs folyamatoknak megfelelően technikai és allokatív hatékonysági mutatókat is figyelembe kell vennünk az egészségügyi rendszer hatékonyságának leírásakor. A technikai hatékonyság azt fejezi ki, hogy a rendszer milyen hatékonyan használja forrásait a megfelelő kimenetel (output) kialakítása érdekében, függetlenül attól, hogy ez a kimenetel milyen egészségügyi kimeneteleket (outcome) generál downstream módon a rendszerben. Ebben az esetben a hatékonyság javulását kétféle módon lehet elérni, vagy azonos források mellett nagyobb mennyiségben állítjuk elő a kimeneteli termékeket, vagy azonos mennyiségű terméket állítunk elő kevesebb forrás felhasználásával. Ezzel szemben, allokatív hatékonyság meghatározása esetén a kimenetelek (output) által generált downstream egészség-nyereség figyelembevételével kell a lehető leghatékonyabban felhasználni a rendelkezésre álló forrásokat. Kimeneteli oldalon azt vizsgálja, hogy a rendelkezésre álló forrásokból megfelelő egészség-nyereséget alakítunk-e ki, míg az input oldalon a szolgáltatások optimális keverékét keresi [6].

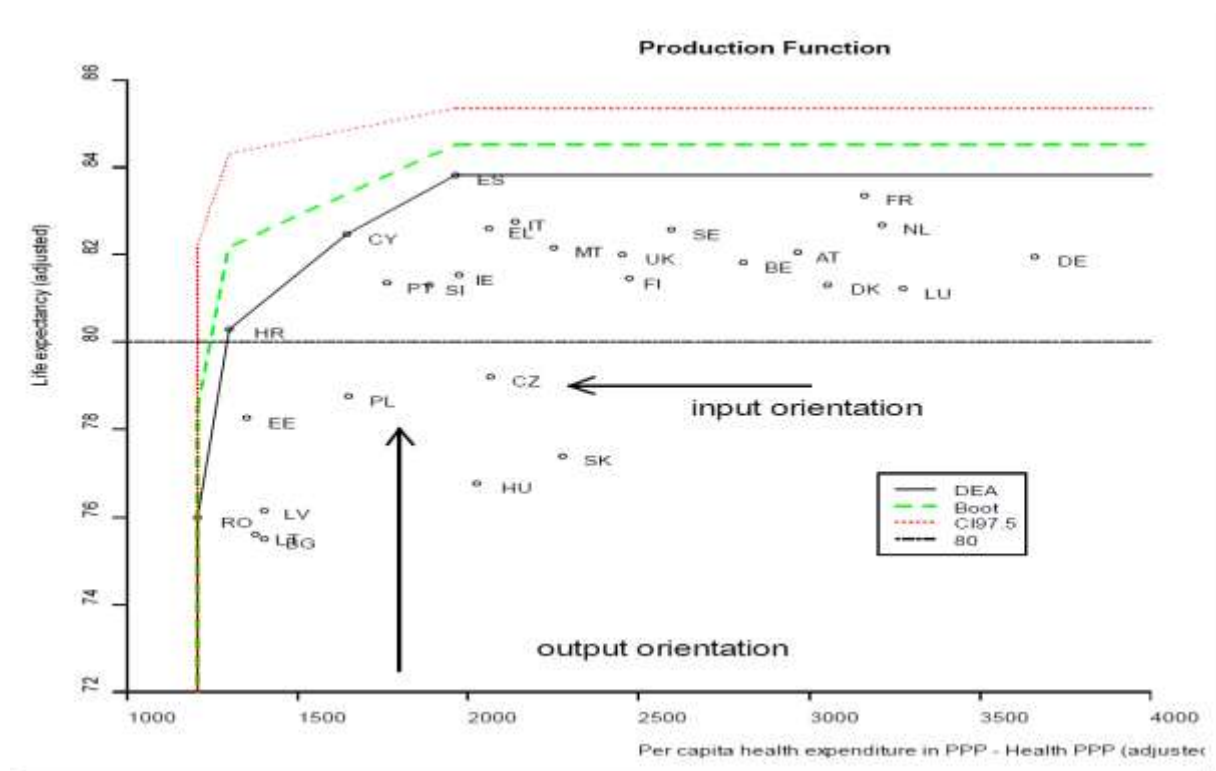
Az allokatív hatékonyság áll az Egészségügyi Technológiaértékelés (Health Technology Assessment or HTA) fókuszában, ami gyakran az életminőséggel korrigált életév nyereséget (Quality Adjusted Life Year sor QALY) használja mérőszámként az egészség-nyereség oldalon, valamint az inkrementális költség-hatékonysági arányt (Incremental Cost-Effectiveness Ratio), azaz az egy QALY nyereségre vetített költségeket, pedig hatékonysági mutatóként, adott egészségügyi technológiák befogadása, illetve egyes országokban az elavult technológiák kivezetése esetén. Az allokatív hatékonyság használata, az egészségügyi rendszer minden szintjén érvényesíthető, így nemcsak adott indikációban használható beavatkozások összehasonlítására alkalmas, hanem betegségcsoport vagy akár szektorális szintű optimalizációt is lehetővé tesz.

Az allokatív hatékonyság rendszerszintű megközelítése jól mutatja, hogy egyes alrendszerek (kórházak, kórházi osztályok) akár tökéletesen hatékony működése esetén is, kialakulhat társadalmi nézőpontból pazarló és nem hatékony állapot, a rendelkezésre álló források nemoptimális felhasználása miatt. Így az egyébként teljes hatékonysággal működő alegység egy nem hatékony rendszer részeként pazarlóan működik [7].

Annak ellenére, hogy az egészségügyi rendszerben a hatékonyság kifejezése és mérése nehézségekbe ütközik, mára már jelentős mennyiségű bizonyíték támasztja alá mikro és makro szinten is megjelenő nem hatékony működést. Ide tartozik többek között:

- a szolgáltatás nyújtás rendszer suboptimális kialakítása
- a nem hatékony akut kórházi ápolás
- csalás és korrupció fokozott megjelenése a rendszerben
- a megelőző és gyógyító eljárások suboptimális aránya
- váratlan és nagymértékű változás a szolgáltatás minőségben vagy mennyiségben adott országon belül és országok között.

Ennek megfelelően, a rendszerszintű hatékonyság növelésével jelentős előnyökhöz juthatnánk. Medeiros és Schwierz (2015) [9], Data Envelopment Analysis (DEA) módszerével a termelési függvény meghatározása után, az EU országok relatív hatékonyságát a PPF-hez (production possibility frontier) viszonyítva meghatározták. Az 1. ábrán bemutatott eredmények alapján Magyarország a modell által kialakított második klaszterében helyezkedik el. A Visegrádi 4-ek csoportjában, amely országokat alacsonyabb várható élettartam jellemez, a hatékonyság növelésének kimenetel orientált aspektusait kell javítani, mivel azonos költségek mellett más EU országok jobb élettartam mutatókkal rendelkeznek.



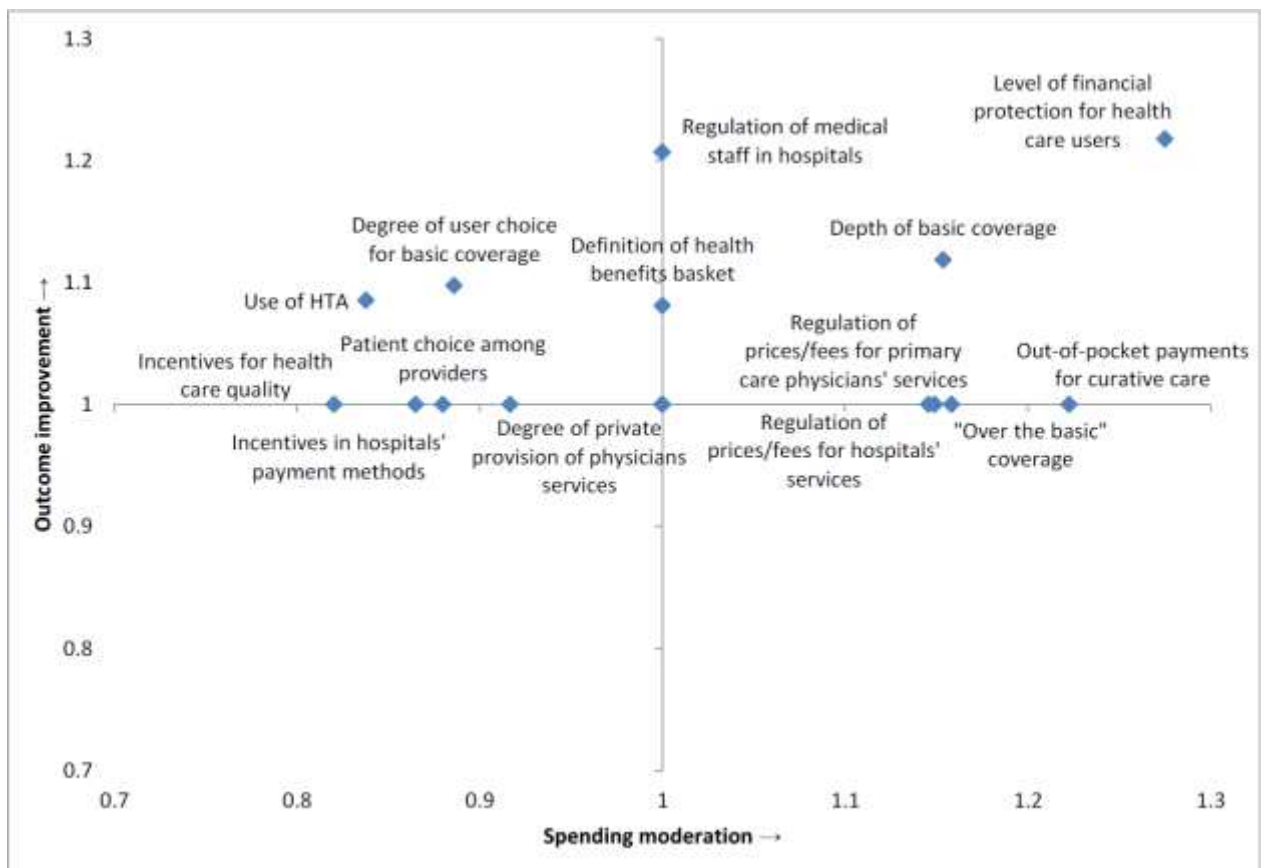
17. ábra

Az EU tagállamok egészségügyi rendszereinek relatív hatékonysága, összehasonlító DEA alapján

Medeiros és Schwierz (2015) megközelítése a rendszerszintű relatív hatékonyságok megadására fókuszál, azonban nem alkalmas arra, hogy javaslatot tegyen a szükséges

beavatkozások típusára, vagy kijelölje az egészségpolitikai irányokat, ami hazánk esetében jelentős hatékonyság növekedést eredményezhetne. [10]

Wranik és Wenzl publikációt [11] alapul véve, Lorezoni és munkatársai egy új kvantitatív elemzési keretrendszert dolgoztak ki. Elemzésükben arra keresték a választ, hogy az egészségpolitikai beavatkozások illetve a rendszer saját tulajdonságai milyen hatással vannak a rendszer hatékonyságára és VMF értékét (value for money) [12]. Ehhez a különböző rendszertulajdonságokat egy költség-hatékonysági síkon ábrázolták a költségekre és klinikai kimenetekre (outcome) gyakorolt hatásuk alapján (2. ábra).



18. ábra

Az egészségpolitikai beavatkozások, illetve a rendszer saját tulajdonságainak hatása a rendszer hatékonyságára és VMF értékét [13]

Elemzésük alapján az egészségügyi alapellátási csomag tartalmának (depth of basic coverage= what is covered) növelése (3. ábra) egyértelműen növeli a költségeket, miközben pozitív hatással van az egészség –nyereségre. A szolgáltatási csomag összetételének a meghatározása (definition of health benefit basket) ezzel szemben a költségek tekintetében neutrális beavatkozásnak tekinthető, de javítja a egészség-nyereség mérlegét. Ha a szolgáltatási csomag meghatározása egészségügyi technológiaelemzési módszertan segítségével történik, (use of HTA) a rendszer költség-hatékonysága növelhető.

5.3. A KÖLTSÉGHATÉKONYSÁG MEGHATÁROZÁSÁNAK LEGFONTOSABB ÉPÍTŐELEMEI

Két alternatív eljárás, az egészségügyi rendszer bármely szintjén, az alternatív cselekvéssorozatok összehasonlító értékelésén alapul. Teljes egészség-gazdaságtani elemzés az alternatívák költségeinek és az általuk létrehozott egészség-nyereségeknek az összehasonlításán alapul (3. ábra). A költség-minimalizációs elemzés esetén csak azonos kimenetekkel rendelkező alternatívák hasonlíthatók össze (originális vs. generikus készítmény). Költség-hatékonysági elemzésben különböző hatásossági értékekkel rendelkező alternatívák is összehasonlíthatók, azzal a kikötéssel, hogy az egészség-nyereség fizikailag értelmezhető egységben van megadva (Hgmm, életév nyereség). A maradék két módszerben az egészség nyereséget egy új változóvá alakítjuk át, költség-hasznossági elemzésben QALY-vá, [egyes esetekben DALY-vá (Disability Adjusted Life Years)] míg költség-haszon elemzésben monetáris értéké. A magasabb szintű rendszerelemek közötti összehasonlításra és allokatív hatékonysági döntések támogatására a legalkalmasabb módszer a költség hasznossági elemzés, az egészség-nyereség QALY-ban történő kifejezhetősége miatt.

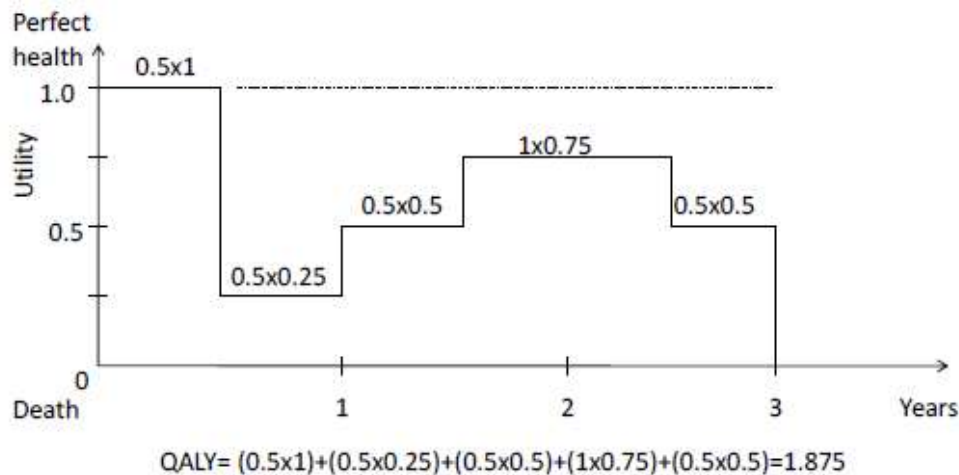
	(2) NEM		(2) IGEN
	Csak következmények vizsgálata	Csak költségek vizsgálata	
(1) NEM	Részleges Elemzés		Részleges Elemzés
	1A	1B	2
	kimenetek leírása	költség leírás	költség-kimenet elemzés
(1) IGEN	Részleges Elemzés		Teljes egészség-gazdaságtani elemzés
	3A	3B	4
	hatásossági vagy eredményességi értékelés	költség elemzés	költség minimalizációs elemzés (CMA) költség-hatékonysági elemzés (CEA) költség-hasznossági elemzés (CUA) költség haszon elemzés (CBA)

19. ábra

Egészségügyi programok gazdasági elemzéseinek módszertana Drummond (2005) [14] alapján, saját szerkesztés.

[(1): Két vagy több alternatív beavatkozást hasonlít össze?; (2): Az alternatívák költségeit (inputs) és következményeket (outputs) is vizsgálja?]

A QALY egy univerzális egészségügyi kimeneteleket megjelenítő mértékegység, amiben az életév nyereséget egy preferencia alapú életminőségi súlyszámmal korrigáljuk. A QALY kombinálja a mortalitási és morbiditási jellemzőket egyetlen dimenzióban. A QALY alkalmas arra, hogy egy beavatkozás hatására kialakuló életminőség és élettartam béli változásokat egy számmá konvertálja. Gyakorlatilag az élettartam és életminőség tengelyeken felvett függvény görbe alatti területével egyenlő (4. ábra).



20. ábra

QALY számítás alapjai egy feltételezett beavatkozás 3 éves utánkövetése során [15]

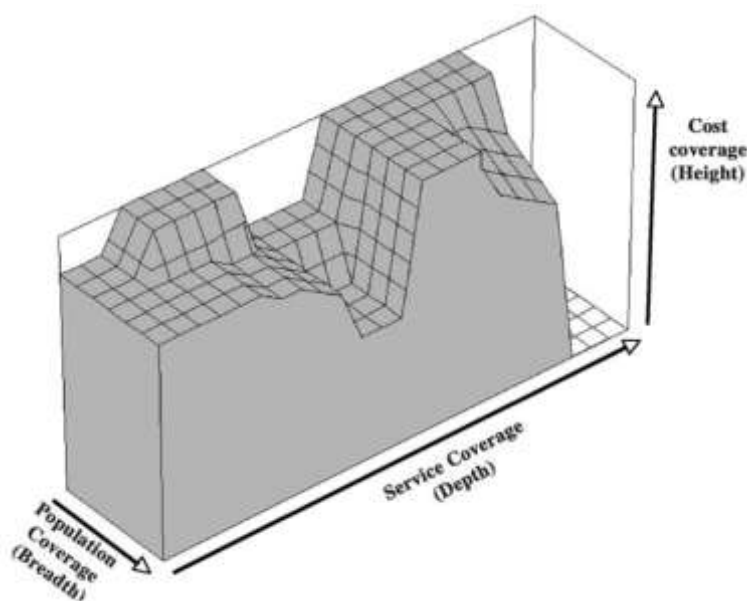
A költség-hasznossági elemzés eredményeként egy inkrementális költséghatékonysági arányszámot kapunk (Incremental Cost-Effectiveness Ratio or ICER), ami az új alternatív eljárás által létrehozott többlet életnyereséget osztja el a többletköltséggel az alábbi képletnek megfelelően.

$$ICER = \frac{Költségúj - Költségrégi}{QALYúj - QALYrég}$$

Az ICER értéket azon országokban, ahol egy technológia finanszírozásba történő befogadását költséghatékonysági elemzés készítésével kell megalapozni, döntéstámogatási célokra alkalmazzák. Ezekben a helyzetekben az ICER értékét egy olyan határértékhez kell hasonlítani, ami megadja, hogy az új alternatíva által létrehozott QALY nyereség milyen elfogadott többlet költség határérték mellett válthatja le a korábbi technológiát [16]. Leggyakrabban az ICER határértékét az ország gazdasági teljesítőképesége (GDP/capita) alapján állapítják meg. Magyarországon a jelenleg érvényben lévő egészség-gazdaságtani irányelvnek megfelelően az egy főre jutó éves GDP háromszorosa, ami hozzávetőlegesen 9 millió forint [17]. Így azon technológiák, amik egy többlet QALY nyereséget kevesebb mint 9 millió forint többletköltség árán állítanak elő, költséghatékonyak tekintünk.

5.4. AZ ALAP SZOLGÁLTATÁSI CSOMAG MEGHATÁROZÁSA

A populációt megillető egészségügyi alapellátási csomag (health coverage) 3 dimenzóval jellemezhető (3. ábra). A szélessége a támogatott populációt mutatja, hossza mentén rendeződnek a támogatott beavatkozások és technológiák, míg magasságát a költségátvalalás mértéke határozza meg. Munkánk szempontjából, számunkra most a legérdekesebb dimenzió az alapellátási csomag mélysége, ami az adott egészségügyi ellátórendszer szolgáltatási csomagjával azonos [18].



21. ábra

Az egészségügyi alapellátási csomag (health coverage) 3 dimenziója

Érdeemes rögtön különbséget tenni szolgáltatási csomag és a szolgáltatási katalógus fogalmi között. Míg az előző a kormányok által előírt kötelező társadalombiztosítás alapján, illetve az állami egészségügyi szolgálatok által nyújtott egészségügyi szolgáltatások és termékek valamint ezek eljárásrendjét összességét jelenti, addig a szolgáltatási katalógus egy sokkal részletesebb akár beavatkozás szintig (OENO, Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása) definiált lista vagy listák összessége.

A szolgáltatási csomag meghatározásának nincs egyetemes gyakorlata, országonként eltérő lehet [19]

- Németországban elvi keretek jelölik ki: „célszerű szolgáltatások, amelyek eleget tesznek a szükségesség és gazdaságosság elvének”
- Egyes országokban, mint Szlovénia, diagnózishoz kötött tág kategóriákba foglalt csomagok találhatóak (fertőző betegségek, rehabilitáció, diabetes)
- Szlovákia esetében pedig BNO kód szerinti lista található.

A kötelező társadalombiztosítás által fedezett szolgáltatások egy-egy ország viszonylatában különbözhetnek [20]

- az igénybevevők anyagi helyzete alapján (bizonyos jövedelmi küszöb alatt nincs önrészfizetés)
- az igénybevevők életkora szerint (jellemzően a fogászati kezelésekre)
- az igénybevevők „egészségi” állapota szerint (terhes nők, krónikus betegek, fogyatékkal élők)
- az országok többségében a szakorvosi/kórházi ellátás beutalóhoz vagy eljárásrendhez kötött

A szolgáltatási csomag tételes és precíz, mindenre kiterjedő, katalógusszerű meghatározása a gyakorlat szintjén mindenütt inkább elképzelés, amit a HBCs (DRG) katalógus megalkotásával, mint helyettesítővel ellensúlyoztak. A HBCs (DRG) jellegű csoportosításon alapuló listák (fekvő- és járóbeteg ellátásban egyaránt) szolgáltatási katalógusként történő használatának legfőbb korlátja, hogy ezen listák finanszírozási fókuszúak és elsősorban a finanszírozási díjtételek meghatározására alkalmasak. DRG rendszerrel rendelkező országok esetén gyakori jelenség, hogy a DRG lista bővülését technológia újítások vezérlik. Így a lista valójában egy negatív szolgáltatási katalógus funkcióját tölti be, mivel a lista elemeihez rendelt pénzügyi forrás nem fedezi egyes ellátási formák költségét, függetlenül attól, hogy az eljárás mennyi egészség-nyereség többletet állíthatna elő [21].

A szolgáltatási csomag meghatározása egy többdimenziós térben történik, aminek a legfontosabb tengelyei [22]:

- a jogosultak köre
- az egészségbiztosítás által kezelni kívánt kockázatok köre
- a vállalt kockázatok esetén nyújtott szolgáltatások
- a szolgáltatásokhoz való hozzáférés eljárásrendje
- korrekciós tényezők

Magyarországon az a kérdés, hogy milyen esetben, milyen eljárásrendben milyen ellátás jár a biztosítottak (az ellátási csomag) jól szabályozott [23], azonban

- nem kellő részletezettséggel meghatározott az egyes nyújtandó szolgáltatások köre és azok elvárt szakmai tartalma
- A szabályrendszer bonyolult, eltérő szintű, és igen eltérő környezetből, nehezen szedhető
- az eljárásrend megszegése nem szankcionált

5.5. A SZOLGÁLTATÁSI CSOMAG KÖLTSÉGHATÉKONYSÁGÁNAK MEGHATÁROZÁSA

A szolgáltatási csomag költséghatékonysága szoros összefüggést mutat a szolgáltatási katalógus explicit definiálásával. Bár Magyarországon létezik az OENO katalógus, az a gyakorlatban a finanszírozott ellátások katalógusa, ami nem tartalmazza a gyógyszerekhez hasonló regisztrációs információkat, mint például a beteg populációt, az indikációt és az

alkalmazás feltételeit. A gyógyszerekhez hasonlóan egy engedélyezési és regisztrációs folyamatot kellene megszervezni, ami elválk a társadalombiztosítási támogatási döntésektől. A rendelkezésre álló szűkös források miatt, nagyon fontos, hogy az állam által finanszírozott és a szolgáltatók által nyújtott ellátás biztonságos legyen, valamint hatékony legyen a társadalom egészén mérve az egészségi állapot javításában és mindezt költséghatékonyan legyen képes előállítani [24]. Ennek megfelelően az egyes beavatkozásokra, valamint a szolgáltatási csomag egészére nézve is költséghatékonyan kell kialakítani a szolgáltatások körét. A szolgáltatási katalógus engedélyezett eljárások katalógusával történő kiegészítése lehetővé tenné az egészségügyi technológiaértékelés módszertanának, és az allokatív hatékonyság kritériumainak alkalmazását az egészségügyi ellátórendszer minden szintjé.

Megnevezés	Teljesítés (millió forint)
Nyugellátások	3 054 547,3 Ft
Egészségbiztosítás pénzbeli ellátásai	584 568,1 Ft
Táppénz	89 139,3 Ft
GYED	128 956,4 Ft
Rokkantsági, rehabilitációs ellátások	307 366,4 Ft
EA egyéb pénzbeli ellátásai	59 105,9 Ft
Természetbeni ellátások	1 526 864,7 Ft
Gyógyító-megelőző ellátás	1 089 924,9 Ft
Gyógyszertámogatás	349 825,9 Ft
Gyógyászati segédeszköz támogatás	62 274,8 Ft
EA egyéb természetbeni ellátásai	24 839,2 Ft
Természetbeni ellátások céltartaléka	- Ft
Egyéb és vagyongazdálkodási kiadások	19 193,8 Ft
Költségvetési befizetések	4 560,1 Ft
Összesen	5 189 734,0 Ft

22. ábra

Az Egészségbiztosítási Alap 2016. évi költségvetésének pénzforgalmi teljesítése (főbb kategóriákban) [25]

Jelenleg az Egészségbiztosítási alap 1500 milliárd forintos természetbeni ellátások tételében, mindössze a gyógyszertámogatások sor esetén érvényesül a költséghatékonysági elv, ami azt jelenti hogy a költségek 75-78%-ban az egészség-gazdaságtani elemzés alapelvei nem érvényesíthetőek (4. ábra). Az említett változásokkal az új innovatív kórházi technológiák és a gyógyászati segédeszközök esetén is érvényesíteni lehetne a költséghatékonysági elveket. Továbbá, a technológiák gyorsabb adaptációja és elérhetővé tétele érdekében alkalmazni lehetne

- a feltételes befogadás-újraértékelés (conditional reimbursement)
- és a feltételes befogadás bizonyíték generálás mellett (coverage with evidence development) technikákat

Ezen szolgáltatási katalógus és befogadási technikák alkalmazása mellett, a finanszírozási kockázatmegosztás érdekében egyre több technológia esetén kellene alkalmazni az eredmény alapú finanszírozás, ami rendszer szinten segítené a hatékony eljárások térhódítását, úgy, hogy az egészségügyi költségek emelkedésének ellenértékéként a több egészségnyereséget érhetnének el az allokatív hatékonyság növekedésnek köszönhetően.

IRODALOMJEGYZÉK

- 1 Gaál, P., Szigeti, S., Csere, M., Gaskin, M., & Panteli, D. (2011). Hungary: Health system review. *Health Systems in Transition* (Vol. 13).
- 2 Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet. (2014). Az egészségügyi rendszerek tipológiája.
- 3 Joumard, I., André, C., & Nicq, C. (2010). EFFICIENCY AND INSTITUTIONS, (769).
- 4 Council of the European Union. (2010). JOINT ECONOMIC POLICY COMMITTEE – EUROPEAN COMMISSION REPORT ON HEALTH SYSTEMS.
- 5 Medeiros J. and Schwierz (2013), "Estimating the drivers and projecting long-term public health expenditure in the European Union: Baumol's 'cost disease' revisited", *European Economy, Economic Papers No. 507*.
- 6 Cylus, J., Papanicolas, I., Smith, P. C., Figueras, J., Kluge, H., Lessof, S., ... Permanand, G. (2017). How to make sense of health system efficiency comparisons? *World Health Organization, Policy Brief*.
- 7 Cylus, J., Papanicolas, I., Smith, P. C., Figueras, J., Kluge, H., Lessof, S., ... Permanand, G. (2017). How to make sense of health system efficiency comparisons? *World Health Organization, Policy Brief*.
- OECD. (2016). Health system efficiency How to make measurement matter for policy and management.
- 8 Medeiros J. and Schwierz (2013), "Estimating the drivers and projecting long-term public health expenditure in the European Union: Baumol's 'cost disease' revisited", *European Economy, Economic Papers No. 507*.
- 9 Medeiros J. and Schwierz (2013), "Estimating the drivers and projecting long-term public health expenditure in the European Union: Baumol's 'cost disease' revisited", *European Economy, Economic Papers No. 507*.
- 10 Medeiros J. and Schwierz (2013), "Estimating the drivers and projecting long-term public health expenditure in the European Union: Baumol's 'cost disease' revisited", *European Economy, Economic Papers No. 507*.
- 11 Wenzl, M., Naci, H., & Mossialos, E. (2017). Health policy in times of austerity—A conceptual framework for evaluating effects of policy on efficiency and equity illustrated with examples from Europe since 2008. *Health Policy*, 121(9), 947–954. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.07.005>
- Wranik, D. (2015). Health Economics , Policy and Law Healthcare policy tools as determinants of health-system efficiency: evidence from the OECD, (2012), 197–226. <https://doi.org/10.1017/S1744133111000211>
- 12 Lorenzoni, L., Murtin, F., Springare, L.-S., Auraaen, A., & Daniel, F. (2018). OECD Health Working Papers No. 104 WHICH POLICIES INCREASE VALUE FOR MONEY IN HEALTH CARE? Luca. <https://doi.org/10.1787/865047648066>

-
- 13 Lorenzoni, L., Murtin, F., Springare, L.-S., Aaraaen, A., & Daniel, F. (2018). OECD Health Working Papers No. 104 WHICH POLICIES INCREASE VALUE FOR MONEY IN HEALTH CARE? Luca. <https://doi.org/10.1787/865047648066>
- 14 Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2005
- 15 Ágh, T., & Inotai, A. (2016). Patient-Reported Outcomes. Budapest: Eötvös Loránd University (ELTE), Faculty of Social Sciences. <https://doi.org/10.1177/1558944715614855>
- 16 Claxton, K., Martin, S., Soares, M., Rice, N., Spackman, E., Hinde, S., ... Sculpher, M. (2015). Methods for the estimation of the National Institute for Health and care excellence cost-effectiveness threshold. *Health Technology Assessment*, 19(14), 1–503. <https://doi.org/10.3310/hta19140>
- 17 Emberi Erőforrások Minisztériuma. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve az egészségügyi technológia értékelés módszertanáról és ennek keretében költséghatékonysági elemzések készítéséről (2017).
- 18 Schreyögg, J., Stargardt, T., Velasco-Garrido, M., & Busse, R. (2005). Defining the “health benefit basket” in nine European countries: Evidence from the European Union Health BASKET Project. *European Journal of Health Economics*, 6(SUPPL. 1), 2–10. <https://doi.org/10.1007/s10198-005-0312-3>
- Velasco-Garrido, M., Schreyögg, J., Stargardt, T., & Busse, R. (2006). Identification of health baskets in nine EU countries. *La Doc. Française: Revue Française Des Affaires Sociales*, 6–7, 63–88.
- 19 Egészségügyi Rendszertudományi Iroda. (2005). Szolgáltatáskatalógus, az alap szolgáltatáscsomag meghatározása néhány EU tagország egészségügyében.
- 20 Egészségügyi Rendszertudományi Iroda. (2005). Szolgáltatáskatalógus, az alap szolgáltatáscsomag meghatározása néhány EU tagország egészségügyében.
- 21 Schreyögg, J., Stargardt, T., Velasco-Garrido, M., & Busse, R. (2005). Defining the “health benefit basket” in nine European countries: Evidence from the European Union Health BASKET Project. *European Journal of Health Economics*, 6(SUPPL. 1), 2–10. <https://doi.org/10.1007/s10198-005-0312-3>
- 22 Egészségügyi Rendszertudományi Iroda. (2005). Szolgáltatáskatalógus, az alap szolgáltatáscsomag meghatározása néhány EU tagország egészségügyében.
- 23 Egészségügyi Rendszertudományi Iroda. (2005). Szolgáltatáskatalógus, az alap szolgáltatáscsomag meghatározása néhány EU tagország egészségügyében.
- 24 Council of the European Union. (2010). JOINT ECONOMIC POLICY COMMITTEE – EUROPEAN COMMISSION REPORT ON HEALTH SYSTEMS.
- 25 http://www.neak.gov.hu//data/cms1014698/E_Alap_2016_december.pdf

6. A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER JÖVEDELMI VISZONYAINAK ÁTTEKINTÉSE

Az egészségügyi dolgozók bérkérdése mindig is kiemelt helyet foglalt el a hazai egészségpolitika napirendjén. A második világháborút követő államosításokhoz kapcsolódóan megjelent igények, a paraszolvencia megjelenése alapozta meg az első jelentős változást.

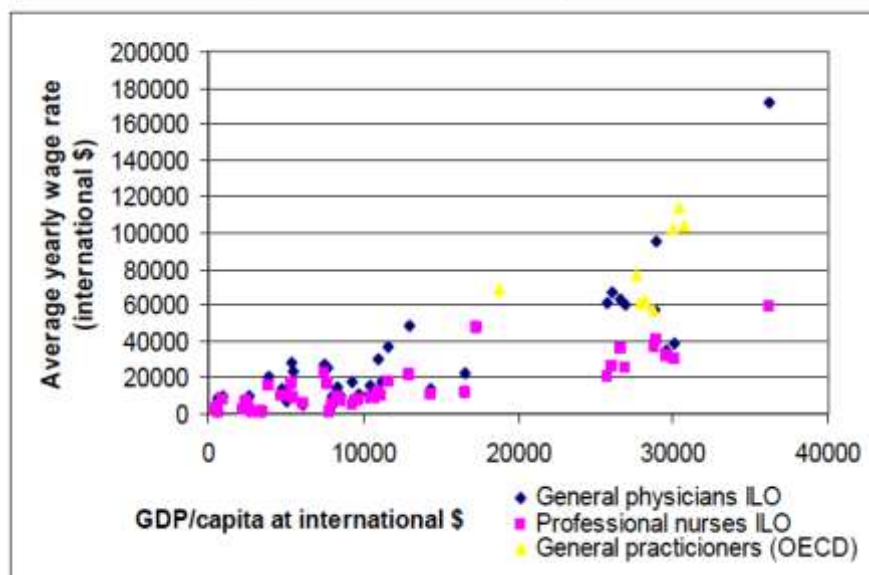
A rendszerváltás környékén a piacgazdasági mechanizmusokra való áttérés jelentette a nagy kihívást, kétség kívül nem csupán az egészségügyi ágazat, de az egész nemzetgazdaság számára.

6.1. NEMZETKÖZI ÖSSZEHAISONLÍTÁSOK

A nemzetközi szervezetek (WHO, OECD, Világbank) az 1990-es évektől már elektronikus formában is gyűjtötték és elérhetővé tették az egészségügyi rendszer számos adatát: egészségi állapot mutatók, kapacitások, finanszírozási mutatók, minőségi indikátorok, stb.

Később egyre nagyobb érdeklődés mutatkozott a humánerőforrás volumene, összetétele és jövedelmi viszonyai iránt. A Nemzetközi Munkaügyi Szervezet (International Labour Organization, ILO) az Occupational Wages around the World (OWW) felmérés keretében 161 szakmára, több mint 150 országra gyűjtött adatokat 1983-tól. [1] Az eredményeket a WHO dolgozta fel. 42 ország esetében voltak értékelhetőek az adatok.

Figure 1. Cross-country comparison of annual wages of physicians and nurses



23. ábra

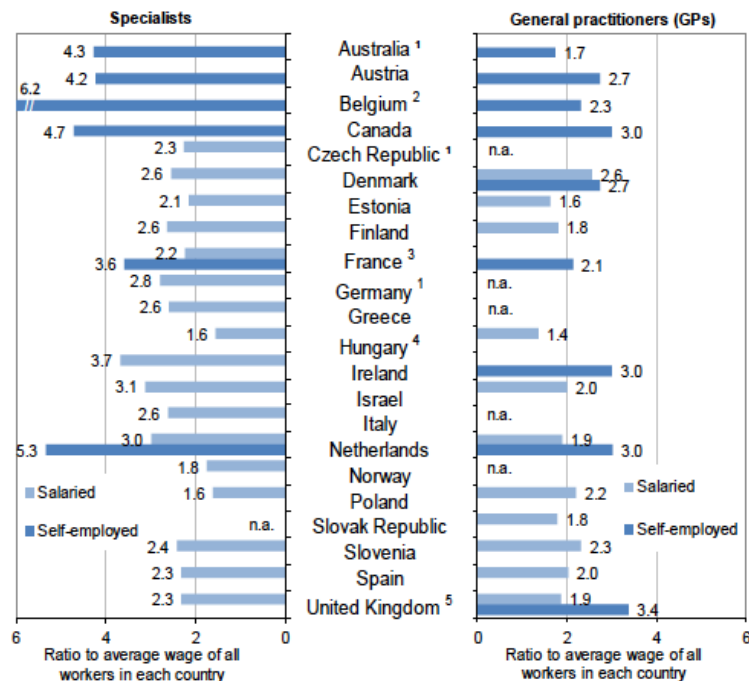
Éves orvosi és ápolói fizetések és az ország egy főre jutó GDP (Forrás: WHO, 2006.)

Az ILO felmérés eredményei azt jelzik, hogy szoros összefüggés van az éves orvosi és ápolói fizetések és az ország egy főre jutó GDP között.

A Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD) szokásos éves egészségügyi indikátorok jelentésében 2009. óta rendszeres tárgyalja az egészségügyi dolgozók jövedelmi viszonyait. A nemzetközi összehasonlítást az egyes országok eltérő jellegzetességei nehezítik. De az OECD adatbázisban ma már külön szerepelnek például az általános orvosok és szakorvosok, illetve az alkalmazottként és vállalkozóként dolgozó orvosokat.

Az alábbi ábra az általános orvosok (GP-k) és a szakorvosok átlagos bérét mutatja az összes szakma átlagához képest. 2011-ben a 1,6 volt a szakorvosok és 1,4 az általános orvosok tekintetében. [2] Ezen magyarországi orvosi jövedelmi adatok az OECD országok között 2011-ben kedvezőtlen képet mutattak.

Remuneration of doctors, ratio to average wage of all workers, 2011 (or nearest year)



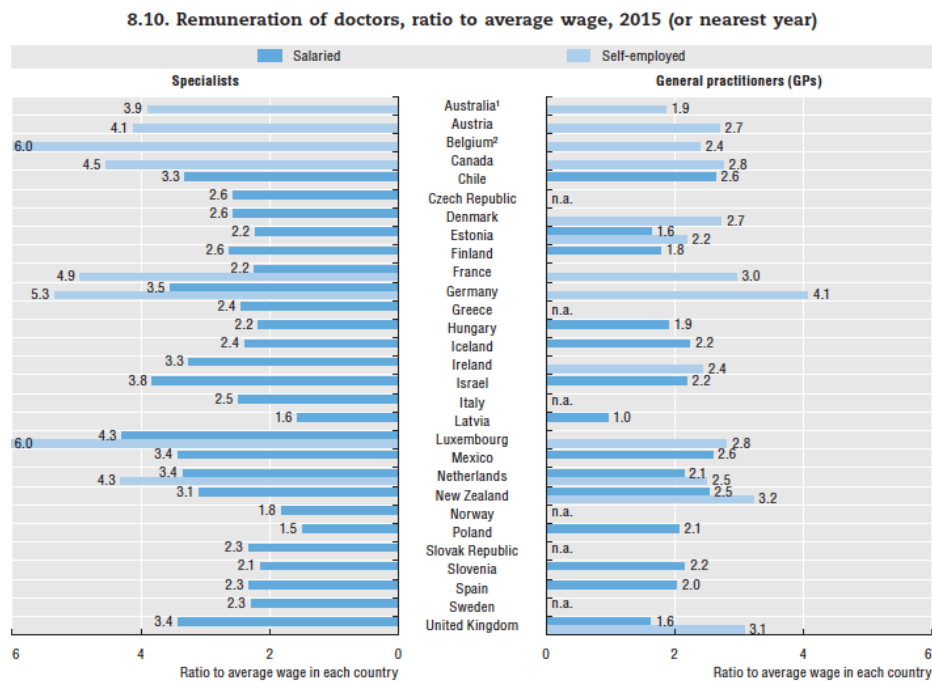
24. ábra

Szakorvosi és általános orvosi fizetések aránya valamennyi munkavállaló béréhez (Forrás: OECD, 2013.)

Az OECD két évvel későbbi, 2015-ös adatokra épülő kiadványában már lényegesen kedvezőbb a magyarországi kép. Általános orvosok esetében 1,9-ra, szakorvosok esetében pedig 2,2-re emelkedett az orvosi bérek aránya a nemzetgazdasági átlagbérhez képest. [3]

Ezzel már számos ország elé kerültünk (Lengyelország, Lettország, Szlovénia), illetve elértük ezen a relatív skálán Észtország, Franciaország szintjét.

A 2015. évi magyarországi orvosi béradatokban már megmutatkozik a 2012-ben elindult orvosi béremelési program hatása. Ennek részleteit a következő fejezetben mutatjuk be.



25. ábra

Szakorvosi és általános orvosi fizetések aránya valamennyi munkavállaló béréhez (Forrás: OECD, 2015.)

6.2. MAGYARORSZÁGI BÉRRENDEZÉSI TAPASZTALATOK

6.2.1. Egyszeri 15 milliárd forintos egészségügyi bérjuttatás (2000)

2000. év nyarán az akkori Kormány döntése alapján összesen 15 milliárd forintot kapott a mintegy 150 ezer egészségügyi dolgozó. A döntés alapvetően a betegágy melletti egészségügyi munka elismerését célozta. Az ország akkori gazdasági teljesítőképességéhez mérten ez a bérjuttatás jelentős összegnek számított. Az összeg nagyságrendjét azzal érzékeltették, hogy ebből másfél évig volt működtethető akkoriban az Országos Mentőszolgálat

Ugyanakkor felemás reakciók jelentek meg a különböző egészségügyi érdekvédelmi szervezetek részéről, nem mindenki értékelte egyformán ezt az egyébként jelentős hatású intézkedést. A legfurcsább az Egészségügyben Dolgozók Demokratikus Szakszervezetének reagálása volt, akik Alkotmánybírósághoz fordultak, mert nem látták a 15 milliárd forint fedezetét [4].



26. ábra

Egyszeri bérjuttatás (Forrás: Origo, 2000.)

6.2.2. Átlagosan 50 %-os közalkalmazotti béremelés (2002)

2002. őszén átlagosan 50 %-os alapbér emelés valósult meg Magyarországon a közszférában, beleértve az egészségügyi ellátórendszert is.



27. ábra

Átlagosan 50 %-os béremelés (Forrás: Origo, 2002.)

Nagyon tiszteletreméltó intézkedés volt a közalkalmazotti béremelés. Ugyanakkor ezen 'jóléti rendszerváltásnak' nem igazán voltak meg a gazdasági alapjai. Látható, hogy az E. Alap a vizsgált 12 évben folyamatosan deficités volt, azonban a hiány mértéke 2003-2005. között jelentős mértékben megnőtt. Különösen szembetűnő a bevételi oldalon a 2002-2003. közötti történés. Míg a kiadási oldal 1.111,2 milliárd Ft-ról (2002) 1.335,4 milliárd Ft-ra (2003), vagyis 224,2 milliárd forinttal nőtt, addig a bevételi oldal 1.024,6 mrd Ft-ról (2002) 1.025,4 mrd Ft-ra (2003) változott, vagyis csupán 0,8 mrd forinttal emelkedett. [5]

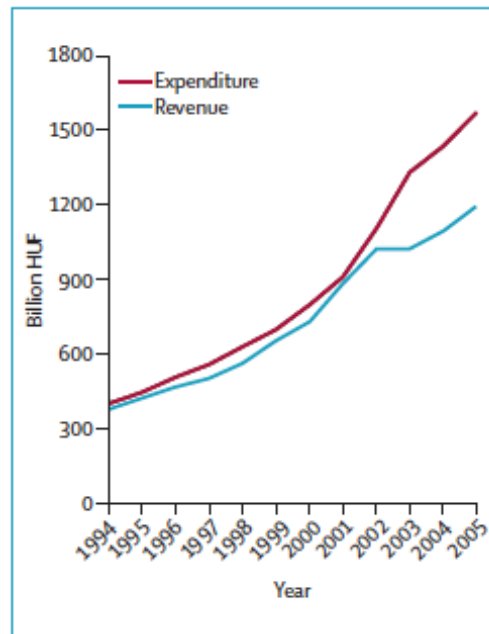


Figure: Expenditure and revenue of Hungarian OEP between 1994 and 2005

28. ábra

Az Egészségbiztosítási Alap bevételei és kiadásai 1994-2005. között

6.2.3. Orvosi és rezidens bérrendezés, ösztöndíjak (2011-2015)

Az egészségügyi béremelés bevezetése az ágazatban 2012. július 1. napjával történt azzal, hogy az orvosok havi fix összegű béremelésben részesültek havi jövedelmük nagyságától függően.

A 2003. évi LXXXIV. törvény (Eütev.) 11/A. § (4) bekezdése szerint „Az orvos, fogorvos, szakorvos, szakfogorvos munkakörben (a továbbiakban együtt: orvos munkakörben) foglalkoztatott - ideértve a 12/H. §-ban említett oktató orvos munkakörben foglalkoztatottakat is - egészségügyi dolgozó havi alapbére (illetménye) nem lehet kevesebb, mint a közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. törvény (a továbbiakban: Kjt.) szerinti besorolási illetmény és az 1. melléklet szerinti táblázatban szereplő egyösszegű illetmény- vagy bérnövelés együttes összege.”

Az orvos legmagasabb személyi alapbére (alapilletménye) és rendszeres illetménypótlékai összege (Ft/hó, bruttó)	Visszamenőleges és folyamatos illetmény- vagy bérnövelés (Ft/hó, bruttó)
350 000 alatt	65 820
350 000-359 999	60 820
360 000-369 999	55 820
370 000-379 999	50 820
380 000-389 999	45 820
390 000-399 999	40 820
400 000-409 999	35 820
410 000-419 999	30 820
420 000-429 999	25 820
430 000-439 999	20 820
440 000-449 999	15 820
450 000-tól	10 000

8. táblázat

1. melléklet a 2003. évi LXXXIV. törvényhez: orvos munkakörben foglalkoztatott egészségügyi dolgozók visszamenőleges és folyamatos illetmény- vagy bérnövelése, 2012. július 1-ei hatályos állapot

Az első ütemben több mint 90 ezer ember, elsősorban orvosok és egészségügyi szakdolgozók bérét emelték fel, a második ütemben a házi orvosok havi 70-80, a védőnők havi 25 ezer, a fogászati dolgozók pedig havi 30 ezer forintos emelést kaptak.

A rezidensek és fiatal szakorvosok támogatásáról szóló „162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelet az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerről, a Rezidens Támogatási Program ösztöndíjairól, valamint a fiatal szakorvosok támogatásáról” rendelet szabályozza a rezidensek ösztöndíjait, illetve a fiatal szakorvosok támogatását. [6]

A Rezidens Támogatási Program (RTP) ösztöndíjai az alábbiak:

- a szakorvosjelöltek részére kiírt *Markusovszky Lajos* Ösztöndíjat,
- a csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvosjelöltek részére kiírt *Méhes Károly* Ösztöndíjat,
- az oxyológia és sürgősségi orvostan szakorvosjelöltek részére kiírt *Gábor Aurél* Ösztöndíjat,
- a honvéd-, katasztrófa- és rendvédelem orvostan szakorvos jelöltek részére kiírt *Flór Ferenc* Ösztöndíjat,
- a szakgyógyszerész-jelöltek részére kiírt *Than Károly* Ösztöndíjat, valamint
- a hiányszakmák képzésben résztvevők részére kiírt Ösztöndíjat.

Fiatal Szakorvosok Támogatási Programjában a 2015. augusztus 31-ét követően az első szakorvosi vagy kórházi, klinikai szakgyógyszerészi szakvizsgájukat megszerző szakorvosok és szakgyógyszerészek részesülhetnek a szakvizsga megszerzését követő öt évig.

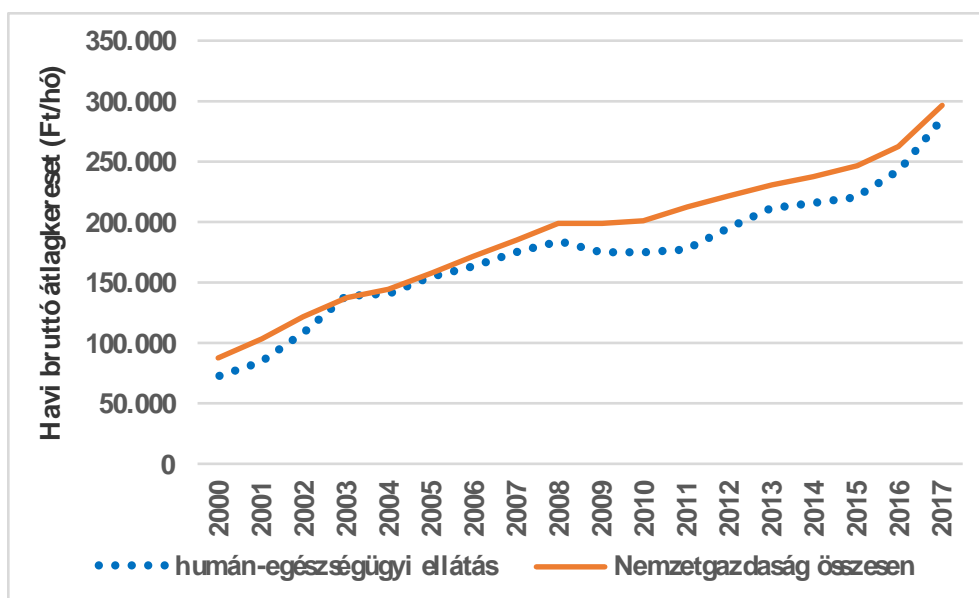
6.2.4. Egészségügyi dolgozók életpálya rendezése (2016-2018)

A 2016. év legjelentősebb intézkedése az egészségügyi dolgozók – beleértve az orvosokat, gyógyszerészeket és egészségügyi szakdolgozókat egyaránt – béremelése volt. 2016. szeptember 1-től a szakorvosok számára 107 ezer forint bérkiegészítés került megállapításra, ami 2017. január 1-től beépült a közalkalmazotti bértáblába. A megkezdett folyamat 2017. november 1-től további 100 ezer forint szakorvosi béremeléssel folytatódik. Az egészségügyi szakdolgozók esetében a jogszabályok már a 2018. és 2019. évben érvényes bértáblát is meghatározzák.

A béremelések azonban nem csupán a szakorvosokat érintette, hanem a szakdolgozókat, a gyógyszerészeket és az egyéb, nem egészségügyi egyetemi végzettséggel, valamint nem egészségügyi egyetemi végzettséggel és egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítéssel rendelkező egészségügyi dolgozókat is.

Összességében egy tiszteletreméltó bérkoncepció került kialakításra és az egészségügyi dolgozók joggal érezhetik, hogy az ország gazdasági növekedéséből immáron az egészségügyi dolgozók is érdemben részesülnek. Vélelmezhető, hogy ezen bérintézkedések már komoly megtartóerőt jelentenek, és az egészségügyi dolgozók nem hagyják el a hazai egészségügyi intézményeket sem az ágazaton, sem az országon kívülről érkező kihívások miatt.

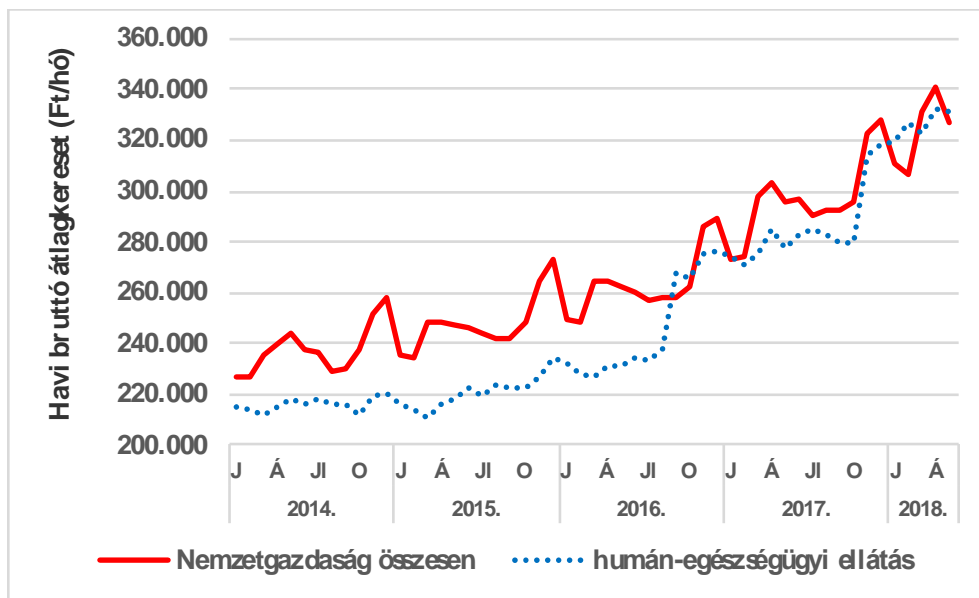
Az alábbi ábra szemlélteti, hogy a béremelések hatására megkezdődött az egészségügyi ágazat átlagkereseteinek felzárkózása a nemzetgazdasági átlaghoz. Itt is hangsúlyozzuk, hogy ezen béremelés alapjait a stabil gazdasági növekedés adja meg.



29. ábra

Havi bruttó átlagkereset a nemzetgazdaságban és a humán egészségügyi ellátásban 2000-2018. között éves bontásban (Forrás: KSH)

Kicsit részletesebben, havi bontásban szemlélítve az adatok láthatjuk az alábbi ábrán, hogy a humán egészségügyi ellátás a nemzetgazdasági átlagjövedelem közötti olló összességében. A 2017. november 1-től további 100 ezer forint szakorvosi és az ezzel párhuzamosan megvalósított szakdolgozói béremelés tehát nagyon markáns hatást eredményezett az ágazati jövedelmek tekintetében.



30. ábra

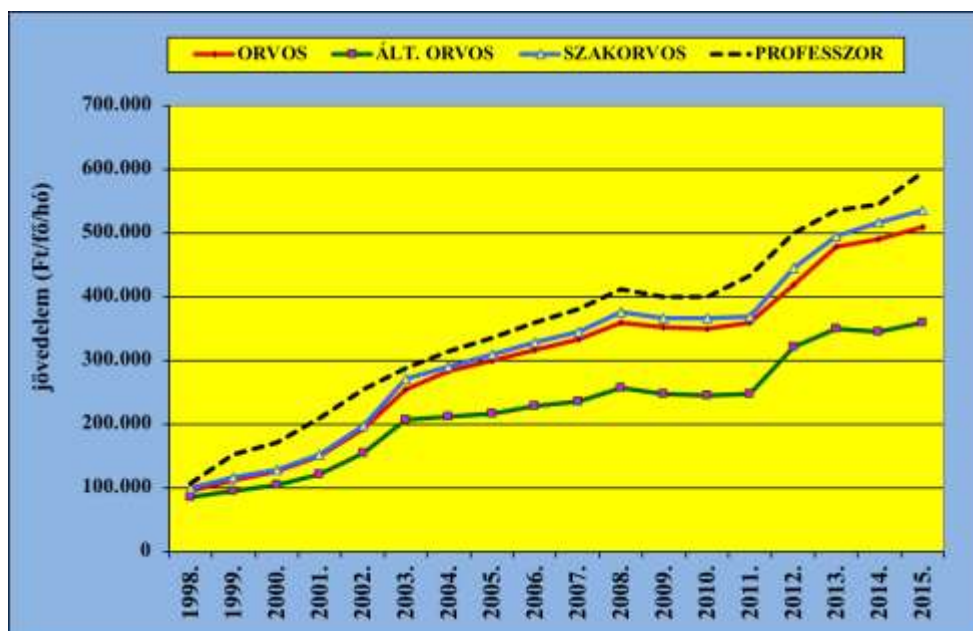
Havi bruttó átlagkereset a nemzetgazdaságban és a humán egészségügyi ellátásban 2014-2018. között havi bontásban (Forrás: KSH)

6.3. JÖVEDELMI VISZONYOK VÁLTOZÁSA

Az egészségügyi ágazat létszám és jövedelem statisztikai adatait az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program adatgyűjtéseiről és adatátvételeiről szóló 388/2017. (XII. 13.) Korm. rendelet határozza meg [7]. Ennek keretében az OSAP 1626. nyilvántartási számú, „Adatgyűjtés az egészségügyi ágazati munkaügyi és bérszámvetési rendszeréhez” c. adatgyűjtés keretében történik az egészségügyi ágazati létszám és bér adatok gyűjtése.

Az alábbiakban ezen adatgyűjtési rendszernek az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) által közzétett adatait dolgoztuk fel. A tanulmány készítésekor, illetve zárásakor (2018. október) a 2015. évi adatok már elérhetőek, azonban a 2016. és 2017. évekre vonatkozó adat nem hozzáférhető.

Az alábbi ábra szemlélteti a teljes munkaidőben foglalkoztatott orvosok átlagos havi jövedelmét 1998-2015. között. Az általános orvosok, a szakorvosok, e két kategória átlaga (orvosok) és az egyetemi professzorok bére egyaránt jelentős emelkedést mutat 2012-2013-ban.



31. ábra

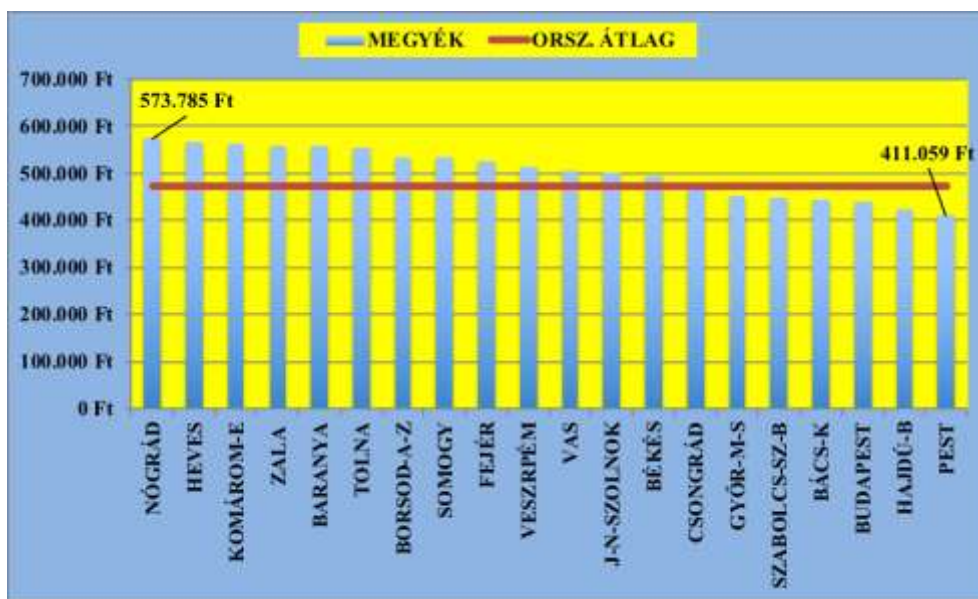
Teljes munkaidőben foglalkoztatott orvosok átlagos havi jövedelme (1998-2015) (Forrás: ÁEEK OSAP 1626)

Az Egyetemek speciális helyzetbe kerültek az egészségügyi béremelések kapcsán. Fő szabályként az egyetemi oktatókra felsőoktatási törvény és egyéb felsőoktatási jogszabályok, köztük a felsőoktatási bértábla. Ugyanakkor a négy orvos-egészségtudományi képzést folytató egyetemnek (Semmelweis Egyetem, Debreceni Egyetem, Pécsi Tudományegyetem, Szegedi Tudományegyetem) egészségügyi szolgáltatója is van, a Klinikai Központok. A Klinikai Központokban dolgozó, egészségügyi tevékenységet folytató munkatársakra pedig az egészségügyi jogszabályok, beleértve az egészségügyi közalkalmazotti bértáblát, vonatkoznak.

Az egyetemek esetében annyi érdekessége van a bérintézkedéseknek, hogy a klinikai központokban dolgozó, egészségügyi státuszon lévő szakorvosok bére a jelentős béremelések hatására meghaladja a felsőoktatási státuszon lévő kollégák bérét.

Az alábbi grafikon a teljes munkaidőben foglalkoztatott orvosok átlagos havi jövedelmét mutatja megyei bontásban, az utolsó elérhető évben, 2015-ben. A legmagasabb átlagos havi orvosi jövedelem Nógrád megyében volt (573.785,- Ft), míg a legalacsonyabb Pest megyében (411.059,- Ft) volt megfigyelhető (országos átlag: 472.152 Ft/fő/hó).

Megfontolást érdemel, hogy melyek azok a tényezők, amik ahhoz vezetnek, hogy országon belül 39,6 %-os eltérés mutatkozik a legalacsonyabb és a legmagasabb átlagos havi jövedelemmel rendelkező megyék között.

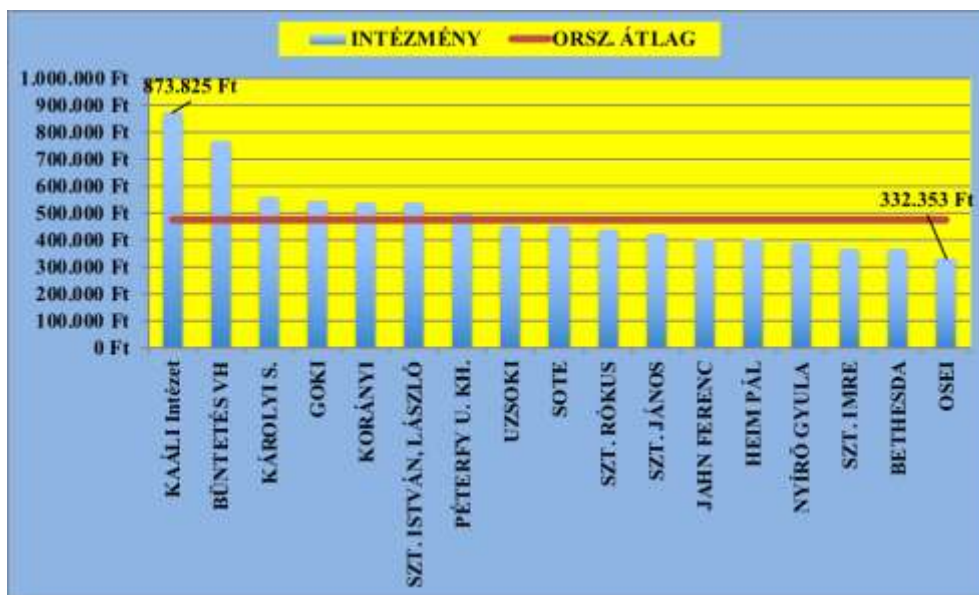


32. ábra

Teljes munkaidőben foglalkoztatott orvosok átlagos havi jövedelme megyei bontásban 2015-ben (Forrás: ÁEEK OSAP 1626)

Amennyiben intézményi szinten vizsgáljuk az orvosi átlagjövedelmeket, még nagyobb eltéréseket találunk. A következő ábra a teljes munkaidőben foglalkoztatott orvosok átlagos havi jövedelmét mutatja Budapesten 2015-ben. A legmagasabb átlagjövedelem a Kaáli Intézetben (873.825,- Ft), míg a legalacsonyabbat az Országos Sportegészségügyi Intézet, 'Sportkórház' (332.353,- Ft) esetében figyelhető meg. Itt még nagyobb, 162,9 %-os eltérést találunk az orvosok átlagos jövedelmében.

Természetesen az egészségügyi intézmények megfelelő gazdasági önállósággal rendelkeznek, amelynek révén önálló bérigazgatást folytatnak. Ezzel együtt elgondolkodtató a jelentős kórházak közötti eltérés.



33. ábra

Teljes munkaidőben foglalkoztatott orvosok átlagos havi jövedelme Budapesten 2015-ben (Forrás: ÁEEK OSAP 1626)

Az előzőekben tárgyalt bérinformációk az alkalmazotti, közalkalmazotti státuszban foglalkoztatott munkavállalókra vonatkozik. A közreműködői szerződésekkel dolgozó ('számlás') munkavállalók tekintetében lényegesen kevesebb információval rendelkezünk. Az alábbi táblázat a közreműködői szerződések adatait tartalmazza 2014-ben. Az nem derül ki, hogy egy-egy tétel mögött mi található: egy orvos vagy egy komplett kiszervezett tevékenység.

	Éves bruttó közreműködői díj (eFt/év)	Közreműködői szerződések száma (db)	Egy szerződésre jutó éves átlagos bruttó közreműködői díj (eFt/év)
Országos Intézet	399.429	202	1.977
Egyetem	9.241.037	97	95.268
Megyei kórház	8.943.748	1.345	6.650
Fővárosi Kórház	3.221.104	553	5.825
Városi Kórház	12.569.168	2.829	4.443
Egynapos sebészet	782.205	391	2.001
Krónikus Intézmény	1.700.078	785	2.166
Szakkórház	587.670	238	2.469
Egyházi kórház	36.837	20	1.842
Szakorvosi rendelőintézet	6.153.093	2.432	2.530
Együtt összesen:	43.634.369	8.892	4.907

9. táblázat

Közreműködői szerződések adatai 2014-ben (Forrás: ÁEEK OSAP 1626)

6.4. AJÁNLÁSOK

Az alábbi ajánlásokat fogalmazzuk meg:

- Az egészségügyi dolgozók életpálya modelljében a béremelések folytatását javasoljuk.
- A béremelést fenntartható módon, a nemzetgazdaság teljesítőképességének függvényében célszerű végrehajtani.

IRODALOMJEGYZÉK

1 Sigrid Dräger, Mario R. Dal Poz, David B. Evans. Health workers wages: an overview from selected countries. Evidence and Information for Policy, World Health Organization, Geneva, March 2006

2 OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

3 OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

4 Éles vita az egyszeri bérjuttatásról. Magyar Nemzet, 2000. július 19.
https://mno.hu/migr_1834/eles-vita-az-egyszeri-berjuttatasrol-852813

5 Boncz I, Sebestyen A. Financial deficits in the health services of the UK and Hungary. Lancet. 2006; 368(9539):917-918.

6 162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelet az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerről, a Rezidens Támogatási Program ösztöndíjairól, valamint a fiatal szakorvosok támogatásáról

7 Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program adatgyűjtéseiről és adatátvételeiről szóló 388/2017. (XII. 13.) Korm. rendelet

7. MELLÉKLETEK

	<i>Magánellátók aránya (alapellátás)</i>	<i>Magánellátók aránya (szakellátás)</i>	<i>Finanszírozás (alapellátás)</i>	<i>Finanszírozás (szakellátás)</i>	<i>Finanszírozás feltételei, döntés befogadásról</i>
Csehország	magas	Leginkább járóbeteg-szakellátásban. Kórházak: állami (84,2%), NP (0,4%), FP (15,4%) (2016)	fejkvóta, FFS	járó: FFS. fekvő: DRG. krónikus: FFS, napidíj.	EüM Bizottsága javaslata alapján biztosító döntése
Hollandia	magas	100%-ban NP kórházak	fejkvóta, FFS	fekvő: DRG alapú (<i>Diagnostic Treatment Combinations, DTC</i>) krónikus: napidíj	A biztosítók és szolgáltatók megállapodása a finanszírozandó összegről.
Egyesült Királyság	magas	Fogászat, szemészet, ápolás, palliatív: alapítványi. Kórházak aránya NHS ellátókhöz képest alacsony, de egyre növekvő.	fejkvóta (60%), FFS (15%), egyéb, teljesítményhez kötött kifizetések (10%)	DRG alapú (<i>Healthcare Resource Group (HRG)</i>)	NHS döntése. Skóciában csak marginális szerep (várólisták csökkentésére).
Horvátország	magas - többségben magán, kisebbséget önkormányzati	kórházak 81,5%-a magán (2012)	fejkvóta (70%), FFS (30%). P4P +30%: pl. telefonos konzultáció, e-health szolgáltatások	DRG alapú (AR-DRG). Krónikus: napidíj	Az egészségbiztosító és EüM döntése.
Svédország	megyéenként változó (~65%)	kórházak 4-4% NP és FP (2012)	fejkvóta/FFS/P4P de változó mértékben a megyék között	változó (bázis/DRG/napidíj/P4P)	A szolgáltatóknak szerződésben kell állnia a Megyei Tanáccsal.
Litvánia	magas (alapellátás, fogászat)	leginkább járóbeteg-szakellátásban, egynapos sebészet területén (összesen kb. az ellátók harmada)	fejkvóta/FFS/P4P, projektfinanszírozás	Aktív: DRG, esetfinanszírozás. Diagnosztika: FFS.	Egészségbiztosító szerződött. A szerződés tartalmát, árakat az EüM törvényben szabja meg.
Kanada	magas	Állami és NP kórházak (tartományonként változó arány). Diagnosztikai ellátásban FP klinikák.	FFS (változó [45%-85%])/egyéb alternatívák (pl. fejkvóta)	Bázisfinanszírozás (EüM vagy RHA által)	RHA-k döntése

	<i>Magánellátók aránya (alapellátás)</i>	<i>Magánellátók aránya (szakellátás)</i>	<i>Finanszírozás (alapellátás)</i>	<i>Finanszírozás (szakellátás)</i>	<i>Finanszírozás feltételei, döntés befogadásról</i>
Japán	magas	~85% magán, NP kórház.	FFS	<i>Diagnostic Procedure Combination, DPC</i> (eset alapú napidíj) +FFS (a HR költségekre)	Nincs lehetőség tárgyalásra, egészségbiztosító dönt.
Németország	magas	Ambuláns ellátás döntően magán (FP). Kórházi ágyak: 40% állami, 30% NP, 30% FP. Ápolási intézmények/otthoni ápolás szinte teljesen magán.	FFS	G-DRG	Betegpénztárak dönthetnek az árban, szelektív szerződés lehetséges
Franciaország*	magas	Állami 35%, FP 39%, 26% NP. Járó: döntően magán	FFS/P4P/egyéb fix juttatások (pl. éves bónusz)	Normatív (T2A). Állami kórházban magában foglalja az orvosi költségeket, magánban nem.	Az árak alku tárgyai a szolgáltató és az egészségbiztosító között, melyet az EüM hagy jóvá.

10. táblázat

Állami és magánszolgáltatók aránya és finanszírozási technikák néhány országban.

(*nincs szektorsemlegesség a finanszírozás tekintetében)

≈ Vége ≈