

---

*TÖRÖK KOVÁCS ANETT*

## **Az egészségügy-finanszírozás új rendszere Magyarországon**

A kvaterner szektorban (egészségügy, szociális-, kulturális- és oktatási ellátás) az a helytelen álláspont alakult ki, hogy e területeken teljesítményt nem kell, de nem is lehet kimutatni.

Mint ahogy a teljesítmény ismerete nélkül nem lehet finanszírozásról beszélni, így csak az elosztás különféle módjai érvényesülhettek. Ez pedig általános pazarláshoz vezetett. A költségvetési előirányzatok és a pénzmaradványok dzsungelében ügyeskedők, a felső kapcsolatokkal rendelkezők jártak jól. A valóban szükséges fejlesztések és a rendelkezésre álló költségfedezet között hiányzott a megfelelő koordináció, s ennek eredményeként a rendszer alacsony hatékonysággal működött.

A fejlett országokban az elmúlt fél évszázadban kialakult egy teljesítmény szerinti finanszírozás és egy ehhez kapcsolódó érdekeltégi gyakorlat. Azonban napjainkban a világon végbemenő ugrásszerű fejlődés eredményeként a kvaterner szektorok már kialakított teljesítmény szerinti kezelésében újra problémák merültek fel. Így nem áll rendelkezésre fenntartás nélkül használható és közvetlenül átvehető, kész rendszer.

1993-ban Magyarországon az egészségügyben új finanszírozási rendszer került bevezetésre. Ezt a rendszert részben amerikai, részben német példa alapján alakították ki.

### **Finanszírozási modellek**

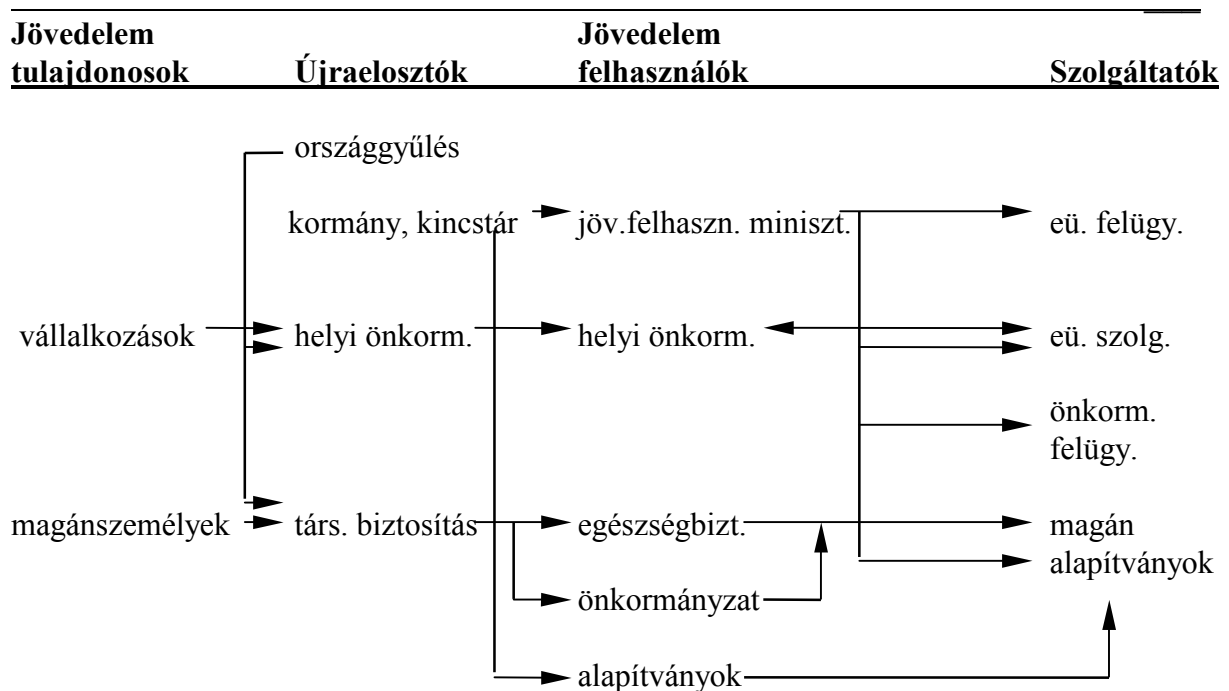
Az európai államok egészségügy-finanszírozásában alapvetően három modell jelenik meg. A jóléti, melyet a skandináv államok alkalmaznak, a kompenzációs Németországban, Ausztriában és Hollandiában jelenik meg, és a reziduális, az angolszász országok alkalmazásában.

A jóléti modell arra törekszik, hogy az emberek elsődlegesen a piacgazdaság keretein belül tudják jóléti állapotukat megteremteni. A teljes foglalkoztatásra alapoz, hogy a munkán keresztül biztosítsa a jólétet, hiszen a GDP is ezáltal növekszik, és a társadalom tagjainak részesedése is a megtermelt javakból történik.

A kompenzációs modell a munkaerőpiacot nyitottá teszi a piac számára, azonban olyan szociális intézkedéscsomagot hoz létre, mely felfogja a piac negatív hatásait. E modell működtetői szociális piacgazdaságnak nevezik magukat.

A reziduális modell jellemzője, hogy az állam mint másodlagos kompenzátor jelenik meg, a szociálpolitikát a szelektivitás jellemzi.

Az egészségügy-finanszírozás makroszintű modellje a szociális piacgazdaságban<sup>1</sup>



## Finanszírozási formák

A finanszírozás területén az egyes országok mind-mind különböző módszerrel próbálkoznak. Mindegyiknek vannak előnyei és hátrányai is. Nélkülözhetetlen a szabályozás és a kontroll, hogy az előírásokat mindenki betartsa.

Az következőkben a lehetséges finanszírozási módokat szeretném bemutatni előrebocsátva, hogy az általam bemutatásra kerülő modellek a valóságban egymás ötvözeteként jelennek meg.

<sup>1</sup> Balogh Gábor: Finanszírozási technikák

---

## Központi centralizált finanszírozás

Ez a rendszer a volt szocialista országokban került bevezetésre, valamint Anglia alkalmazza. Az ellátást központi forrásból, a központi költségvetésből finanszírozzák. Alapja a tervutasításos bázisalapú intézményfinanszírozás. A működtető az intézményeket finanszírozza függetlenül azok tényleges tevékenységétől. Az ellátás állampolgári jogon jár. A befizetés centrális elvonással, adó formájában történik. A rendszer működése egyszerű, mert csak az előirányzatokat kell időarányosan folyósítani. Nélkülözi a piaci viszonyokat, az árak egyáltalán nem ismertek, vagy nem valósak. Ár hiányában gazdaságosság nem valósulhat meg.

A rendszer rendkívül pazarló, költségérzéketlen, nincsenek valós mérőszámok.

A fejlesztések nem az igényekhez igazodva valósulnak meg, hanem központi tervezéssel, a tervek "lebontásával", nem nélkülözve a szubjektum meghatározó szerepét, a személyes kapcsolatokat.

Az angol rendszer hasonló struktúrában működik, azonban ott a piaci viszonyok előzőleg már racionalizálták az egészségügyi ellátást.

## Biztosítási elven alapuló rendszerek

Ezen belül újabb három módszert különböztethetünk meg:

### 1. Tételes tevékenységfinanszírozási rendszer

A módszer a ténylegesen elvégzett tevékenységek tételes finanszírozásán alapul.

A biztosított szerződéses kapcsolatban áll egy biztosítóval. A biztosítóval szerződésben álló orvosok közül szabadon választva veszi igénybe a szolgáltatásokat, amelyeket a biztosító tételesen megfizet a szolgáltatást nyújtónak. Itt a szektorsemlegesség elve teljes mértékben megvalósul.

Az orvos kizárólag teljesítménye alapján részesül bevételben.

A rendszer nagyon drága, a költségek növelésére ösztönöz. A tételes elszámolások miatt az adminisztrációs költségek is nagyon magasak. A visszaélés lehetőségét szakmai ellenőrzés útján próbálják kiküszöbölni.

A módszer hátránya, hogy mivel az orvos a beteg betegségéből él, így nem érdekelt a preventív (megelőző) tevékenységben. Természetesen mód van a megelőzés ösztönzésére is.

### 2. Normatív finanszírozás

Ennél a módszernél nem a tényleges tevékenységet és az aktuális ráfordítást fizeti a biztosító, hanem az adott betegség átlagos ráfordítási

költségét. Az alapellátásban a normatív finanszírozás klasszikus példája a fejkvóta alkalmazásával történő finanszírozás.

Ezt akkor szabad csak bevezetni, ha társul hozzá a szabad orvosválasztás, mivel az orvos anyagi érdekeltsége a minél kevesebb szolgáltatásban rejlik. Csak a szabad orvosválasztás nyújthat kellő védelmet a betegeknek, ugyanis ha nincsenek megelégedve az orvos szolgáltatásával, akkor mást választanak.

A fekvőbeteg-ellátás területén az aktív kórházi ágyakon történő ellátások finanszírozására is alkalmas ez a módszer. A finanszírozás alapja, hogy betegségcsoportokat képeznek ( beavatkozás, kor, ápolási igény alapján), és a tevékenységeket az egymáshoz viszonyított pontérték alapján mérik.

A legismertebb az amerikai MEDICARE és MEDICAID rendszerben alkalmazható DRG (Diagnosis Related Groups) - "Homogén Betegségcsoportok".

Az ilyen finanszírozás létrehozásának célja költségrobbanás megakadályozása volt, elsősorban ott, ahol az egészségügyi ellátás költségeit részben vagy egészben a költségvetés fedezi.

A rendszer működése azon alapul, hogy az átlagos ráfordítás alapján a betegségek kezelési igénye szerint csoportokat képeznek, és a csoportokhoz az átlagos és szükséges ráfordítások alapján pénzüsszegeket rendelnek.

Csoportképző faktorok:

- diagnózisok (BNO kód)
- végzett főműtét (WHO kód)
- beteg általános állapota
- adott BNO- és WHO kódhoz tartozó átlagos ápolási idő
- ápolási határnapok (átlagos minimális és maximális ápolási idő)

A fenti adatokból képezett index alapján az adott ápolási eseményeket a fentiek alapján csoportokba sorolják, és a csoporthoz tartozó átlagos összeget utalja a finanszírozó az ellátónak a ténylegesen felmerült költségektől függetlenül.

Ez a módszer szelektálja az intézményeket, vannak akik megtakarítást tudnak elérni, és akkor az átlagosnál nagyobb jövedelmet realizálhatnak, az átlagosnál gyengébben teljesítők viszont tönkremehetnek. Ez a finanszírozási mód a felesleges ágyak felszámolásához és az ápolási idő lerövidítéséhez is vezethet. Azonban az is előfordulhat, hogy megnyugtató állapotjavulás előtt küldik haza a beteget a takarékoskodás miatt.

### 3. Önszegélyező betegpénztárak elvén működő HMO (Health Maintenance Organisation ) rendszer

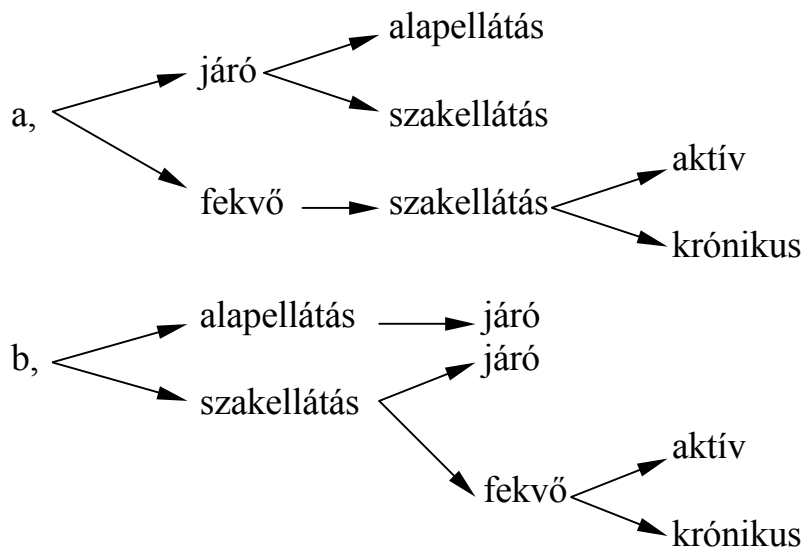
Spontán alakult közösség saját alapba fizeti a teljes egészségügyi ellátásra szánt összeget. Az alappal az alapellátás orvosai gazdálkodnak. ők rendelik meg a fekvőbeteg-ellátás szolgáltatásait is, és ők is fizetik. Teljes

mértékben a megelőzésen van a hangsúly, mert ebben teszi érdekeltté az orvosokat. Annál több pénze marad meg, minél egészségesebb a betege. Hátránya lehet a rendszernek a beteg rovására megvalósított túlzott takarékoság. Biztosítékot nyújthat, ha a megtakarításoknak csak bizonyos része fizethető ki bérként.

## Kórházfinanszírozás Magyarországon

II. félévétől a magyar egészségügyben új finanszírozás került bevezetésre. Az egészségügy két legnagyobb területét különböző módon finanszírozzák. E két terület a fekvő- és a járóbeteg ellátás.

A betegellátás szintjei kétféleképp csoportosíthatók:



## Finanszírozás fekvőbeteg ellátás esetén

Fekvőbeteg ellátás az intézményben végzett minden ellátási esemény, melynek során a beteget hosszabb-rövidebb ideig ápolják az intézmény valamely fekvőbeteg osztályán.

Az ápolási időt figyelembe véve több részterületre bontható, a különböző részterületeket eltérő módon finanszírozzák.

Megkülönböztetünk aktív és krónikus ápoló osztályokat.

A finanszírozás módja szerint aktív ellátásnak minősül az ellátás, amelynek célja az egészségi állapot mielőbbi helyreállítása, amelynek során az ellátás befejezése többnyire tervezhető és az esetek többségében rövid időtartalmú. Az aktív ellátás során az orvosi tevékenység a döntő.

Az aktív osztályok feladata a beteg mielőbbi gyógyítása, és annak elősegítése, hogy rövid időn belül újra egészségesen távozzon az intézetből (pl. sebészet, szülészet).

A finanszírozás módja szerint krónikus ellátásnak minősül az ellátás, amelynek célja az egészségi állapot stabilizálása, illetve fenntartása. A krónikus ellátás befejezése általában nem tervezhető, és időtartama az esetek többségében hosszú. A krónikus osztályokon az idült állapotú betegek gyógyítása történik, olyan eseteké, amelyek ápolása hosszú időt vesz igénybe, vagy az aktív osztályokon ápoltak utókezelése. Ezen ápolás azt segíti elő, hogy a beteg teljesen gyógyultan távozzon az intézményből, s önállóan tudjon gondoskodni magáról (pl. rehabilitációs és utókezelő osztály).

A krónikus osztályra helyezett betegek díjazása az ápolási időtartam alapján történik. Az alapidj az egy súlyszámú ápolási napra vonatkozik. Az alapidj a bázisidőszaki teljesítmények és súlyszámösszegek szerint kerül meghatározásra a krónikus ellátásra elkülönített költségvetési irányzatoknak megfelelően.

A fekvőbeteg osztályok esetében a finanszírozás alapját az 1992. év adja, melyet bázis időszaknak tekintenek. Ezen időszak teljesítményét a kiírt betegek adatai alapján kellett meghatározni a homogén betegcsoportokba történő besorolással (HBCS). Ez a bázis teljesítmény adja az intézeti alapidj (súlyszámérték) alapját. E súlyszámérték intézetenként különböző.

Az aktív osztályok finanszírozása a HBCS súlyszámok alapján történik.

Homogén betegcsoportoknak tekintjük az azonos teljesítményértékű ellátási esetek orvosi szempontból is elfogadható csoportját, ahol

- az "azonos teljesítmény érték" a szakmai ellátás-igényesség színvonalával és a munkaráfördítással kifejezhető azonosságot jelenti,
- az "orvosi szempontból is elfogadható" csoportok meghatározás pedig azt, hogy a csoportok orvosszakmai szempontból is értelmezhető szakmai felosztást jelentenek.

Minden HBCS-n belül meg kell különböztetni az átlagos, a rövid, a hosszú és az áthelyezett eseteket.

Átlagos ellátási esetnek minősül az ellátás, ha annak időtartama az adott HBCS-ra megállapított alsó és felső határnap között van.

Rövid ellátási esetnek minősül az ellátás, ha annak időtartama nem éri el az adott HBCS ellátására megszabott alsó határnapot.

Hosszú ellátási esetnek minősül az ellátás, ha az aktív minősítésű osztályon, részlegesen az ellátás időtartama meghaladja az adott HBCS ellátására megszabott felső határnapot.

Áthelyezett ellátási esetnek minősül az ellátás, ha a beteget úgy helyezik át más intézménybe, hogy az ellátást indokló fődiagnózis és az áthelyezés alapjául

szolgáló diagnózis azonos HBCS-ba tartozik, és az áthelyezést megelőző ellátás időtartama nem érte el az adott HBCS normatív ápolási idejét.

A így meghatározott esetek alapján az intézmény a törvényben meghatározott teljesítmény elszámolására jogosult. (pl. A rövid és az áthelyezett ellátási eset után csak a teljes díj és a normatív ellátási idő hányadosaként meghatározott, az adott betegcsoportra vonatkozó egy napra eső díj és a tényleges ellátási idő szorzatának megfelelő összegre jogosult az intézmény.)

Az aktív fekvőbeteg ellátás finanszírozásának, a fekvőbeteg teljesítmény elszámolásának módszertani és eljárási szabályai a 103/1995. (VIII.25.) Kormány Rendelet szerint:

$$F=S_k \cdot A$$

Ezen alapelvtől való eltérés csak a 103/1995. (VIII.25.) Korm. Rendelet 34.§. (1)-(2) bekezdésében foglalt együttes feltételek megléte esetén lehetséges:

1. Alsó korlát:  $K_a=S_n \cdot A_b \cdot K \cdot 1.116$       abban az esetben, ha  $S_n \leq S_b$  és  $F < K_a$

$$F=K_a$$

Felső korlát:  $K_f=S_n \cdot A_b \cdot K \cdot 1.488$       abban az esetben, ha  $F > K_f$

$$F=K_f$$

Az algoritmus egyes elemeinek tartalma és megnevezése:

$K_a$	alsó korlát (111.6%)	$K_f$	felső korlát (148.8%)
$K$	korrekciós tényező (0.904132336)	$A_b$	bázis alapidő
$A$	országos alapidő	$S_b$	bázis súlyszám
$S_n$	natúr súlyszám	$S_k$	szorzókkal korrigált súlyszám
		$F$	a teljesítménydíj összege

## Fekvőbeteg-ellátás - kórházak

A fekvőbeteg-ellátás szolgáltatásainak és az intézményi működésnek a problémaköre gyakran fedi egymást, hiszen a fekvőbeteg-ellátás szolgáltatásainak súlyaránya és költsége a legmagasabb arányú az egészségügyi intézményhálózat egészét tekintve. A fekvőbeteg-ellátás szolgáltatási rendszerének problémái az intézményhálózat körében már-már működésképtelenséget eredményező zavarokhoz vezetnek.

#### A rendszer problémái:

- A rendszer bevezetését megelőzően nem kerültek kidolgozásra a homogen betegségecsoportok súlyszámával mért szolgáltatások orvosszakmai, tartalmi követelményei ( szakmai protokollok, standardok ).
- Nem történt meg a szolgáltatások orvosszakmai feltételrendszerének, például az egyes tevékenységekhez szükséges diagnosztikai háttér, műtőműtői feltételek, műszerezettség, stb. meghatározása.
- Nem kerültek meghatározásra a szolgáltatások alapvető komfortkörülményei.
- A rendszer bevezetése intézményenkénti egyedi súlyszámdíjakkal történt, ez konzerválta a meglévő pénzügyi, színvonalbeli különbségeket, sőt a bevezetés óta bekövetkezett folyamatok negatív hatásokat is felerősítettek.

#### A negatív hatásmechanizmus főbb elemei:

- A társadalombiztosítási finanszírozásra való áttérést követően nem történt meg az eredetileg tervezett módon a pénzügyi színvonalkülönbségek kiegyenlítése az intézményhálózatban, így a súlyszámdíjrendszer bevezetésekor az azonos súlyszámteljesítményt nyújtó intézmények közül az, amelyiknek magasabb volt az előirányzata, magasabb egyedi súlyszámdíjat kapott, amelyiknek alacsonyabb volt az előirányzata, alacsonyabb súlyszámdíjhoz jutott.
- A rendszer átmeneti időszakában az 1990-91-es években azok az intézmények jutottak pénzügyi többletforrásokhoz, ahol fejlesztések vagy szakmai feladatbővítések történtek. Ezen intézmények felosztható pénzügyi előirányzata nőtt a többiekéhez képest.
- A változások bevezetésekor nem fordítottak figyelmet a likviditás kezelésére, nem vizsgálták, hogy az intézmények rendelkeznek-e a szükséges pénzügyi eszközökkel, készletekkel. Ez hátrányosan érintette azon intézményeket, ahol a rendszer bevezetésekor már fizetési gondok voltak. Ezek - a későbbiekben még viszonylag magas teljesítmény mellett is - folyamatosan tovább hordozták fizetési problémáikat.
- Az azonos pénzügyi előirányzattal rendelkező intézmények közül azok jártak jobban, ahol a bevezetést megelőzően alacsonyabb, rosszabb volt a súly-számteljesítmény, s így alacsonyabb osztószám révén magasabb egyedi súlyszámhoz jutottak.
- A közalkalmazotti törvény bevezetése miatti bértöbblet lineáris, egyedi, dolgozónkénti biztosítása is negatív hatásokat váltott ki, mivel azok az intézmények, amelyek már korábban csökkentették létszámukat és a megmaradó létszámnak magasabb bért fizettek, kevesebb pénzügyi forráshoz jutottak, mint ahol nagyobb létszám mellett alacsonyabb bért fizettek.

- 
- További problémát jelentett, hogy az 1994-es évben ez a bértöbblet nem a súlyszámdíjba épült be, hanem egyedileg került finanszírozásra mintegy fél éven keresztül, mert így a többletforrást azok az intézmények is megkapták, ahol a teljesítmény nem érte el a szerződés szerinti mértéket. Azok az intézmények viszont rosszul jártak, akik a szerződéshez képest többlet teljesítményt produkáltak, mivel a többlet teljesítés bérhányada nem növekedett.
  - A járó- és fekvőbetegellátási finanszírozási rendszer bevezetése viharos gyorsasággal és előkészületlenül történt. Az intézményeknek nem állt megfelelő idő rendelkezésre arra, hogy az egyes szolgáltatási kasszák arányait a tényleges költségarányokhoz igazítva kidolgozzák, így fennállt annak a veszélye, hogy az egyes kasszák között rosszul osztották föl az eszközeiket. Ez több intézménynél be is következett. Erre korrekciós lehetőség a rendszer bevezetése óta nem volt!
  - A rendszer a teljesítményeket minden kritika nélkül finanszírozza, díjazza. Az 50-60 %-os többlet teljesítményt mutató intézményeknél megkérdőjelezhető a teljesítmény-elszámolás valódisága. Az aránytalanul magas teljesítményt mutató intézmények az egészségbiztosítás finanszírozási alapjainak védelmét szolgáló K faktort, azaz korrekciós tényezőt nagy mértékben lecsökkentik, így a teljesítményeit korrekt módon, a valóságnak megfelelően kimutató intézményeket nehéz helyzetbe hozzák.
  - Nem megoldott a normatív rendszer bevezetése óta történt fejlesztésekhez, szakmai feladatbővülésekhez szükséges likviditási források biztosítása. Számos fejlesztés illetve feladatbővülés nem tud elkezdődni, mivel a szolgáltatási teljesítmény, illetve díj megjelenéséig szükséges forgóeszköz-szükséglet, pénzeszköz nem áll rendelkezésre.
  - A költségvetési források beszökülése, valamint az a tény, hogy a szolgáltatási díjrendszerbe nem épült be az orvosi gépek, berendezések, műszerek amortizációja jelentős feszültséget okoz, mert nincs meg az ezek cseréjéhez szükséges pénzügyi fedezet.
  - A homogén betegségcsoportok súlyszámrendszere kétségtelenül rendelkezik azzal az előnnyel, hogy az egyes intézmények szolgáltatási teljesítményét azonos módon méri. A rendszer kritikája azonban, hogy
    - nem ismeri a rövidített, egy-két napos bentfekvéssel végzett beavatkozások nagyobb hatékonyságát,
    - nem eléggé differenciált az egyes tevékenységek szakmai igényességét, illetve költségeit illetően,
    - irreálisan alacsony határnapokat állapít meg,
    - a normatív idők viszonylag magasak,
    - és magasak a felső határnapok is.

- Számos olyan tevékenység van, ami a homogén betegcsoportok rendszerébe nem illeszthető be ( például intenzív ellátás ), illetve adekvát módon ezen az alapon nem díjazható.
- Az esetfinanszírozási körben indokolatlan a szolgáltatások számának mennyiségi korlátozása, hiszen ezek nagy többsége a morbiditás, illetve a kapacitások által egyébként is behatárolt.
- A diagnosztikai szolgáltatások körében az egyedi díjtételek alapján történő finanszírozás általában akkor indokolt, ha a szolgáltatásokhoz szükséges kapacitások nem állnak megfelelő mennyiségben rendelkezésre. A kapacitások bővülésével e kört rendszeresen felül kell vizsgálni és egyes szolgáltatási díjakat szakmai protokollok alapján a homogén betegcsoportok súlyszámrendszerébe beépíteni. Erre a legjobb példa a CT szolgáltatások esetfinanszírozása, amit a CT kapacitások jelenlegi mennyisége mellett már nem indokolt fenntartani.

#### Javaslatok:

- Lehetővé kell tenni, hogy az intézmények az egyes szolgáltatásformák (járóbeteg-szakellátás, fekvőbeteg-ellátás, krónikus fekvőbeteg-ellátás) tényleges költségráfordításainak megfelelően az intézmény szerződésében rögzített pénzügyi arányait felülvizsgálják, azaz úgynevezett kasszák között átcsoportosításokat hajthassanak végre. Ez néhány nehéz finanszírozási helyzetben lévő intézmény pénzügyi pozícióját javíthatná anélkül, hogy a rendszer egésze szempontjából problémát jelentene, hiszen az egészségbiztosítás egyes kasszái felső korlátokkal működnek.
- A kassza-átcsoportosításokkal egyidőben ismételten fel kell mérni és a valóságos helyzethez kell igazítani a szolgáltatási kapacitások nyilvántartását.
- Ki kell dolgozni az egyes aktív és krónikus szolgáltatási kapacitások szakterületenkénti minőségi követelményrendszerét,
  - az orvosszakmai, diagnosztikai, háttérszolgáltatási követelményrendszerét,
  - az orvosi és egészségügyi szakdolgozói létszám és szakképzettségi követelményrendszerét ( létszámirányszámok)
  - a műszerezettség és technikai feltételi követelményrendszerét,
  - a hotelszolgáltatás alapterületi és komfort-követelményrendszerét.
- Az ellátókapacitások felülvizsgálatát e követelményrendszerhez igazodóan kell megtenni.
- Egységesíteni kell az aktív fekvőbetegellátás területén az egy súlyszámra eső díjakat. E díjakat minimum 40 ezer Ft/súlyszám összegre kell felemelni. Az ehhez szükséges források az OEP költségvetésén belüli átcsoportosítással megteremthetők.

- 
- Bármilyen pénzügyi többletforrást csak a súlyszámdíjak változtatásával szabad adni, egyedileg nem.
  - A krónikus fekvőbetegellátás egy napra eső ápolási díját azonos szinten, napi 2-3000 Ft-ban indokolt megállapítani. A napi ápolási díj összegét a krónikus kapacitás komfortszínvonalának megfelelő osztályba sorolást kifejező módon célszerű meghatározni.
  - A krónikus kapacitások esetében a korrekciós szorzók használata nem indokolt, a krónikus kapacitásokat 100 %-os kihasználtsággal kell megtervezni és 100 % feletti teljesítményt finanszírozni nem szabad.
  - Meg kell határozni az egyes krónikus kapacitások (például traumatológiai utókezelő, elfekvő, stb.) jellegének megfelelő feltétel, illetve szolgáltatási követelményrendszert.
  - Az aktív és krónikus kapacitások szakmai követelményeit szerződési feltételeknek kell tekinteni.
  - Ki kell dolgozni az egyes orvosszakmai szolgáltatások szakmai protokolljait és standardjait.
  - Az orvosszakmai protokollok és standardok alapján felül kell vizsgálni a homogén betegcsoportok súlyszámrendszerét, azt az eddigieknél erősebben kell differenciálni.
  - A CT vizsgálatok egyedi díjtételeit meg kell szüntetni és azt a súlyszámrendszerbe beépíteni.
  - Ki kell dolgozni az orvosi gép-műszer amortizációs rendszert, és azon szolgáltatások esetében, ahol e műszeres feltételek szükségesek, ott ezt a súlyszámarányokban figyelembe kell venni.
  - Új belépő kapacitások, vagy új feladatok esetén indokolt esetben likviditási előleget célszerű a szolgáltató intézmény számára biztosítani.
  - A rendszer bevezetéséig a válsághelyzetben lévő intézményeknek visszatérő likviditási előleget kell biztosítani.
  - Ki kell dolgozni a rövidített (1-2 napos) beavatkozások orvosszakmai követelmény- és felelősség rendszerét, szolgáltatási követelményeit, díjazási rendszerét.
  - Ki kell dolgozni a homogén betegcsoportba nem illeszthető szolgáltatások finanszírozási rendszerét.
  - Szélesíteni kell az egyedileg finanszírozott szolgáltatások, eszközök körét. Ezeket felső korlát nélkül, a lehetséges maximális kapacitásigénybevétel és a morbiditási adatok alapján kell tervezni.
  - Elő kell készíteni egy olyan komfortosítási programot, amely közös állami, önkormányzati és intézményi forrásokból emeli a komfortszínvonalat. E komfortosítási programhoz hitelkonstrukciókat is ki kell dolgozni. Lehetővé kell tenni az intézmények ilyen célú hitelfelvételét.

## Finanszírozás járóbeteg ellátás esetén

Járóbeteg ellátásról akkor beszélünk, ha a intézeten belül nem bentfekvő, hanem csak szakirányú vizsgálatra megjelenő betegeket látnak el.

A járóbeteg szakellátásban a teljesítmény mérésének az alapja az egyes szolgáltatások típusa és az ezekben elért esetszám. A jelenlegi rendszerben a bázis finanszírozás mellett a teljesítményelv ezen a tételes elszámoláson keresztül érvényesül.

A járóbeteg szakellátás esetén bevezetésre került teljesítmény elszámolási rendszer fő jellemzői:

- A járóbeteg szakellátásban a működési költségekre kétszatornás finanszírozás került bevezetésre.

Meghatározott arányban báziselőirányzat szerinti finanszírozást, ezen felül az elszámolt teljesítmények arányában az elért pontokkal arányos bevételt kapnak.

- Minden elszámolási időszakra (hónapra) megkapják a bázis költségvetési előirányzat időarányos összegének 40 %-át,
- A bázis költségvetési előirányzat 30 %-a, valamint 15 %-a központi alapba kerül. Ebből az alapból kerül kifizetésre a pontok egységes forintértékével kiszámított teljesítményarányos díj minden járóbeteg munkahely részére.

Minden vizsgálat vagy egyéb szakrendelőben végzett beavatkozás WHO pontok alapján kerül meghatározásra. A WHO a beavatkozásokat tartalmazza és az ezeknek megfelelő pontszámokat. Ezek adják összegezve az elért pontokat, amelyek alapján a teljesítményfinanszírozás történik.

A teljesítménypont forintértékének meghatározása az országos összesített teljesítménypont számának meghatározásával és ebből a kasszánkénti forintérték meghatározásával történik, amelyet a társadalombiztosítás határoz meg. Országos szinten a teljesítménypontok növekedése egy pont forintértékének csökkenését jelenti.

## Járóbeteg szakellátás - szakkonziliáriusi szolgáltatás

A rendszer problémái:

- Teljes mértékben hiányoznak a járóbeteg-szakellátás szolgáltatásainak orvosszakmai, mennyiségi és minőségi követelményei.
- Hiányoznak a járóbeteg-szakellátás szolgáltatóhelyeinek minőségi, felszereltségi, alapterületi, stb. hatóságilag ellenőrizhető követelményei. Ezek hiányában a szolgáltatóhelyi kódokat az Állami Népi Egészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat kontroll nélkül adja ki.

- Nincs pontos felmérés a járóbeteg-szakellátás szolgáltatóhelyeinek országos kapacitásáról (tényleges rendelési idők), az e szolgáltatási körökben lekötött orvosi munkaerő és munkaidő mennyiségéről, költségráfordításairól.
- Gyakran teljesen összemosódik a járóbeteg-szakellátási, szakkonziliárius, illetve a fekvőbetegellátási tevékenység (szakambulanciák).
- A rendszernek a szolgáltatás, illetve a teljesítményfüggő díjai minden kontroll nélkül kerülnek finanszírozásra, így a szolgáltatási díjak pontértéke egyre inkább névlegessé válik.

#### Javaslatok:

- Fel kell mérni a járóbeteg-szakellátás tényleges rendelési idő kapacitásait, a lekötött orvosi munkaerő, illetve munkaidő, valamint a tényleges költségráfordítások mennyiségét.
- Meg kell határozni az egyes járóbeteg-szakellátási szolgáltatások szolgáltató-helyi követelményeit (szakképzettség, műszerezettség, alapterület, stb.) és felül kell vizsgálni a szolgáltatóhelyek körét.
- Ki kell dolgozni a járóbeteg-szakellátás szolgáltatásainak orvosszakmai, tartalmi, minőségi követelményeit.
- Felül kell vizsgálni és szőkíteni kell a járóbeteg-szakellátás szolgáltatási kapacitásait és az így felszabaduló pénzügyi forrásokat a szolgáltatási díjakra kell fordítani.
- Meg kell szüntetni, vagy radikálisan csökkenteni kell a járóbetegszolgáltatás bázisfinanszírozását.
- Ki kell dolgozni a kiemelt járóbeteg-szakellátási szolgáltatások követelményrendszerét, illetve díjazási rendszerét (ambuláns műtétek, beavatkozások, stb.).

Mind a fekvőbeteg, mind a járóbeteg ellátás területén megjelenik egy úgynevezett országos korrekciós tényező. Ennek értéke általában egy egésznél kevesebb.

Az intézmények időszaki (havi) teljesítményét országosan összesítik, majd megvizsgálják, hogy a társadalombiztosításnak mekkora a rendelkezésre álló kerete.

Ezek hányadosa adja a korrekciós tényezőt. Ez minden időszakban más érték. Az intézmények teljesítményét, illetve a fizetendő összeget ezzel az értékkel megszorozzák, s az így kialakuló összeget kapja meg az adott intézmény. Így az intézetek időszaki teljesítményüknek, illetve az ez alapján kiszámított összegnek csak általában 84-94 %-át kapják meg. Persze előfordult már olyan eset is, amikor ez az érték egy egész fölött volt. Ekkor mondhatjuk akár, hogy az intézetek jól jártak, hiszen már néhány %-os többlet is jelenthet akár több millió forintot. De nem ez az általános, és ez a néhány %-kal csökkentett összeg nagyobb gondokat okoz, mint az, hogy vajon hova tegyék azt a kis plusz pénzt.

## Összefoglalás

Az egészségügy finanszírozásában 1993-ban komoly változás következett be, ez azonban a szakemberek megítélése szerint készületlenül érte a rendszert. A változások bevezetése előtt a kórházak egy irányítószervük által meghatározott keretből gazdálkodtak, amelyet munkájuk mennyisége és minősége nem befolyásolt. Ekkor csak arra kellett a kórházaknak odafigyelni, hogy költségeik ne haladják meg a keretösszeget.

Az új finanszírozási formát részben amerikaiaktól, részben németektől vették át. Az így kialakított rendszer a finanszírozás alapjának az egyes kórházak teljesítményét tekinti. Bár részben megmaradt az úgynevezett bázisfinanszírozás, azonban a kórház teljesítménye komoly részét képezi az elérhető összegnek. A valós teljesítmény kimutatása a változások ellenére is sokszor akadályokba ütközik.

Ilyen akadály lehet például, hogy a betegségek mellett nem tüntetik fel a kísérőbetegségeket, szövődményeket, és ezáltal jelentős összegtől esik el az adott kórház.

A másik jelentős akadály, hogy az orvos szeretne orvos maradni, és így kevés időt áldoznak az adatlapok kitöltésére, s amikor azt később egy adminisztrátor tölti ki, jelentős elírások történhetnek. A finanszírozás szempontjából sem mindegy, hogy például egy beteget nyaktöréssel kezelnek vagy combnyaktöréssel. Ugyanis az utóbbi a bonyolult műtét és az elhúzódó utókezelés miatt sokkal több pontot és így sokkal több pénzt is jelent a kórháznak.

Ilyen hibák felmerülése miatt egy-egy intézmény költségvetésének akár 5 %-ától is eleshet. Itt merül fel az igény az orvos-informatikusok iránt, akik feladata a betegségek helyes kódolása, illetve az adatlapok, a BNO-kódok egyeztetése lenne.

Ezen kívül pedig jelentős tényező az, hogy a kórházakat semmi nem ösztönzi a valós teljesítmény kimutatására. Ugyanis az a kórház, amely a valódi teljesítményét mutatja ki, s a korrekciós tényező használatával teljesítményénél kevesebb pénzt kap, fizetési nehézségekbe kerülhet. Ezzel szemben az aki megpróbál manipulálni a kórházi napok, a pontértékek számával, valódi teljesítményéhez képest többletpénzhez juthat, s így esetleg elkerülheti a fizetési problémákat.

A szakembereknek felül kell vizsgálni a meglévő finanszírozási rendszert, hibáit pedig orvosolni kell. Ennek eredményeként elképzelhető, hogy a jelenlegi alapokon egy teljesen más rendszerű finanszírozás alakulna ki, vagy teljesen új alapokra helyeződne át. Természetesen bármilyen rendszert alakítanak ki - vagy vesznek át más országtól, - azt a magyar gazdaság állapotához, a magyar viszonyokhoz kell igazítani.

## Utószó

Az OECD országokra vonatkozó egyik nemzetközi vizsgálatban Hurst (1991) arra a következtetésre jutott, hogy valamennyi ország meglehetősen hasonló célokat igyekszik elérni, noha nem mindegyikük tulajdonít azonos fontosságot ezeknek a céloknak.

Hurst hat közös célt különböztet meg:

1. A megfelelő és egyenlő hozzájutás: minden állampolgárnak hozzá kell jutnia az egészségügyi ellátásnak legalábbis egy alapvető minimumához, és azonos szükségleteket azonos ellátásban kell részesíteni ott, ahol a szolgáltatásokat állami forrásból finanszírozzák.
2. A jövedelem védelme: a betegeket meg kell védelmezni attól, hogy annyit kelljen fizetniük az egészségügyi ellátásért, amennyi katasztrófális fenyegetést jelentene jövedelmükre vagy vagyonukra nézve, és az ilyen védelemért fizetendő árnak igazodnia kell az érintett fizetőképességéhez.

Ebből legalábbis háromféle jövedelemtranszfer következik:

- biztosítás (az ellátás szükségességét nem lehet előre megjósolni);
  - a megtakarítás (az időskorúak több szolgáltatást vesznek igénybe, mint a fiatalok);
  - a jövedelem-újraelosztás (a betegek gyakran a szegények közül kerülnek ki).
3. A makroökonómiai hatékonyság: az egészségügyi kiadásoknak a GDP megfelelő hányadát kell igénybe venniük.
  4. A mikroökonómiai hatékonyság: az egészségi állapot javulásának és a fogyasztói elégedettségnek a lehető legnagyobb mérvűnek kell lennie a GDP-ből egészségügyi célokra fordítható részarány mellett. Ebből az következik, hogy a megfelelő szerzetű egészségügyi ellátás költségét is minimalizálni kell.
  5. A fogyasztók választási szabadsága: szükséges, hogy a fogyasztók szabadon választhassák meg orvosukat mind az állami, mind pedig a magán-biztosítás keretei között, és - orvosuk tanácsát figyelembe véve - némi választási szabadságot kell, hogy élvezzenek a további kezeléssel és más ellátókhöz való beutalással kapcsolatban.
  6. Az ellátók megfelelő autonómiája: az orvosoknak és más ellátóknak maximális szabadságot kell adni, ami még összeegyeztethető a fenti célokkal, különösen az orvosi és szervezeti újítások terén.

Egyetlen országnak sem sikerült még elérnie valamennyi említett célt, de tettek kísérletet arra, hogy közelebb jussanak hozzájuk. Az a tény, hogy valamennyi ország megkezdte az elmúlt évtizedben egészségügyi rendszerének reformját, arra utal, hogy továbbra is újabb reformok felé haladnak.