
DR. BESZE KATALIN

A háziiorvosi ellátás finanszírozása az egészségügy- finanszírozás rendszerében

Bevezetés

A kötelező társadalombiztosítás sok nehézséggel küzdött az eltelt 100 év alatt. A politikai, gazdasági, pénzügyi válságok, a két világháború, a forradalmak a társadalombiztosítást sem hagyták érintetlenül.

Erős hatást gyakorolt, illetve gyakorol a társadalombiztosításra hazánkban az 1980-as évek végén elkezdődött és jelenleg is tartó társadalmi- és gazdasági rendszerváltás.

Az egészségügyi ellátó rendszer az elmúlt évtizedekben súlyos válságba került, ezért létkérdés lett a mielőbbi változás. A magyar egészségügy szerkezete több lépcsőben, fokozatosan alapvetően átalakul.

Az egészségügyi reform kezdő éveként sokan az 1990. évet tartják nyilván. Az átalakulás előkészületei valójában már a 80-as évek közepén megkezdődtek és ezek az előmunkálatok kezdtek beérni 1990-re.

Az átfogó rendszerváltás idején a konzervatív kormány egészségpolitikáját a piaci viszonyokra történő áttéréshez való alkalmazkodás szándéka jellemezte. A következő években kialakultak azok a törvényi feltételek, melyek lehetővé tették a továbbhaladást (önkormányzati irányítás, biztosítási alapú teljesítmény-finanszírozás, a biztosítási törvény módosítása, stb.).

Politikai döntések tették lehetővé, s alapvetően meghatározták az elosztási rendszer fejlesztését. A magyar egészségügy-finanszírozási rendszer reformja alapvetően az elosztási technikák megváltoztatására koncentrált és az elmúlt évek során olyan fejlődési irányba indult el, mely a nemzetközi tendenciák progresszív irányait kívánja adaptálni.

Alapvető feladat ma már nem a rendszer megváltoztatása, hanem a már megkezdett folyamatok korrekciója, továbbfejlesztése.

A magyarországi egészségügyi reform egyik fő iránya is az alapellátás fejlesztése, a megbetegedettek minél nagyobb számának az itt történő definitív ellátása. Ennek érdekében az utóbbi 6-7 évben jelentős erőfeszítések történtek az itt dolgozó orvosok szakmai tudásának és néhány területen számának, valamint jövedelmének növelésére. A finanszírozási rendszerben bevezetésre

került a teljesítmény szerinti térítés, széles körben privatizálásra kerültek a praxisok.⁽²⁾

Az első konkrét lépésre 1992. nyarán, a háziiorvosi rendszer kialakításával került sor, amelyet majdnem egy év múlva követett a járóbeteg-szakellátásban a pontrendszer, a fekvőbetegellátásban pedig a HBCS bevezetése.

A reformnak van egy hosszú távú íve. Célja, hogy körülbelül tíz év alatt olyan elosztási rendszer alakuljon ki, illetve működjön az ágazatban, amely egyrészt biztosítja a lakosság jobb egészségügyi ellátását, másrészt pedig garantálja az Egészségbiztosítási Alap dinamikus egyensúlyát.⁽⁵⁾

1. A KÖTELEZŐ TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁS KIALAKULÁSA ÉS FEJLŐDÉSE

1.1. A társadalombiztosítás lényege

Társadalmi szintű, szolidaritási elvű kockázatközösség megteremtése azért, hogy a biztosítottak aktuális jövedelmi helyzetüktől függetlenül tudjanak hozzájutni a szükséges és társadalmi méretekben megengedhető mennyiségű és minőségű egészségügyi ellátásokhoz.

1.1.1. A szolidaritási elv szükségességének indoka

A lakosság személyes jövedelem-pozíciója és a személyes egészségügyi szükséglete fordítottan arányos egymással. A gyógyítási költségek olyan mértékűek, hogy csak társadalmi méretű szolidaritási közösség képes kiátlagolására. Az egészségi állapot változása előre nem tervezhető, az egyén által csak részben befolyásolható.⁽¹⁰⁾

1.2. A társadalmi gondoskodás hosszú időre nyúlik vissza

A sorscapásokkal sújtott, vagy attól féltő ember törekvése arra, hogy védelmet találjon, nagyon régi keletű. Már az ókori államokban is igyekeztek gondoskodni a testileg és szellemileg beteg emberekről. Gyógyhelyeket és gyógyfürdőket tartott fenn az állam, a katonaság egészségi állapotának megtartására, az állami tisztségviselők részére pedig kórházakat építettek. Az aquincumi kórház épületének maradványai ma is megtekinthetők hazánkban.

A polgári lakosság számára szolgáló valódi kórházak - az egészségügy történetében először - az ókori Indiában épültek, Ashóka király (Kr.e.273-232.) uralkodása idején, a buddhista vallás elterjedésének köszönhetően.⁽²⁾

A középkori államokban elsősorban az egyház gondoskodott az elesettekről, a szegényekről. Több uralkodó azzal engedte meg a papi tized szedését, hogy abból a papság köteles a betegekről gondoskodni. A szerzetes rendek kórházakat alapítottak és tartottak fenn, szeretetházakat építettek.

Magyarországon Géza fejedelem (972-986.) és fia Szent István munkásságának eredménye az orvostudományáról híres nyugati kereszténység befogadása, elterjesztése, Bencés monostorok, apátságok épültek, ahol áldásos gyógyító tevékenység folyt. A kolostori kórházak betegápoló tevékenysége meghatározó szerepet játszott a magyarság fennmaradásában, egészségének megőrzésében, az európai kultúrához való kapcsolódásában.

1.3. Önsegélyezés és közös kockázatviselés kezdetei

A betegségi ellátás csírái az önsegélyezés és a közös kockázatviselés jegyében már a XIII-XIV. században kezdtek kibontakozni az egyházi, legtöbbször lakóhelyi és települési közösségekben.

A társulás tagjai önkéntes adományaiból főleg segélyt folyósítottak. Ennél fejlettebb forma a közös munkahelyen, vagy azonos szakmában dolgozók önsegélyező társulása. A munkakörülményekkel járó fokozottabb veszély érzete és a szolidaritás nagyobb átérzése legelőször a bányászok önkéntes társulásához vezetett.⁽³⁾

A bányatársulások a munkaadó és munkásai önkéntes elhatározásából létesültek és önkormányzati alapon a bányalegénység kezelte. Az első bányatársulás a felvidéki bányagróf Thurzó János bányájában alakult 1469-ben. A tagoktól levont járulékból és a bányatulajdonos hozzájárulásából fizették a segélyeket, betegség esetén a pénzbeli támogatást, az orvosi kezelést, gyógyszert, temetési segélyt. A munkaképtelen tagnak, az özvegynek és árvának rendszeres ellátást folyósítottak.

1778-tól a kincstári bányákban és magánbányákban is meg kellett szervezni a társpénztárakat.

A munkások betegség esetére szóló biztosításáról Magyarországon elsőnek az 1884. évi XVII. törvénycikk, az ipartörvény rendelkezett. A törvénycikk felkérte az ipartestületeket segélypénztárak létesítésére, de nem tette még teljeskörűen kötelezővé azok létrehozását, ezért a biztosítás csupán önkéntes elhatározáson alapult. Az ipari munkások önkéntes társuláson és a kölcsönös támogatás elvén alapuló segélyegyletek létrehozásában a céhek érdekvédelmi munkájának volt jelentős szerepe.

1.3.1. A társadalombiztosítás első országos szervezete

Az Általános Munkásbetegsegélyező és Rokkant Pénztár (röviden: Általános Pénztár) 1870. április 3-án alakult meg, 19 taggal. Kezdetben a Pest-Budai

Munkásképző Egylet egyik alosztályaként működött, csak 1871-ben vált önállóvá. Az alapítók célja egyrészt egy olyan beteg- és rokkantsegélyező pénztár létrehozása, amelyben a munkás élethosszig van biztosítva betegség és rokkantság esetére akkor is, ha munkanélküli, bármilyen gyárban dolgozik, bárhol lakik az országban, másrészt a munkások maguk is képesek önállóan fenntartani és vezetni.

Bevételei a tagok befizetett járulékaik voltak, az alapításkor a belügyminiszter is hozzájárult a költségekhez.

Az alacsony bérű munkások által befizetett összegekből nem tudtak eleget tenni a rokkantpénztári feladatoknak, ezért ezt a funkciót törölni kellett az alapszabályból.

Az Általános Pénztár arra törekedett, hogy minél előbb országos szervezetté váljon, ezért vidéki településeken fiókpénztárakat hoztak létre.

A több, mint 120 év alatt többször végrehajtott átszervezések ellenére az Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság elődjének mondható.⁽⁸⁾

1.4. Betegség esetére kötelező biztosítás

A legrégebbi társadalombiztosítási törvényekkel, intézményekkel a németek rendelkeznek. A Vilmos császári három társadalombiztosítási törvény (1883. évi ipari és kereskedelmi munkavállalók kötelező betegségi biztosításáról, 1884. évi a kötelező baleseti biztosításról, az 1889. évi az öregségi, rokkantsági kötelező biztosítás bevezetéséről) volt az előzménye azoknak a törvényeknek, amelyeket a modern államok megalkottak ezt követően.⁽⁸⁾

1891-ben Magyarország a földrészen harmadikként - a német és osztrák törvények után - csatlakozott a kötelező társadalombiztosítási rendszert bevezető országokhoz.

A kötelező betegbiztosítást elrendelő 1891. évi XIV. törvénycikk az ipari és gyári alkalmazottak betegség esetén való segélyezéséről rendelkezett, mely mérföldkönek tekinthető a társadalombiztosítás történetében. A törvény európai színvonalon szabályozta a baleset- és betegségbiztosítást egy iparosodó társadalomban. Biztosításra kötelezettek voltak az 1884. évi ipartörvény alá tartozó foglalkozásokban dolgozók nemre, korra és állampolgárságra tekintet nélkül. Nem terjedt ki a törvény az állami intézmények, törvényhatóságok, községek és állami vállalatok alkalmazottaira, valamint a mezőgazdasági munkásokra. Önkéntesen azonban bárki csatlakozhatott, biztosíthatta magát.

A törvény szellemében működő pénztárakat önkormányzati szervek irányították, a székhelyük szerint illetékes iparhatóság felügyelte és ellenőrizte, illetőleg a belkereskedelemügyi miniszter felügyelete alatt álltak.

A pénztárak bevételi forrásai a belépésre kötelezett tagok járulékaik voltak, melynek egyharmad részét a munkaadó volt köteles a sajátjából fedezni, kétharmad részét pedig a tag béréből vonták le.

Kiadásai: ingyenes orvosi segély a pénztár igazgatósága által kijelölt orvos által (legfeljebb egyfolytában húsz héten át), szülési segély, gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök, táppénz azon esetre, ha a betegség keresőképtelenséggel jár és három napnál hosszabb ideig tart (legfeljebb húsz héten át), temetkezési segély, gyermekágyi segély.⁽⁸⁾

A járulékokat csak a pénztár tagjainak segélyezésére, tartalékalap gyűjtésére és fenntartására, esetleg pénzügyi szövetségi tartalékalaphoz való hozzájárulásra, a pénztár kezelési költségeinek fedezetére lehet felhasználni.

A járulékhátralékok közigazgatási úton, adók módján voltak behajthatók törvényi felhatalmazás alapján.

Az állam nem támogatta a pénztárak működését.

A két világháború között fejlett népegészségügyi rendszer alakult ki.

Az 1927. évi XXI. tv. megújította a kötelező betegségbiztosítási rendelkezéseket, megalkotta a balesetbiztosítási szabályokat és állami felügyelet alá vonta a társadalombiztosítást. A betegségi és baleseti biztosítási ellátást a törvény az Országos Munkásbiztosító Intézet feladatává tette, amely ezt a feladatot központi,- helyi szervei, kerületi- és vállalati pénztárak útján látta el.

A törvény lerakta az állami szociális és egészségügyi gondoskodás alapjait. Egy olyan modern szervezetet hozott létre, amely az akkori Kelet-Közép Európában egyedül volt.

A következő évtizedekben sorra születtek meg azok a törvények, melyek az egyes társadalombiztosítási ellátásokra, illetve a társadalom egyes rétegeire vonatkozó szabályozást tartalmazták.

1948. után a szocialista rendszer általános elvének és gyakorlatának megfelelően megszűntek a piaci és pluralista elemek az egészségügyben.

A biztosítók, kasszák vagyona államosították, illetve szakszervezeti vagyona olvasztották be.

A szétagolt társadalombiztosítási intézmények egyesítése 1950-ben valósult meg. Az állam ekkor az egységes társadalombiztosítás irányítását a Szakszervezetek Országos Tanácsára bízta.

Az egészségügyben kialakult a bázisfinanszírozás alapú centrális intézményrendszer. Az állami népegészségügyi szolgálat ellátása először alapvetően a munkások és állami alkalmazottak ellátására szerveződött, majd a mezőgazdaság kollektivizálása és a kisipar elsorvasztása után az egészségügyi ellátás állampolgári joggá vált.

A társadalombiztosítás átfogó szabályozására a ma is hatályban lévő, sokszor módosított 1975. évi II. törvény megalkotásával került sor. A szabályozás célja a társadalombiztosítási rendszer egységes elvek alapján történő rendezése, korszerűsítése, egyszerűsítése, fejlesztése volt.⁽¹²⁾

1984. július 1-vel hatályba lépett törvényerejű rendelet a társadalombiztosítási ellátást állami feladattá minősítette, amit állami szervek a társadalombiztosítási tanácsok együttműködésével végeztek. Az ellátásokat a költségvetés finanszírozta.

A társadalombiztosításba befizetett járulékokat „összevonva” kezelték, azaz nem volt meghatározva, hogy ebből mennyi a nyugdíj és mennyi az egészségügyi ágazat részaránya. Mivel a nyugdíjak kifizetését és azok szintjét törvények, az egészségügyi költségeket pedig minden objektív alapot nélkülöző „alku” alapján határozták meg, így a társadalombiztosításon belül az egészségügy pozíciója fokozatosan romlott.⁽⁶⁾

Egyre inkább napirendre került a társadalombiztosítás átalakításának, megreformálásának kérdése, melynek új finanszírozási megoldásokat is magával kellett hoznia.

1992. évben az egészségügyi ellátások igénybevételét biztosítási jogviszonyhoz kötötték, vagyis megszűnt az állampolgári jogon járó teljeskörű igénybevétel lehetősége.

2. AZ EGÉSZSÉGÜGY - FINANSZÍROZÁS ALAPPROBLÉMÁJA

Az egészségügy-finanszírozás alapproblémája összetett kérdés. A társadalombiztosítási reform minden elemének, így az egészségbiztosítás reformjának is van pénzügyi összefüggése, vagy konzekvenciája, amelyekre figyelemmel kell kialakítani az új típusú finanszírozási rendszert.

„A finanszírozási rendszernek kell ösztönzőket tartalmaznia ahhoz, hogy az egészségügyi ellátás a lakosság igényeihez igazodjon”.⁽¹⁴⁾

A finanszírozás fogalmát - mely klasszikus közgazdasági értelmezés szerint forráskihelyezést jelent - az egészségügyben a pénzellátás rendszerével azonosítják.⁽¹⁰⁾

2.1. Egészségügy-finanszírozás reform előtti jellemzői

Adókból, vagy járuléknak nevezett címkézett adókból fenntartott, centralizált egészségügyi szolgálat, központi forrásból, a költségvetésből táplálkozik különösebb rendező elv nélkül. A szervezet nemcsak gyógyító, hanem egyéb népegészségügyi feladatokat is ellát.

A rendszer előnye, hogy viszonylag kevés adminisztrációval jár, mivel nem kell nyilvántartás, ellenőrzés, mert mindenki ellátásra jogosult, akár fizet járulékot, akár nem.

Egyszerű a tervezés és finanszírozás, mert csak a bázisirányzatokat kellett megnövelni és az előirányzat arányos részét folyósítani. Ez a módszer látszólag véd a költségrobbanás ellen, de valójában csak elodázza azt, ami a színvonal

lényeges romlással jár. A felülről irányított betegellátás miatt egyszerűbb a prevenciós programok, szűrések, gondozások megszervezése, tervezése, ellenőrzése.⁽¹³⁾

A rendszer hátránya: piaci viszonyok hiányában a rendszer pazarló, mert nincs beépített érdekeltség, a megtakarítás csak a bázisirányzat csökkentésével kivitelezhető, ami nem lehetséges. A fejlesztések véletlenek, nem a reális igényeken alapulnak, a személyes kapcsolat a döntő, az alku-mechanizmus működik. Mindez a betegnek sem kedvező, hiszen az intézmény az előirányzatot akkor is megkapja, ha kevés beteg elhúzott idejű gyógyítását látja el, minimális munkával és költséggel, mindez mellett zsúfoltságra hivatkozva többletelőirányzatot kér.

Egy bő kapacitású, romlott, újrastrukturájú, túlzottan igénybevett bázisalapú kapacitásfinanszírozási rendszerben alulfinanszírozott egészségügyet örököltünk, amelyben az érdekeltségi rendszert a paraszolvencia jelentette.

2.2. Az egészségügyi ellátás alapproblémája

„A legújabb kor problémái között jelentőségében a szociális problémák a legnagyobbak.” - fogalmazta meg dr. Hargitai Sándor az egészségbiztosítás hazai rendszerének kialakításáról írt jegyzetében.⁽⁷⁾

A gazdaság növekedése - a kialakult hozzáférési egyenlőség mellett - nem képes fedezni az egészségügy műszaki-, tudományos fejlődésének költségeit, ennek oka: míg a tudomány és a technika fejlődése exponenciális, a gazdaságé jó esetben is csak lineáris. Ennek következménye, hogy a technikailag lehetséges egészségügyi ellátás nem egyenlő a gazdaságilag megengedhetővel.⁽¹¹⁾

2.2.1. Az egészségügyi fogyasztás specifikumai

- A globális szükséglet mértéke társadalmi szinten objektíven nem határozható meg,
- a szükségletet a szolgáltatást nyújtó határozza meg,
- a konkrét szükségletet a fogyasztó (beteg) nem tudja megítélni, ellenőrizni,
- a fogyasztás nem racionális.

2.2.2. Az egészségbiztosítási ágazat kialakulása óta egyre mélyülő finanszírozási feszültségekkel küzd

2.2.2.1. Csökkenő GDP mellett az egészségügyre fordítható eszközök aránya az ország gazdasági fejlettségi szintjének megfelelő, mérsékelten meg is haladja azt, de az egy főre jutó értéke alacsony.

2.2.2.2. Csökkenő reálbérek, romló járulékfizetési fegyelem mellett csökkenő reálértékű bevételekkel lehetett és lehet számolni.

2.2.2.3. Dinamikus a kiadások növekedése, a biztosítottaknak egyre romlik az egészségi állapota, a technológiák és terápiák költségrobbanása zajlik, amit tetéz a rendszer működésének rossz hatékonysága.⁽²¹⁾

Költségemelkedés okai:

- Az egészségügy fogyasztói árindexe az átlagosnál gyorsabban nőtt, azaz az általános inflációt meghaladó forrásbővülés nem fedezi az egészségügy fajlagos költségnövekedését.
- Az egészségi állapot romlása az egészségügyi szolgáltatások fokozott igénybeviteléhez vezet.
- A lakosság elöregedése növeli az egészségügyi szolgáltatások iránti szükségletet.
- A korszerű eszközök, eljárások, gyógyszerek elterjedése szintén költségemelkedéssel jár.
- A piaci viszonyok hiánya.

A költségeknek az ország teljesítőképességét meghaladó növekedése bizonyos önkorlátozást tesz szükségessé mindenki számára. Ez nem az ellátás szűkítését kell hogy jelentse, hanem bizonyos racionális korlátozást, (pl. gyógyszerírás szigorítása, beutalási rend betartása, stb.) a pazarlás megszüntetését.

2.2.2.4. „Az ország régiói között döbbenetes az ellátásban az aránytalanság. A túlméretezett ellátórendszer a finanszírozásban gondot okoz”.⁽¹⁴⁾

A reform előtti évtizedek fejlesztési politikájának következményeként olyan többletkapacitások jöttek létre, amelyek működésének feltételei hiányoznak, területi elhelyezkedésük pedig eltér a szükséglettől.

A centralizált magyar egészségügyben háttérbe szorultak olyan kérdések, mint gazdaságosság, célszerűség, hatékonyság. Törvényi szabályozáson alapult a teljeskörű, ingyenes és magas színvonalú ellátás, amely állampolgári jogon mindenkit egyaránt megilletett.

A gyakorlatban viszont lehetetlen volt ezen elvek megvalósítása. A három elvből egyszerre mindig csak kettő teljesült:

- ha az ellátás magas színvonalú volt és ingyenes, az nem volt mindenki számára hozzáférhető (pl. pártkórházak),
- ha ingyenes és teljeskörű, akkor nem volt magas színvonalú (pl. SZTK-rendelők),
- ha teljeskörű és magas színvonalú, akkor pedig nem ingyenes (pl. magánpraxis, paraszolvencia).

Az egészségügy gazdálkodásából hiányzott az érdekeltségi elem.

2.2.2.5. Az igények és szolgáltatások minősége közötti különbség egyre nő.

2.2.2.6. A pénzügyi helyzet feszültségeit sajátos felfogásbeli torzulások, káros gyakorlatok is terhelik. Miközben általános társadalmi igény a színvonalas, térítésmentes ellátás, az elvárható szintű szolgáltatás teljesítéséhez is paraszolvencia kapcsolódik, ami egy sajátos egyéni érdekeltséget működtet.

2.2.3. Az egészségbiztosításnak hosszabb távon szilárd pénzügyi alapokra kell épülnie

Ha az egészségbiztosítás forrásszükségletére keresünk választ, akkor a koncepció alapkérdéseire kell visszanyúlni. A forrásszükséglet az egészségbiztosítás feladataitól, a kötelező biztosítás terjedelmétől, az egészségbiztosítási ellátás feltételeitől, ügyviteli költségtől függ.

A rendszer nem lehet csak járulékbevételekre épülő, költségvetési támogatásból és a vagyonnal való gazdálkodás hozamából is bevételhez kell jutnia.⁽⁶⁾

A korlátozottan rendelkezésre álló anyagi erőforrások és a szükségletek közötti optimalizálás a fő feladat, ezért kiemelt kérdés:

2.2.3.1. A rendszer makroszintű finanszírozási feltételeinek megteremtése.

- A bevételek meghatározó forrását a járulékfizetés képezi, amelynek mértéke felülről korlátos, lényeges csökkentése csak a reálbérek növekedésével, vagy egyes szolgáltatások finanszírozásának átadásával lehetséges.

Alapelv, hogy a járulékot minden biztosított után normatív módon valaki megfizesse (költségvetés, szolidaritási alap, nyugdíjbiztosítási alap, munkáltató, egyéni, stb.). Célszerű, ha a járulékalap (munkáltatóké és munkavállalóké) és az adóalap harmonizációja megtörténik és a számvitel elfogadott kategóriáihoz igazodik.

Az egészségbiztosításnál az ellátásra való jogosultságot a költségekhez igazodó minimális járulékfizetés teremti meg.

A folyamatos járulékfizetési kötelezettségek teljesítését - szükség esetén behajtását - jogi eszközökkel is segíteni kell.

- Rendezett, áttekinthető államháztartási kapcsolatokat célszerű kialakítani, amelyek középtávon kiszámítható, stabil viszonyokat teremtenek. Az állami garanciavállalás mellett szükséges az egészségbiztosítás működőképességének fenntartása érdekében az állam közvetlen anyagi szerepvállalása is (pl. közvetlen költségvetési támogatás, a többségi állami tulajdonú gazdálkodó szervezetek társadalombiztosítási tartozásának rendezése, a jövedelemmel nem rendelkezők, a rendszeres szoc. ellátásra szorulóknak után normatív járulékfizetési kötelezettség, stb.).

Az egészségkárosító cikkek forgalmi, vagy fogyasztási adójának részbeni átengedése, prevenciós egészségvédelmi programok finanszírozása.

Az amortizáció beépítése a működés költségeibe, ez ehhez szükséges forrás megteremtése.⁽²¹⁾

2.2.3.2. A szűkösen rendelkezésre álló források elosztásának, felhasználásának optimalizálása, az ellátó rendszerek működésének racionalizálása, strukturális átalakítása.

Az egészségbiztosítás alapvető funkciója, hogy előre nem látható élethelyzetekben megfelelő támaszt nyújtson és a biztosítottak korához méltó cselekvőképességet fenntartsa, valamint a gyermekek egészséges fejlődését támogassa.

Ahhoz, hogy e funkcióját az egészségbiztosítás kedvező színvonalon teljesítse, elengedhetetlen, hogy az egészségbiztosítás új hangsúlyokat, prioritásokat alakítson ki és a finanszírozás eszközeivel, részt vegyen a szolgáltatásokat nyújtó intézmények strukturális átalakításában, az anyagi érdekeltség érvényesítésével elősegítse a konstruktív szakmapolitikai törekvéseket.

Az egészségügyi kockázatok valószínűsége mérhető, előre jelezhető, a kockázatok csökkenthetők, a következmények enyhíthetők vagy elkerülhetők, ezért alapvető érdek, hogy a kárkezelői tevékenységen túl az egészségbiztosító munkájában fokozatosan nagyobb szerepet kapjon a kockázatkezelés, amely a gyógyítás, a rehabilitáció egységét foglalja magába.⁽⁴⁾

Az egészségbiztosítás alapvető érdeke, hogy ésszerű egyensúly alakuljon ki az alapellátás és szakellátás között, lehetőség szerint növekedjen az alapellátás szakszerűsége, minősége, javuljon a műszerezettség, az orvosok szakmai felkészültsége.

A finanszírozással, az érdekeltség folyamatos erősítésével elő kell segíteni a háziorvosi szolgálatban dolgozók számának növekedését, az egy körzetre jutó biztosítottak számának optimalizálását, a minőségi munkát, az orvosok definitív tevékenységének érvényesítését. A járóbeteg szakellátás egyes funkciói a háziorvosi szolgálathoz kell hogy kerüljenek.

2.2.3.3. A változások az egészségbiztosítás terén a háziorvosi szolgálatra épülő alapellátást és az ezt kiegészítő járó- és fekvőbeteg szakellátást irányozták elő.

A kötelező biztosítási alapon járó és azon felül igénybevehető ellátások körének meghatározása, szintjeinek kimunkálása mind a finanszírozás, mind a szakmapolitika feladata.

A kötelező biztosítási alapon járó ellátások nyújtását a teljesítményfinanszírozási rendszer alapján az ellátásra vállalkozókkal kötött szerződések alapján téríti az egészségbiztosító. Az ezen túli ellátásokat pedig a

kiegészítő jelleggel létrejövő egészségpénztárok vagy magánbiztosítók finanszíroznák a velük jogviszonyban álló biztosítottak helyett.⁽⁴⁾

2.3. A piac szerepe az egészségügyben

2.3.1. A piac kategóriái

- fizetőképes kereslet;
- a megfelelő összetételű kínálat (megfelelő mennyiségű és minőségű);
- az ár; melynek nagysága függ a ráfordítástól, a piac értékítéletétől és a társadalmi preferencia-rendszerrel.⁽¹⁷⁾

2.3.2. Az egészségügyi piac szereplői

- szolgáltatást igénybevevők (beteg),
- szolgáltatást nyújtók (egészségügyi ellátó rendszer),
- szolgáltatást szervezők, irányítók (politikai, állami szint: parlament, kormányzat, önkormányzat),
- finanszírozók (állami- /egészségbiztosító/, üzleti biztosítók, szolgáltatást igénybevevők),
- kiszolgálóipar (gyártók).⁽¹¹⁾

A piaci rendszer velejárója, hogy az egészségügyi szolgáltatásnak is többszektorúnak kell lennie. Az állam, önkormányzatok, egyházak, alapítványok, szakmai érdekképviseletek mellett az egészségügyben is jelen kell lennie a magánszférának, a vállalkozásoknak, természetesen szigorú szakmai kontroll és szektorsemlegesség mellett.

2.3.3. Az egészségügyi piac alaptörvénye:

Az egészségügyben nem a kereslet szabja meg a kínálatot, hanem a kínálat szabja meg a keresletet.

Az egészségügyi ellátás mással nem helyettesíthető szolgáltatás és nem a hagyományos értelemben vett áru, mert mindenki által hozzáférhető, közfogyasztást kielégítő különleges szolgáltatás. Igénybevételét nem a fizetőképes kereslet határozza meg és a kínálat sem igazodhat közvetlenül a fizetőképes kereslethez. Nincs igazi piaci értelemben vett ár, melyet a keresleti és kínálati viszonyok alakítanak ki, csak kalkulált ár van, mely nem tartalmazza az ár összes elemét, így pl. a fejlesztési költséget, nyereséget.

Az egészségügyi ellátást a fejlett piacgazdaságokban is túlnyomó részt nonprofit orientált intézmények látják el. Mindezt befolyásolja az ellátási kötelezettség megléte.

Az egészségügyi ágazat jellemzőit és sajátosságait figyelembe véve láthatjuk, hogy ezen a területen a piaci verseny erősen korlátozott. Viszont a piacról - mint egyelőre a világon ezidáig létező legjobb ösztönzőrendszerrel, lemondani nem szabad, ezért a piacot - hogy valamiképpen érvényesüljön ösztönző szerepe - szimulálni kell. ⁽¹⁷⁾

Alapvető törekvés, hogy a szolgáltató intézményekkel olyan kétoldalú szerződéses kapcsolat jöjjön létre, amelyben a biztosító szolgáltatást vásárol a biztosítottaktól. ⁽¹⁾

2.3.4. Piackomform-egészségügy megvalósítása

Ahhoz, hogy létrejöjjön a piackomform-egészségügy, a következőknek kell megvalósulniuk:

- a szolgáltatásoknak legyen ára, akkor is, ha az szimulált ár,
- a szolgáltatás mennyisége és minősége (bonyolultsága) alapján jussanak árbevételhez a szolgáltatást nyújtó intézmények,
- minden szolgáltatást fizessen meg valaki (egészségbiztosító, magánbiztosító, az egyén, stb.), így helyettesíthető, illetve létrejöhet a pazarló elosztás helyett a fizetőképes kereslet,
- a szabad orvos- és intézményválasztással szimulálni lehet az adásvételi viszonyt (ha a biztosító vagy az egyén fizet és egyúttal szabadon választ a szolgáltatást végzők között, értelmetlenné válik a paraszolvencia),
- a nyereség a szolgáltatást nyújtó intézményt kell hogy megillessen, hogy ezáltal javítani tudja a szolgáltatása színvonalát és eredményesen helytálljon a versenyben,
- az intézmények érdekeltsége legyen összhangban az ott dolgozók érdekeltségével. ⁽¹⁷⁾

2.4. Az egészségügy új rendszerének koncepciója

Az egészségügyi szolgáltató rendszer a természetben igénybevehető egészségügyi szolgáltatások nyújtására létrejött szervezetek összessége.

Az ellátó rendszer struktúrája két pólusúvá vált:

- alapellátás (házi orvosi rendszer),
- szakellátás, amely magába foglalja a járó- és fekvőbeteg szakellátást.

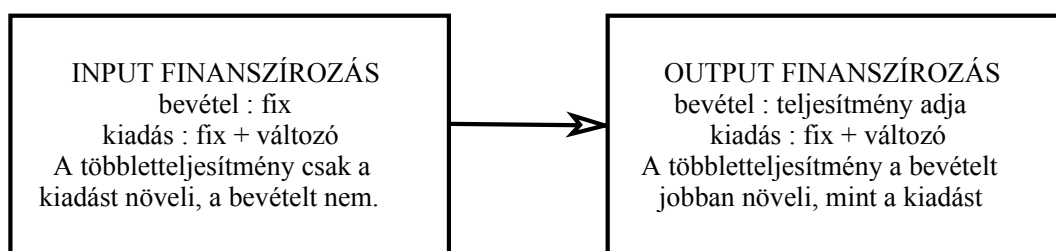
Az új rendszer alapja, - az Egészségügyi Világszervezet (WHO) ajánlásának megfelelően - a betegségek megelőzésének prioritását figyelembe véve, az alapellátás. Működésének alapelve, hogy a struktúra, a szolgáltatók finanszírozási rendszere, a szolgáltatások igénybevételének szabályozott rendje és a működés egyéb szabályai egységes rendszerként szolgálják a megfogalmazott egészségpolitikai célok gyakorlati megvalósulását. ⁽¹¹⁾

2.4.1. Teljesítményfinanszírozás

A változás lényege, hogy eddig a kapacitásoknak megfelelően, a teljesítménytől függetlenül alakult a finanszírozás, az új rendszerben pedig a teljesítménynek, azaz a finanszírozásnak megfelelően alakul a kapacitás.

A változás lényegét mutatja be a következő ábra:⁽¹⁷⁾

A FINANSZÍROZÁS ALAPVETŐ VÁLTOZÁSA



1. sz. ábra

A reform külső feltételrendszere nem kedvező. A társadalmi érdek- és erőviszonyok átalakulóban vannak, ezek intézményes formái is állandóan változnak, nem működnek még jól a konfliktuskezelő és konszenzuskereső fórumok.

A magyar gazdaság túlélésének elengedhetetlen feltétele volt a privatizáció, amely paradox módon az egészségügyre fordítható bevételek csökkenését hozta magával.⁽¹⁰⁾ Számolni kell azzal, hogy a gazdaság megerősödésének kezdeti szakaszában - növekvő GDP mellett is - csökken a járulékbévételek. A privatizált működés jellemzője ugyanis az, hogy a megtermelt jövedelem nagyobb hányada költségé válik, ennek következtében csökken a járulékalapot jelentő bérjövedelem.

Kedvezőtlenek a demográfiai folyamatok. Csökken a keresők/inaktív aránya, romlik a lakosság egészségi állapota. Nagy a munkanélküliség, ami növeli az egészségbiztosítással szembeni elvárásokat, ugyanakkor szűkíti a cselekvés mozgásterét.⁽²²⁾

A társadalombiztosítás diszfunkcionális elemeinek, túlzott kedvezményeinek leépítése az érintettek közül ellenállást vált ki.

A gazdasági recesszió, a csökkenő, illetve alacsony szinten stagnáló teljesítmények, a magas infláció, a működő tőke átlagosan alacsony, illetve

negatív reálhozama által meghatározott helyzetre nem lehet építeni, csak átmeneti, ideiglenes megoldások jöhetnek szóba.⁽⁶⁾

2.4.2. Az üzleti biztosítás szerepe az egészségügyben

A társadalombiztosítás lényeges tulajdonsága, hogy az E. Alap harmadik fizetőként (kollektív vásárlóként) jelentkezik a piacon, szolgáltatást vásárol a biztosított részére, nem a biztosított költségeit téríti meg, mint az üzleti biztosító.

Ha az egészségügyi ellátás a társadalombiztosításra épül (mint hazánkban) a társadalombiztosítás monopolhelyzetbe kerül, mint központi vásárló és lehetősége van az árak befolyásolására, a költségek féken tartására.

Piacgazdaságban az eltérő jövedelmű polgárok általában differenciált igényekkel és fogyasztási szokásokkal jelentkeznak, és ez igaz az egészségügyi ellátásra is. A társadalombiztosítás lényegéből adódóan a magasabb arányú befizetőknél is csak az átlaggal azonos szintű szolgáltatást tudja biztosítani, tehát egy alapvető ellátási csomagot minden biztosított számára. Ezen ellátási csomagon felüli egészségügyi szolgáltatások igénybevételére köthető az üzleti biztosítóknál kiegészítő biztosítás. Ez esetben saját káreseményének (magasabb színvonalú egészségügyi ellátás költségeinek) enyhítésére köt kiegészítő biztosítást a biztosított, egyéni kockázatelemzés alapján.

Mindezek alapján az üzleti biztosítók is részt vállalhatnak az egészségügy finanszírozásában.

3. AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAP (E. ALAP) MŰKÖDÉSE, SZEREPE AZ EGÉSZSÉGÜGY-FINANSZÍROZÁSBAN

3.1. Társadalombiztosítási Alap

A megváltozott politikai és társadalmi viszonyok között a társadalombiztosítás a vele szemben támasztott követelményeknek csak pénzügyi helyzetének rendezésével és eszközeinek racionális felhasználását biztosító, önálló gazdálkodás megvalósításával tud megfelelni.

Ebben az irányban első lépést jelentette, hogy a társadalombiztosítás 1989. január 1-jével levált az állami költségvetésről, az Országgyűlés döntésével elkülönített, önálló, állami garanciát élvező pénzalappal működik.

3.2. Egészségbiztosítási Alap

A Társadalombiztosítási Alap helyzetében 1992. évben alapvető változás következett be. Az 1992. évi X. törvény módosította a Társadalombiztosítási Alapokról rendelkező 1988. évi XXI. tv-t. Ennek értelmében az egységes társadalombiztosítási költségvetési mérleg mellett megjelent a két biztosítási ágazat alapjainak költségvetése. Még nem önálló költségvetés, hanem az „egységesen” belül törvény szerint is meghatározott az ágazati megosztás.

Önálló biztosítási ágak kialakítása céljából a törvény létrehozta a Nyugdíjbiztosítási Alapot és az Egészségbiztosítási Alapot, meghatározta az egyes biztosítási ágak bevételeit és finanszírozandó feladatait, ellátási kötelezettségeit, megjelölve továbbá azokat a feladatokat, melyek valójában az államra hárulnak, de eddig a járulékbévételekből kerültek finanszírozásra.⁽²⁴⁾

Az Alapot az Egészségbiztosítási Önkormányzat megválasztásáig az Egészségbiztosítási Felügyelő Bizottság kezeli, működteti. Másik fontos változás, a biztosítási feltételeket és az ellátásokat szabályozta. Bevezetésre került a biztosítási jogviszonyt igazoló betegbiztosítási igazolvány, melyet a biztosítottnak az utána járulékot fizetővel kellett igazoltatni.

Amennyiben a biztosítási jogviszony, illetve a jogszabályban meghatározott mentesülési feltételek nem állnak fenn, az egészségügyi ellátás ezen időtől csak térítés ellenében vehető igénybe.

1993. júniusában befejeződött a Felügyelő Bizottság tevékenysége és a gazdálkodás irányítását a járulékfizetőket képviselő önkormányzat vette át. Az Egészségbiztosítási Alap kezelőjének mozgásteret rendkívül korlátozott, hiszen a finanszírozás módját és ütemességét törvény határozza meg.

1994. volt az első teljes év, amikor az Egészségbiztosítási Alap önálló költségvetés alapján gazdálkodott, az Egészségbiztosítási Önkormányzat irányításával. A tényleges vagyongazdálkodói, operatív feladatokat az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, az önkormányzat központi igazgatási szerve látja el.

1994-re befejeződött a „profilisztítás”, tehát a központi költségvetés átvette mindazokat az ellátásokat, amelyeket korábban - profiljába nem tartozó feladatként - átmenetileg a Társadalombiztosítási Alap finanszírozott.⁽¹⁹⁾

Az Egészségbiztosítási Alap bevételeinek összetétele a következő:

- járulékbévételek (munkáltatói egészségbiztosítási járulék, munkanélküliek ellátása után fizetett járulék, egyéni egészségbiztosítási járulék, központi költségvetés által fizetett járulék),
- egészségügyi hozzájárulásból bevétel,
- központi költségvetést terhelő egészségügyi feladatok ellátásával kapcsolatos bevételek,

-
- társadalombiztosítási tevékenységgel kapcsolatos egyéb bevételek (közgyógyellátási kiadások megtérítése, baleseti megtérítés, egyéb kártérítési megtérítés, késedelmi pótlék, rendbírság, egyéb bevételek, stb.),
 - kamat- és hozambevételek,
 - központi költségvetés esetleges forrásátadása,
 - vissztehermentesen átvett vagyonból származó bevétel,
 - behajtási tevékenységből elérhető bevétel,
 - Alapok közötti elszámolás egyenlegéből származó bevétel,
 - működési célú bevétel.

Az Egészségbiztosítási Alap *kiadásainak* összetétele:

- természetbeni ellátások (gyógyító-megelőző ellátások, gyógyászati ellátások, gyógyászati segédeszközök, gyógyfürdő ellátások, gyógyszer támogatás, stb.),
- pénzbeli ellátások (táppénz, betegséggel kapcsolatos segélyek, kártérítési járadék, terhességi-gyermekágyi segély, baleseti ellátások, stb.),
- kifizetőhelyeket megillető költségtérítés,
- likviditási tartalék visszapótlása,
- Alapok közötti elszámolás egyenlegének kiadása,
- kamat- és hozambevételek ráfordításai,
- egyéb kiadások.⁽⁹⁾

Az Egészségbiztosítási Alap mérete és nagysága a befolyt bevételektől függ. A bevételeket meghatározzák a gazdasági körülmények, annak változásai, a foglalkoztatottság mértéke, munkanélküliség aránya, mert a bevételek döntő része a járulékokból származik.⁽²⁰⁾

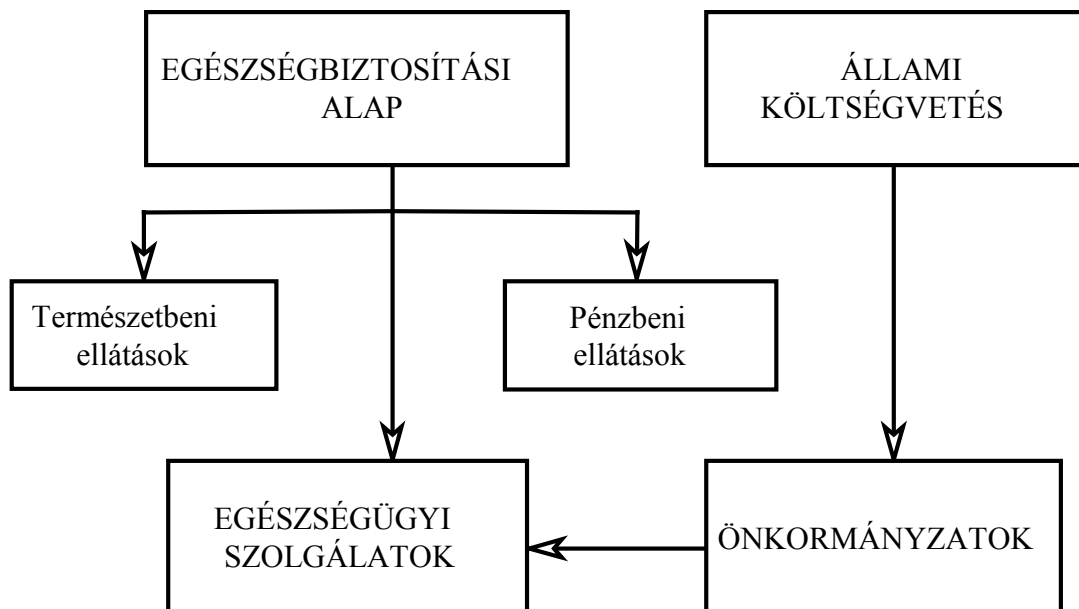
Az Alap bevételeiből fedezi alapvető feladatainak ellátását, az egészségügyi ellátások finanszírozását. A költségeknek jelentős része nem az egészségügyhöz kerül, hanem a biztosítottnak közvetlenül utalványozza az egészségügyi szolgálat (pl. táppénz, útiköltségtérítés, gyógyszer támogatás, stb.).

Az egészségügyi ellátások finanszírozásának mértéke, rendje különböző jogszabályokban (törvények, kormányrendeletek, népjóléti miniszteri rendeletek) pontosan meghatározott, ez biztosítja, hogy a szolgáltatásoknak egységes „ára” van, ugyanannyi összeget térít egy adott ellátásért az egészségbiztosító bármely szolgáltatónak.

Az egészségügyi szolgáltatók által elszámolt összegek az Egészségbiztosítási Alapból kerülnek kiutalásra, illetve kifizetésre a Megyei Egészségbiztosítási Pénztárak, mint területi igazgatási szervek közreműködésével, a megkötött finanszírozási szerződések alapulvételével.

A következő ábra jól szemlélteti, hogy ma az egészségügy-finanszírozásban dualisztikus rendszer uralkodik, az egészségügyi intézmények működési költségét az E. Alap biztosítja, a beruházási-, fejlesztési költségét pedig a tulajdonos. Ez azon finanszírozási rendszerekre jellemző, ahol az eü. szolgáltatást az állampolgár nem vásárolja, hanem kapja. Ezért a beteg mozgása a szabad orvos- és intézményválasztás mellett is részben korlátozott. A működési költségek e rendszerben teljesítményarányosan elosztottak, az инвестиációs költségek azonban nem a kihasználtságához, hanem a tulajdonoshoz kötöttek.

AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FINANSZÍROZÁS FŐ ELEMEI



4. sz. ábra

Forrás : Sugár Katalin : Egészségügy, társadalombiztosítás, szociálpolitika
Jegyzet PSZF. 1994.

3.3. Az államháztartás és a társadalombiztosítás kapcsolata ma

Az Országgyűlés 1996. évi CXXI. tv. elfogadásával módosította a társadalombiztosítás pénzügyi alapjairól szóló törvényt, miszerint: „Az államháztartás részét képező társadalombiztosítás a társadalom közös - biztosítási és szolidaritási elvek alapján működő - kockázatvállaláson alapuló kötelező biztosítási rendszere, az államháztartás társadalombiztosítási alrendszerét a Nyugdíjbiztosítási- és az Egészségbiztosítási Alap költségvetései alkotják.”

A társadalombiztosítási alapok gazdálkodása az államháztartás részévé vált. Az alapokat kezelő önkormányzatok hatáskörének szűkítésével a Kormány új rendelkezési jogokat kapott az Alapok felett. (Így pl. a Társadalombiztosítási Alapok költségvetésében előirányzottakat zárolhatja, csökkentheti, ill. törölheti, kivéve az Országgyűlés hatáskörébe tartozókat.)⁽⁹⁾

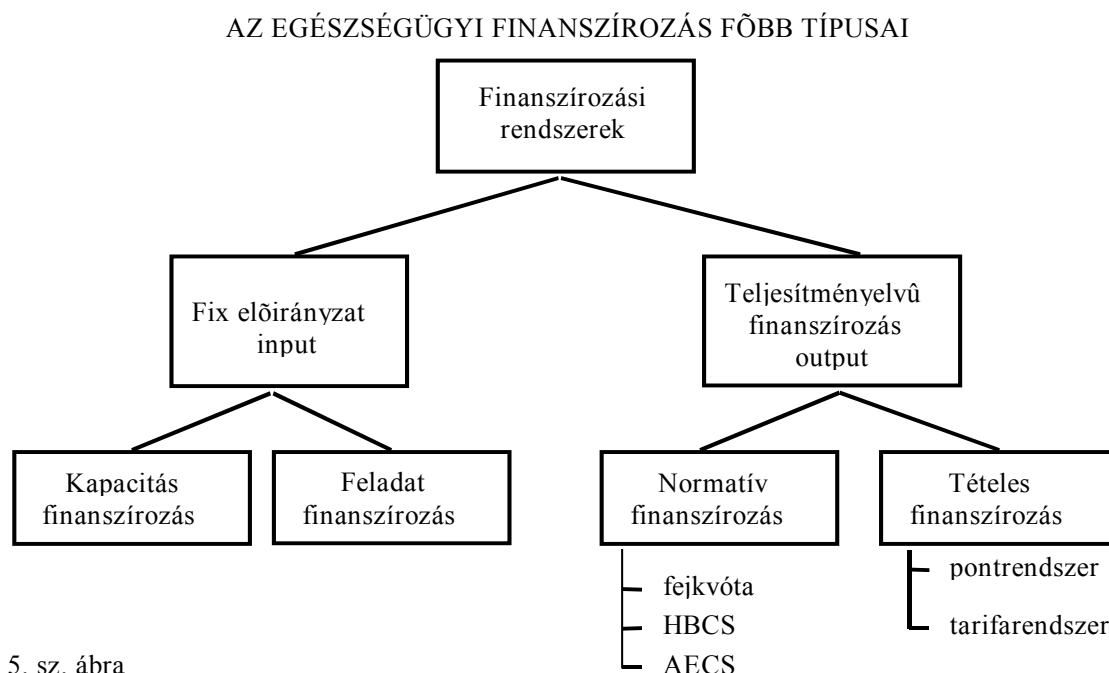
4. A HÁZIORVOSOK FINANSZÍROZÁSÁNAK EGYES KÉRDÉSEI

Az egészségügyi reform kezdeti lépései között került sor a háziiorvosi rendszer kialakítására 1992. évben.

4.1. Alkalmazható finanszírozási rendszerek

Az egészségügyi költségek mértékében szerepet játszik az alkalmazott finanszírozási rendszer is.

í



5. sz. ábra

Forrás : Kincses Gyula : Az egészségügy gazdasági összefüggései
Praxis-Server Kft. Bp. 1994.

Az elterjedt megoldásokat vázolja fel a 5. sz. ábra. Megfigyelhető, hogy alapvető különbség a fix előirányzati és a teljesítményelvű rendszerek között van.

4.1.1. Fix előirányzatú rendszerek, bázisfinanszírozás

Az ellátó szolgálatok előre meghatározott alapelőirányzatból (input) gazdálkodnak. Az alap-előirányzat alapvetően kétféle módon kerül meghatározásra:

4.1.1.1. Kapacitásfinanszírozás

A finanszírozó a szolgáltatások nyújtása céljából leköt és fizet bizonyos mértékű kapacitást, melynek nagysága független az aktuális teljesítménytől.

Az alap-előirányzat (bázis) nagysága a szolgálat paramétereitől, a kapacitástól függ, ami a szolgálat típusára jellemző átlagköltséghez igazodik.

4.1.1.2. Feladatfinanszírozás

Egy adott időszakban fix alap-előirányzatból gazdálkodhat a szolgáltató, mely konkrét feladathoz kötődik. Az előirányzat nagyságát normatívák, illetve a lezárt időszak teljesítménye alapján határozzák meg. A finanszírozás a feladattal együtt változik, a teljesítményarányosság nem direkt módon, hanem utólag jelenik meg.

A reform előtti évtizedekre jellemző finanszírozási formák.

4.1.2. Teljesítményelvű finanszírozás

A reformtörekvésekben általános igényként merült fel a teljesítmény-finanszírozásra való áttérés. Ehhez a kategóriához tartozó rendszerek lényege, hogy a szolgáltató elszámolása a nyújtott teljesítmény alapján, utólag történik. Az ide sorolható finanszírozási rendszereknek alapvetően két csoportja ismert:
(10)

4.1.2.1. Tételes teljesítményelvű finanszírozás

A teljesítményt a tevékenységgel azonosítja, a teljesítmény mérésére elemi egységekre bontott és kategorizált tevékenységi listát alkalmaz, tekintettel arra, hogy a gyógyítás jól definiálható diagnosztikus és terápiás egységekre bontható. A finanszírozás ezeknek az egységeknek tételes elszámolásán alapul.

- Ha az egységekhez konkrét vagy szabadár tartozik, akkor honorárium-rendszerről beszélünk, amely a piaci viszonyok sajátos jellemzője.
- Ha a tevékenységek egymáshoz viszonyított értékeit rögzítik, akkor pont- vagy tarifarendszerről beszélünk, amely a társadalombiztosítás jellemzője.⁽¹⁰⁾

Miután a biztosító - szektorsemleges egységáron - szolgáltatást vásárol, így teljesen mindegy, hogy saját intézményétől, állami intézménytől, vagy magánszemélytől vásárolja.

A pénz a „beteggel mozog”, reális a lehetőség a szabad orvos- és intézményválasztás megteremtésére. A szolgáltatónak nincs alapjövedelme, tisztán a teljesítménye (forgalom) alapján alakul a bevétele.

Ez a rendszer a betegnek jó, mert az orvos törekszik a jó kapcsolat fenntartására. A beteg kezdeményezésétől függ a biztosító finanszírozása, tehát a bevétele, így az orvos a „túlkezelésben” válik érdekeltté. A rendszer finanszírozása rendkívül drága, a fogyasztás és a költségek növelésére ösztönöz, a tételes elszámolás megterhelő és költséges. Szakmapolitikailag hátránya, hogy nem prevenció-centrikus, mivel a paciens betegségéből él, nem célja a megelőzés.

4.1.2.2. Normatív teljesítményelvű finanszírozás

Az adott feladat ellátásához szükséges átlagos ráfordítás és költség alapján történik a finanszírozás, a tevékenység végeredményét finanszírozza a biztosító. Mivel csak átlagköltséget térít a kiadások racionalizálása irányába hat. A rendszer bevezetése a minőségbiztosítás rendszerének kiépítésével együtt célszerű, ahol a minőségbiztosítás alatt érteni kell, hogy a beteg minden szükséges, de csak a szükséges kezelést kapja meg. Az ellátás színvonalának emelése a források optimális kihasználása mellett valósuljon meg. A mai magyar finanszírozási rendszerben ez a forma az alapellátásban és a fekvőbeteg ellátásban került bevezetésre.

4.2. Normatív finanszírozás az alapellátásban

Klasszikus és elterjedt példája a fejkvóta alapú elszámolás. Ennek alapelve, hogy az orvos tevékenysége, azaz elvárt átlagos munka- és költségráfordítása az általa ellátandó betegek számával arányos. Ha a rendszer szabad orvosválasztással párosul, akkor a finanszírozás az orvost választó betegek számával arányos, ha a praxishoz kijelölt ellátási terület tartozik, akkor a terület lakosságához kötődik a finanszírozás.⁽¹⁰⁾

Az ellátandó betegek számától függő finanszírozást különböző korrekciók egészítik ki. Így lehetséges a betegek korát, egészségi állapotát figyelembevevő korrekciós szorzó alkalmazása, az ellátandó terület, illetve a rendelő sajátosságait, az orvos paramétereit figyelembevevő pótlékok felszámítása, továbbá az alaptevékenységen kívüli ellátások díjazása.

A finanszírozó oldaláról vizsgálva a rendszert megállapítható, hogy eredményesen véd a költségrobbanás ellen, mert a finanszírozás alapját képező alap-paraméter, a lakosság lélekszáma állandó. Ha az alapellátásba új orvos lép be, a lakosság csak átstrukturálódik a praxisok között, de nem növelhető az ellátó szolgálat igénye szerint, tehát többletköltséget nem okoz.

Mind az ellátó szolgálat, mind a finanszírozó kalkulálhatja a bevételét, illetve kiadásait, ezért biztonsággal tervezhetők a bevételek, illetve kiadások.

A rendszer lényegi eleme, hogy paciensorientált, a kapcsolattartás folyamatos és személyes az orvos és beteg között. Az orvos a potenciális betegekkel is kapcsolatot tart, a magas rizikófaktorú betegek szűrése, gondozása könnyebben megoldható. A háziorvos nemcsak a betegséget kezeli, hanem az embert gondozza.

A fejkvóta alapú finanszírozás prevenciócentrikus, mert:

- tartós, személyes kapcsolaton alapuló ellátást valósít meg, ahol a személyes felelősség is jobban érvényesül,
- az ellátó szolgálat abban érdekelt, hogy a beteget minél kevesebb kezeléssel, minél előbb meggyógyítsa, megelőzze a betegségek kialakulását, mert a „többletmunkát” a biztosító nem téríti, viszont a megtakarítást nem vonja el,

így megfelelő gondozás, preventív ellátás mellett kevesebb ráfordítással több jövedelemhez jut az orvos.

A prevenciócentrikus finanszírozás megteremtése elsősorban szociálpolitikai kérdés. Az állam, illetve a kormányzatok egyik legfontosabb feladata az egészségcentrikus egészségügy megvalósítása. A nyereség itt nem pénzben mérhető, hanem emberhez méltó, egészségben megélt években. A prevenció célja az élet meghosszabbítása, melynek csak egyik eszköze a prevenciócentrikus finanszírozás, ezen túl még nagyon sok összetevője vár megvalósításra (környezeti ártalmak megszüntetése, egészségvédelmi programok szervezése, intenzívebb és folyamatos szűrővizsgálatok, életmód- és szemléletváltás az egyén részéről, stb.). Mindezekre az államnak áldozni kell, hogy megvalósulhasson az „Egészséget 2000-re mindenkinek!” jelszó szellemében megkezdett program. A prevenció az egészségügyi rendszer gazdasági eredményei a helyreállított munkaerőn, megnövekedett gazdasági aktivitáson, elmaradt gyógyítási költségeken keresztül az ágazaton kívül hosszabb távon keletkeznek.⁽¹⁰⁾

4.2.1. A háziorvosi rendszer gyakorlati megvalósítása

A háziorvosi szolgálatok döntő többségükben az 1950-es években létrehozott és azóta is folyamatosan működött körzeti felnőtt és körzeti gyermekorvosi szolgálatra épültek fel. E szolgálatok háziorvosi és házi gyermekorvosi szolgálatokká nyilvánítása - önmagában - tartalmi változást nem eredményezett. Azonban nem lehetett figyelmen kívül hagyni a háziorvosi rendszer kialakításakor annak a több, mint 6000 orvosnak a munkáját, tapasztalatát, akik mindaddig nem kevés erőfeszítés árán biztosították az állampolgárok alapellátást. Így kaptak lehetőséget az üzemorvosok is a háziorvosi ellátásban való részvételre, ugyanis az üzemorvosi rendszer kialakításakor számos feladatot átvettek a körzeti orvosoktól.

A 5. sz. tábla adatait vizsgálva megállapítható, hogy 10 év alatt a háziorvosok száma 744 fővel, az 17,4 %-kal emelkedett. A házi gyermekorvosok száma 300 fővel, azaz 24,4 %-kal növekedett. Összességében megállapítható, hogy 1995. évben 6538 háziorvos, illetve házi gyermekorvos dolgozott, ami 1985. évhez képest 19 %-os létszámnövekedésnek felel meg.

Ha mindezt Tolna megyében vizsgáljuk, megállapíthatjuk, hogy a háziorvosok száma 1985-1995. között 25 fővel, 23,8 %-kal, a házi gyermekorvosok száma pedig 12 fővel, azaz 42,8 %-kal emelkedett, összegezve 37 fő, azaz 27,8 %-os növekedés volt.

A háziiorvosi szolgálatok által ellátott lakosság számát vizsgálva megfigyelhető, hogy az egy körzetre jutó lakosság szám 1992-1995-ig fokozatosan csökkent, ami 7 %-os csökkenést jelent az országos átlag tekintetében és 12 %-os csökkenést Tolna megyében.

Összehasonlítva az országos adatokat a Tolna megyei adatokkal, azt a következtetést lehet levonni, hogy mind az orvosok létszáma, mind az egy körzetre eső ellátandó lakosok száma tekintetében kedvezőbb helyzetben volt Tolna megye az országos átlaghoz képest, a vizsgált időszakban.

Körzeti/háziiorvosi betegellátás
1985-1995. között

Háziiorvosi ellátás	1985 (fő)	1990 (fő)	1991 (fő)	1992 (fő)	1993 (fő)	1994 (fő)	1995 (fő)
Házi orvosok száma	4267	4447	4593	4706	4906	5024	5011
Házi gyermekorvosok száma	1227	1417	1430	1460	1475	1490	1527
Összesen	5494	5864	6023	6166	6381	6514	6538
Ebből Tolna megyében:							
Házi orvosok száma	105	115	110	116	126	131	130
Házi gyermekorvosok száma	28	35	38	37	39	36	40
Összesen Tolna megyében	133	150	148	153	165	167	170
Egy házi orvosra, házi gyermekorvosra jutó lakosság szám	1922	1766	1699	1672	1611	1573	1562
Országos átlag							
Tolna megyei átlag	-	-	-	1641	1515	1497	1465

5. sz. tábla

Forrás: Tolna megye Statisztikai évkönyvei 1992, 1993, 1994, 1995.

4.2.1.1. Tulajdonviszonyok és privatizáció a háziiorvosi szolgálatban

A gazdasági átalakulás természetes következménye, hogy a vállalkozások számára is lehetővé vált a részvétel a háziiorvosi ellátásban. A piaci viszonyokra való áttérés a háziiorvosi szolgálatban nem azonosítható a privatizációval. Az egészségügyi ellátás állami, illetve önkormányzati feladat. Az önkormányzat ruházta át tartósan egy-egy alkalmas személyre vagy közösségre a háziiorvosi feladatok ellátásának jogát a vele járó kötelezettségekkel együtt (működtetési jog átadása - funkcionális privatizáció). Ez nem privatizációs ügylet.

Az orvos működhet magánorvosként, de privatizálni, tulajdont szerezni csak épületben és eszközökben lehet, a körzet, a praxis nem válhat magántulajdonná. A gyógyítás tárgyi feltételeinél már megjelenhet bármilyen tulajdonforma, itt beszélhetünk privatizációról. Mindez nem zárja ki a magántulajdonú rendelő építését, vagy az önkormányzati tulajdonú rendelő megvásárlását.

A kötelező biztosítási körbe tartozó ellátást nyújtó intézmények meghatározó jellemzője a nonprofit működés.

Természetesen a megfelelő személyi és tárgyi feltételek megléte esetén bárki nyithat rendelőt az illetékes tisztiorvos engedélyével, de ez nem kötelezi az Egészségbiztosítási Pénztárat arra, hogy vele szerződést kössön.

Fentieket alapul véve az orvos státusának lehetséges módjai: ⁽¹⁰⁾

- Önkormányzati alkalmazásban marad, közalkalmazottként.
- Vállalkozó típusú orvos, aki szerződést köt az önkormányzattal a tárgyi feltételek biztosítására, területi ellátási kötelezettséget vállalva finanszírozási szerződést köt az egészségbiztosítóval.
- Önálló vállalkozó orvos, aki a rendelő feltételeiről maga gondoskodik és finanszírozási szerződésben áll az egészségbiztosítóval, az önkormányzattól semmit sem kap, de ellátási kötelezettsége sincs.
- Szerződések nélküli, „szabadúszó” orvos - aki nem tekinthető háziornosnak.

Vállalkozó háziornosi szolgálatok száma
1993-1994. évben

Háziornosi szolgálat	1993.		1994.	
	száma (fő)	aránya (%)	száma (fő)	aránya (%)
Háziornos	4906	100	5024	100
Ebből: vállalkozó	1469	29,9	2133	42,5
Házi gyermekorvos	1475	100	1490	100
Ebből: vállalkozó	475	32,2	728	48,9
Összesen:	6381	100	6514	100
Ebből: vállalkozó	1944	30,4	2861	43,9

6. sz. tábla

Forrás: Népjóléti Statisztikai Évkönyv 1993, 1994.

A kezdeti tartózkodások után egyre nőtt a vállalkozóként szerződést kötő háziornosok száma.

Megállapíthatjuk, hogy a háziornosok közül egyre többen választották működési formájukként a vállalkozást. 1993-ban 4906 háziornos közül 3287 fő (70,1 %) dolgozott közalkalmazottként, ami még mindig jelentős létszám a

vállalkozóként tevékenykedő 1496 főhöz képest. A következő évben a szolgálatok számának mérsékelt emelkedése (118 fő, ami 2,4 %-os emelkedés) mellett a vállalkozások száma, illetve aránya jelentősen növekedett. 1994. évben az előző évhez képest 44,2 %-kal nőtt a vállalkozó házi orvosok száma, így 2891 főre csökkent a közalkalmazott és 2133 főre nőtt a vállalkozó házi orvosok létszáma.

A házi gyermekorvosi szolgálatban a változás erőteljesebb, míg 1993. évben 1475 főből 32,2 % (475 fő) dolgozik vállalkozóként, 1994. évben 1490 főből 48,9 % (728 fő) vállalkozó, ez 53,2 %-os növekedésnek felel meg.

A házi gyermekorvosi szolgálatok száma 1993-1994. év között 15 fővel (1,0 %) nőtt, ami igen csekélynek tekinthető.

A házi orvosi és házi gyermekorvosi szolgálatokat együttvéve 1993. évben 94,5 %-uk, 1994. évben 91,8 %-uk vállalt területi ellátási kötelezettséget.

Házi orvosi szolgálatok jellemző adatai
Tolna megyében 1994-1996. évben

Házi orvosi szolgálat		1994 (fő)	1995 (fő)	1996 (fő)
Házi orvos összesen		172	170	170
Ellátási kötelezettség szerint	területi ellátási kötelezettségű	160	159	159
	területi ellátási kötelezettség nélküli	12	11	11
Működtetők szerint	önkormányzati	84	68	53
	intézményi	36	18	6
	vállalkozás	52	84	111
Szolgálatok típusa szerint	gyermek	41	40	40
	felőtt	87	86	87
	vegyes	44	44	43

7. sz. tábla

Forrás: Tolna Megyei Egészségbiztosítási Pénztár Évkönyve 1994, 1995, 1996.

Tolna megyében 1994. évben 120 fő (69,8 %) házi orvos volt közalkalmazott és csak 52 fő (30,2 %) tevékenykedett magánvállalkozóként. Összehasonlítva az országos hasonló időszakos átlaggal (43,9 %) megállapítható, hogy a funkcionális privatizáció lassabban indult el, mint az ország más területein.

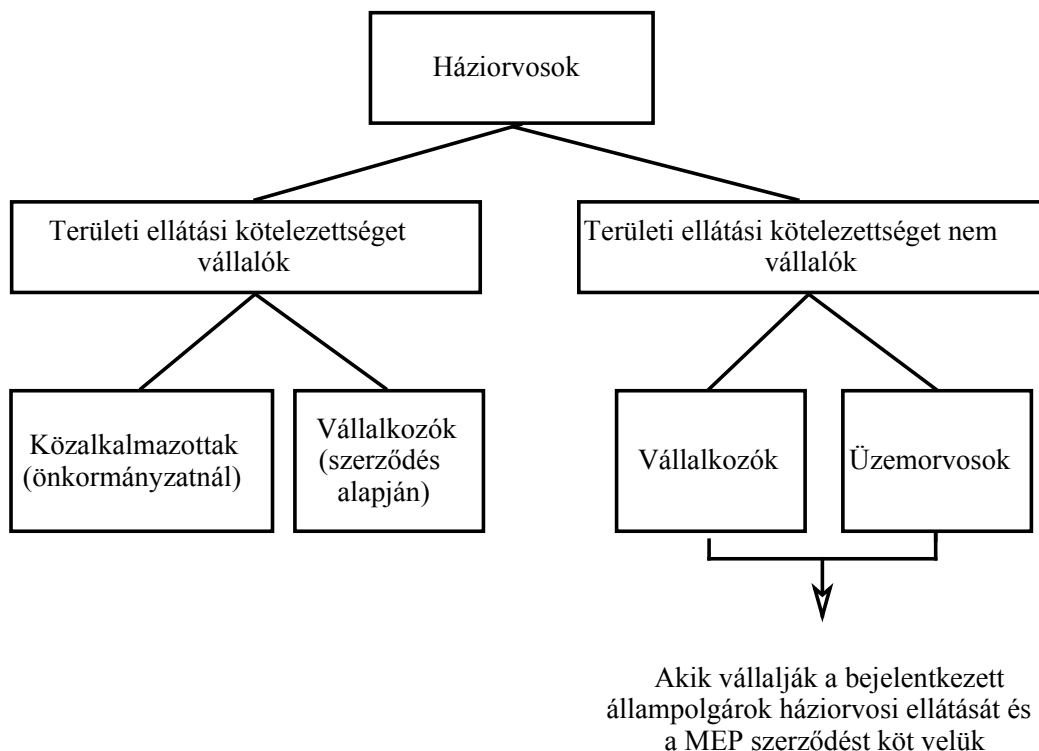
A következő két évben viszont erőteljesen emelkedett a vállalkozásban működtetett háziiorvosi szolgálatok száma, 1995. évben a háziiorvosok 49,4 %-a, míg 1996. évben már 65,3 %-a dolgozott vállalkozóként, így 1994. évhez viszonyítva 59 fővel, azaz 113,5 %-kal nőtt a vállalkozó háziiorvosok létszáma 1996. év végére.

Megállapítható, hogy a háziiorvosok jelentős része, 93-94 %-a vállalt területi ellátási kötelezettséget minden évben, ez az arány megegyezik az országos átlaggal.

Ha összehasonlítjuk a háziiorvosi és házi gyermekorvosi szolgálatok arányát, megállapítható, hogy az összes háziiorvosi szolgálaton belül a vizsgált időszakban mind országos viszonylatban, mind pedig Tolna megyében 22-23 %-ot képviselnek.

4.2.1.2. Területi ellátási kötelezettség

HÁZIORVOSOK CSOPORTOSÍTÁSA ELLÁTÁSI KÖTELEZETTSÉG SZERINT



6. sz. ábra

A települési önkormányzatot a területén élő lakosság tekintetében az egészségügyi ellátás biztosítása kötelezettség terheli. Ez a kötelezettség a háziorvosi szolgálat vonatkozásában biztosíték arra, hogy egyetlen állampolgár sem marad ellátatlanul. A háziorvos a körzetében lakó valamennyi állampolgár bejelentkezését köteles fogadni (kivéve olyan súlyos eseteket, okokat, amelyek veszélyeztetnék az orvos-beteg kapcsolatot). Köteles továbbá ellátni a hozzá be nem jelentkezett, de területén tartózkodó betegeket, ha azok választott háziorvosukat nem tudják felkeresni.

Helyi önkormányzat egészségügyi vállalkozással (egyéni vagy társas) kötött szerződés alapján az egészségügyi alapellátás köréből a háziorvosi feladatok ellátását átadhatja a területi ellátási kötelezettséget vállaló háziorvos részére.⁽²⁷⁾

4.2.1.3. A háziorvos feladatai

A háziorvosi szolgálat elsődleges, személyes és folyamatos ellátást nyújt az egészségügyi állapot megőrzése, a betegségek megelőzése és gyógyítása céljából. A házi gyermekorvos ezen ellátást a 14. életévüket be nem töltött személyek számára biztosítja, (továbbiakban együtt: háziorvos).⁽³⁰⁾

A háziorvos ezen kötelezettsége körében az egészséges lakosság részére tanácsadást nyújt és szűrést végez; a betegeket megvizsgálja, gyógykezeli, szükség esetén szakorvosi, vagy fekvőbeteg-gyógyintézetbe utalja; részt vesz az egészségügyi nevelésben, felvilágosításban; ellát közegészségügyi- és járványügyi feladatokat.

4.2.1.4. Betegbiztosítási Igazolvány - Társadalombiztosítási Igazolvány

A társadalombiztosítás egészségügyi szolgáltatásának igénybevételére jogosító igazolványok 1992. évben kerültek kiadásra a biztosítottak részére. 1995. évben felváltotta a társadalombiztosítási azonosító jelet is tartalmazó Társadalombiztosítási Igazolvány azzal, hogy a kiadott Hatósági bizonyítvánnyal érvényes Betegbiztosítási Igazolvány is változatlanul jogosít az egészségügyi szolgáltatások igénybevételére (továbbiakban: Igazolvány).

Az Igazolvány rendeltetése:

- egészségügyi szolgáltatás igénybevételére jogosít,
- háziorvos választás eszköze,
- eszköze továbbá a háziorvosi szolgálatok és az Egészségbiztosítási Pénztár közötti elszámolásnak.⁽²⁴⁾

4.2.1.5. Háziorvosi szolgálat működtetője

A háziorvosi ellátás finanszírozása a háziorvosi szolgálat működtetője és az Egészségbiztosítási Alap kezelője között létrejött szerződés alapján történik. A közvetlen szerződéskötési jogot a Megyei Egészségbiztosítási Pénztárak (MEP) gyakorolják, jogszabályi felhatalmazás alapján.⁽²⁷⁾

Háziorvosi szolgálat működtetője lehet:

- települési önkormányzat, vagy önkormányzati társulás, ha a háziiorvosi szolgálatot saját intézménye látja el,
- háziiorvosi szolgálatot működtető intézmény, ha az önkormányzat nyilatkozik, hogy az intézmény közvetlen társadalombiztosítási finanszírozásához hozzájárul,
- háziiorvosi magánygyakorlatot folytató orvos, illetve egészségügyi vállalkozás, ha az önkormányzattal szerződést kötött háziiorvosi feladatainak átvállalására és az önkormányzat hozzájárul az egészségügyi vállalkozó közvetlen finanszírozásához,
- háziiorvosi magánygyakorlatot folytató orvos, illetve egészségügyi vállalkozás, ha területi ellátási kötelezettség nélküli működésre a MEP-pel szerződést kötött.

4.2.2. A háziiorvosi ellátás finanszírozásának fő elemei

Az alapellátás finanszírozási rendszere technikailag a biztosítási igazolványok ellenőrző szelvényeinek leadásával, illetve a Társadalombiztosítási Igazolvány bemutatásával (a TAJ szám háziiorvos általi nyilvántartásba vételével) a szabad orvosválasztáshoz kötött. A finanszírozás fő elemévé a bejelentkezettek számától és életkorától, valamint az ellátó orvos szakképzettségétől függő teljesítménydíj lett, melyet különböző korrekciós tényezők egészítenek ki. A finanszírozás elemei a rendszer működésének öt éve alatt változtak.

Az induláskor - 1992. II. féléve - szerződésben, szolgálatonként meghatározásra került a finanszírozásukra jutó tb. támogatási előirányzat, amely leegyszerűsítve, az 1991. évi körzeti orvosi báziselőirányzat automatizmusokkal megemelt összege, amely a működési költségek fedezetére szolgált. Havonta előre utalták ki a működtető részére. Ezt egészítette ki a bejelentkezett biztosítottak számától és életkorától függő „kártyapénz”.⁽²³⁾

A teljesítményelvű finanszírozásra való áttérésnél a legnagyobb gondot a báziselőirányzat okozta, mert torzította a rendszer működését, hiszen nem feladathoz kötötteen került meghatározásra.

A szolgálatok bevételeiben a báziselőirányzat játszotta a meghatározó szerepet a teljesítményfinanszírozással szemben.

A háziiorvosi szolgálatok finanszírozási rendszerének továbbfejlesztésére 1993. II. félévétől került sor.

A báziselőirányzat helyébe egy, az adott körzethez tartozó lakosságszámtól és a rendelő adottságaitól függő fix összegű, normatív előirányzat került.

A finanszírozás fő eleme a teljesítménydíjazás lett azáltal, hogy a háziiorvosi szolgálatokra fordítható országos keret nagyobb része ezen a jogcímen kerül kifizetésre.⁽²³⁾

Módosultak az ellátandó lakosság korösszetételét jelző súlyszámok és korcsoportsávok.

A teljesítménydíjazás részévé lett az orvos szakképzettségét kifejező szorzó.

A finanszírozás új eleme az ún. degresszió is, ami jelenti, hogy meghatározott ellátotti kör felett az egy főre jutó díjazás csökken.

Új elem továbbá a standard fejkvóta helyett a lebetegtetett fejkvóta alkalmazása.

Mondható, hogy ma is alkalmazott teljesítménydíjas finanszírozási rendszer elemei lényegében 1993. szeptembere óta működnek, részleteiben több-kevesebb módosulással.

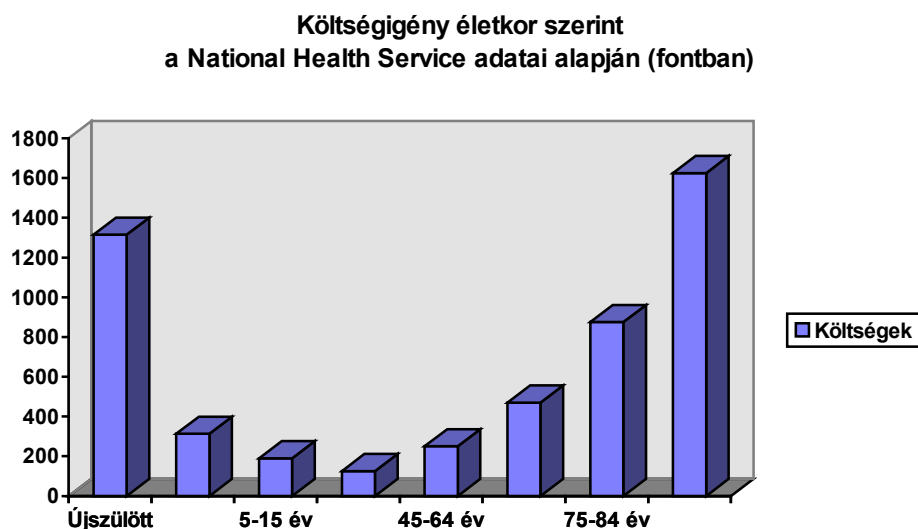
1997. évben került bevezetésre a gondozási szorzó, amely a Népjóléti Minisztérium által meghirdetett szakmai gondozási programokban való háziorvosi részvételt honorálja, normatív módon.

Sorra véve az egyes elemeket:

4.2.2.1. Pontszám

A díjfizetés alapjául szolgáló pontszámot a tárgyhoz utolsó napjáig bejelentkezett, illetve kijelentkezett biztosítottak Társadalombiztosítási Azonosító Jele alapján készített összesítőben szereplő létszám alapján meghatározott korcsoportonkénti pontszám összegének a degressziós tényezővel korrigált értéke, valamint a szakképzettségi és a gondozási szorzó szorzataként kell megállapítani.⁽²⁸⁾

4.2.2.2. Korösszetételt jelző súlyszámok, korcsoportsávok

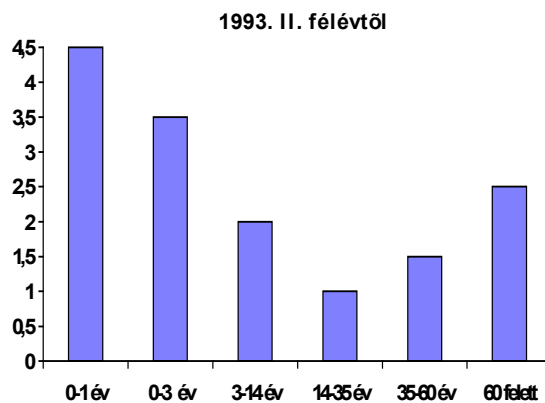
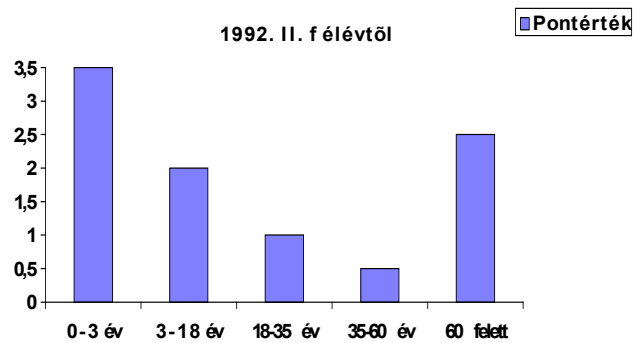


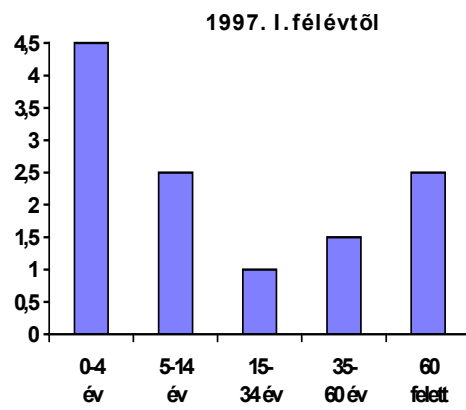
7. sz. ábra

Forrás : Kincses Gyula : Drága egészségünk
Praxis Server Kft. Bp. 1994.

A különböző életkorokban történő orvoshoz fordulás gyakoriságát fejezi ki az egyes korcsoportokhoz rendelt pontszám. Kincses Gyula vizsgálataival kimutatta, hogy a betegek háziorvoshoz fordulása a csecsemő- és időskorban a leggyakoribb. Az alkalmazandó korcsoportos súlyszámok meghatározása során külföldi vizsgálatok adatait is figyelembe vették. Az angol felmérések eredményét mutatja be a 7. sz. ábra. Az egyes életkorokhoz rendelt pontszámok (súlyszámok) a tevékenységigénynek megfelelően díjazzák az orvost. A következő ábra szemlélteti, hogy hogyan változott az elmúlt öt évben a korcsoportképzés és a hozzárendelt pontszámérték.

Tevékenységigény az életkor függvényében





8.sz.ábra

4.2.2.3. Fejkvóta

Az egyes pontra jutó díjat nevezzük fejkvótának.⁽¹⁸⁾

A teljesítménydíjazás összegének meghatározásában a „lebegtetett” fejkvóta kerül alkalmazásra, ami mindig a rendelkezésre álló keretösszeghez igazodik. A háziiorvosi ellátásra elkülönített előirányzat e célra felhasználható összege és az országos szinten összesített pontszám hányadosa adja a fejkvóta értékét. Az egy pontra jutó díj minimum összege jogszabályban meghatározott volt, ha az előbbieket szerint kiszámított, 1 pontra jutó érték nem érte el a jogszabályban meghatározott minimum összeget, akkor azt kellett alkalmazni. 1997. májusától a finanszírozásra vonatkozó jogszabály nem tartalmaz minimum pontértéket.⁽²⁹⁾

4.2.2.4. Degressziós tényező

Szerepe egyrészt, hogy a szabad orvosválasztás mellett limitálja a bejelentkező biztosítottak számát, másrészt a jövedelmek kiegyenlítése és a túlzott mértékű körzetek kialakításának megakadályozása. A háziiorvos magas színvonalú ellátást, tényleges gondozást a bejelentkezés túlvállalása esetén már nem tud végezni, a szabad orvosválasztás azonban lehetővé teszi, hogy erején felüli mértékben fogadja el a biztosítottak bejelentkezését. Ezt a veszélyt igyekszik korrigálni a degressziós tényező, amely az ideálisnak ítélt létszám felett egyre csökkenő mértékben ismeri el a bejelentkezetteket, azaz csökken a fejkvótapénz. Az ideálisnak tartott létszámot a bejelentkezettek életkora is meghatározza, mert ennek függvénye a tevékenység mennyisége. Ezért a degressziómentesség korcsoportos pontszámértékhez kötött.

A háziiorvosi rendszer bevezetése óta folyamatos törekvés az egy háziiorvos által ellátott optimális lakosság szám kialakítása a szükséges tevékenység függvényében. Ezért folyamatosan csökken a degressziómentesen díjazott pontszám.

Degressziószámítás módja

1992. évben	nem alkalmazzák
1993. évtől	2800 pont felett
1995. évtől	2600 pont felett
1997. évtől	2400 pont felett

Degresszió alkalmazása a következő képlet szerint történik:

$$d = \sqrt{2400xn}$$

ahol:

d = degresszióval korrigált pontszám

n = TAJ-számmal nyilvántartásba vett biztosítottak korcsoportonkénti pont-

szám összege

Praxisközösség esetén:

A depresszió a házi orvosok száma x 2400 pontszám felett kezdődik.

$$d = \sqrt{\text{házi orvosok száma} \times 2400 \times n}$$

ahol:

d = depresszióval korrigált pontszám

n = az adott praxisközösség orvosaihoz bejelentkezett TAJ-számmal nyilvántartásba vett biztosítottak korcsoportonkénti pontszám összege. ⁽²⁸⁾

A depressziós korrekció alkalmazása alól mentesítést kap az a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező házi orvosi szolgálat, amelynek a területi ellátásra kijelölt körzete önálló kistélepülés vagy település csoport és nincsenek meg az új körzet kialakításának személyi, tárgyi vagy földrajzi adottságokból adódó feltételei. A depresszió alóli mentesség területi ellátásra kijelölt 2400 (gyermek körzet esetén 1100) főig terjedő lakosság számra szól, amennyiben a lakosság szám ezt meghaladja, az ezen felül bejelentkezettek vonatkozásában kell a depressziót alkalmazni. Ez azt jelenti, hogy évente egy alkalommal a MEP kötelezettégre kiszámítani a 2400 (gyermek körzet esetében 1100) főre figyelembe vehető pontértéket, a depressziót e felett kell alkalmazni. ⁽²⁹⁾

4.2.2.5. Szakképesítési szorzó

A feladat ellátásának szakmai színvonala és a szakképzettség között feltételezhető összefüggés miatt honorálja a több, a magasabb szakképzettséget. A szolgálatot folyamatosan ellátó orvos szakképzettsége és gyakorlati ideje alapján kell megállapítani értékét. ⁽²⁹⁾

4.2.2.6. Gondozási szorzó

1997. évtől kezdődően kerül alkalmazásra, amennyiben a házi orvosi szolgálat orvosa vállalkozik a meghirdetett szakmai gondozási program teljesítésére. Mértéke gondozási programonként 1,04. Egy házi orvos legfeljebb három program teljesítésére vállalkozhat. ⁽¹⁵⁾

4.2.2.7. Fix díjak

A praxisok a rendelő fenntartásához fix összegű támogatást kapnak, melyre csak a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező házi orvosok működtetője jogosult. A házi orvosi ellátás finanszírozási rendszerében jelenleg alkalmazott pótlékok a következők: ⁽²⁷⁾

- a működtető a házi orvosi szolgálat által ellátott feladatok, a körzet lakosság száma és a rendelő adottsága alapján fix összegű díjra jogosul havonta,

- háziorvosi szolgálat által nyújtott kiegészítő szolgáltatásokért fizetett térítés,
 - területi kiegészítő díj, a körzet földrajzi adottságainak figyelembevételével,
- #### 4.2.2.8. Eseti ellátás díja

Ha a háziorvos olyan biztosítottat lát el, aki nem hozzá jelentkezett be, vagy sürgős szükség esetén olyan külföldi állampolgárt lát el, aki nemzetközi egyezmény alapján erre jogosult és a háziorvos az ellátásért díjazásban nem részesült, összege: az eseti ellátás díjazására rendelkezésre álló negyedéves összeg és az országosan negyedéves szinten összesített esetek számának hányadosa, ha nem haladja meg a 250,- Ft-ot, ha meghaladná, akkor 250,- Ft/eset.

Összefoglalva: a háziorvosi ellátás finanszírozása korcsoportos fejkvóták megállapításával, a szakképesítés, szakmai gondozásban való részvétel, a területi viszonyok, s a területi ellátási kötelezettség figyelembevételével olyan relatív rendszerben történik, amely az ellátás szakmai színvonalát veszélyeztető mértékű teljesítményre irányuló érdekeltséget degressziós szorzók útján csökkenti.⁽²⁵⁾

4.2.3. A finanszírozás szabályozottsága

A természetbeni egészségbiztosítási szolgáltatások finanszírozásának általános szabályai az 1995. évi LXXIII. tv. állapítja meg. A részletes szabályokról az egészségügy társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló - többször módosított - 103/1995.(VIII.25.) Korm. rendelet rendelkezik.

A szabályozás értelmében az egészségügyi intézmények fenntartói (működtetői) kötelesek biztosítani a szolgáltatás nyújtásához szükséges tárgyi és személyi feltételeket, az intézmény működőképességét, a lakosság ellátását.⁽²⁶⁾

A háziorvosi szolgálat működtetője köteles a szolgálat működtetésére az E. Alapból kapott összeget más pénzeszközektől elkülönítetten kezelni és azt csak a szolgálat céljaira használhatja fel. Ezt az összeget nem használhatja fel a háziorvosi szolgálat működtetésével kapcsolatos igazgatási kiadásai fedezetére. Az E. Alapból folyósított összeg felhasználásáról a szolgálat működtetője dönt.

Az Egészségbiztosítási Pénztár a költségvetési törvény rendelkezései szerint az egészségügy működési költségeit téríti az E. Alap terhére, tehát az általa megrendelt szolgáltatást finanszírozza a szerződésben foglaltak szerint. A rendelő létesítésének (nagyjavítások, beruházások, stb.) költsége a tulajdonos/fenntartót terheli. A területi ellátási kötelezettséget vállaló háziorvosok részére az önkormányzat térítésmentesen biztosítja a rendelőt, felszerelési tárgyival együtt és évente támogatja saját költségvetése terhére.

A területi ellátási kötelezettség nélkül működő házi orvos ezt a feladatot maga oldja meg.

A házi orvosok finanszírozásáról rendelkező jogszabály a Megyei Egészségbiztosítási Pénztárak kötelezettségévé teszi az E. Alapból általuk kiutalt összegek felhasználásának ellenőrzését.⁽²⁷⁾

5. ELLENTMONDÁSOK A HÁZIORVOSI RENDSZER FINANSZÍROZÁSÁBAN

A házi orvos ellátásban elméletileg a normatív teljesítményelvű finanszírozás érvényesül. Kérdés, hogyan sikerült ennek a gyakorlati megvalósítása. Valójában nincs meghatározva szakmai protokollokban a házi orvos tevékenysége, hogy meddig terjed ellátási kötelezettsége, amihez a finanszírozás kapcsolódik. Mi az a terápia, ami helyben a házi orvos rendelésben alkalmazandó és mikor kell a kezelést már szakorvosnál tovább folytatni. Megfogalmazódik ezért a kérdés, hogy valójában a házi orvos teljesítményének finanszírozása történik-e, vagy a bejelentkezettek számát és korösszetételét figyelembevevő tevékenységigény.

Álláspontom szerint addig, amíg egzakt módon nem kerül meghatározásra, hogy milyen feladatok elvégzését várják a házi orvostól a jogszabályban meghatározott díjért, nem lehet teljesértékű teljesítményfinanszírozásról beszélni.

A jelenlegi finanszírozási rendszer bizonyos mértékben pazarlónak mondható, mert ha a házi orvos nem végzi el bármely okból a tőle elvárt gyógykezelést, hanem továbbküldi betegét szakrendelésre, vagy kórházba, duplán történik ugyanazon betegség kezelésének finanszírozása (egyszer az alapellátásban, egyszer pedig a szakellátásban). Ma teljesen a házi orvos lelkiismeretén múlik, hogy a finanszírozott egészségügyi ellátást nyújtja-e a lakosságnak, vagy annál jóval szűkebb körűt, mert mindkét esetben ugyanazt a díjat kapja munkájáért. A házi orvos nem érdekelt a preventív, teljeskörű, definitív ellátás megvalósításában.

A reform igazán nem abba az irányba hatott, ahogyan azt tervezték. Az új házi orvos szolgáltatás és a hozzá kapcsolódó feladatrendszer bevezetésével csökkennie kellett volna a szakellátást igénybevevők számának, illetve arányának, de ez nem történt meg. A finanszírozásnak a házi orvost jobb minőségű és mennyiségű munkára kellene ösztönöznie, ehelyett arra ösztönzi, hogy több „kártyát” gyűjtsön össze.

Vannak esetek, amikor a beteg nem a házi orvos rendelésén, hanem a házi orvos magánrendelésén kapja meg a megfelelő ellátást, természetesen a beteg külön térítése mellett. Hiányzik a betegek felvilágosítása arról, hogy milyen mértékű ellátásra jogosultak a házi orvoslás keretében. Ezen segíthet a Betegjogi Iroda tevékenysége. Ezért felmerül a kérdés, hogy azoknak a területi ellátási kötelezettséget is vállaló házi orvosoknak, akiknek az elszámolásnál degressziós

korrekciót kell alkalmazni, vagy annak alkalmazása alól felmentést kaptak, szabad-e megengedni a háziiorvosi ellátáson túli magánrendelést. Ha megengedhető, akkor kérdés, hogyan van kapacitása a háziiorvosnak a magánrendelésre, a háziiorvosi tevékenysége rovására? Egyenes következménye ennek a háziiorvosi tevékenység túlfínanszírozása, mert nincs mögötte az elvárt teljesítmény, hiszen éppen az optimális betegszám, illetve ellátandó lakosságszám kialakítását célozza a degressziós szorzó.

A csoport-praxisok kialakításával egyes szakorvosi feladatok végzése kerül a háziiorvosi rendelőbe a járóbeteg-szakellátástól.

Kérdés, hogy tud-e olyan tárgyi feltételeket biztosítani a szakellátásra is jogosult háziiorvos, hogy teljeskörűen ellássa a beteg szakorvosi kezelését. A finanszírozás itt eseti jellegű lehet. Ha a háziiorvos nem nyújt teljeskörű szakellátást, a beteget kénytelen lesz szakrendelésre küldeni, így annak a veszélye áll fenn, hogy ugyanazon betegség kezelése kétszeresen kerül majd elszámolásra, ami jelentős költségemelkedéssel fog járni országos méretekben.

Továbbra is meghatározó jelentőségű a paraszolvencia a háziiorvosi kezelések területén is, ami nemkívánatos egyéni érdekeltséget alakít ki az ellátások minőségében, illetve mennyiségében a háziiorvosok körében.

A paraszolvenciának hiánygazdaságban van jelentős szerepe, csak keresleti piac esetében marad fenn. Amennyiben ezt az egészségügyi ellátásra kívánjuk értelmezni, hiánynak tekinthetjük a kapacitást, a gyorsabb és jobb ellátást, emberibb bánásmódot. Az orvos - a paraszolvencia élvezője - a keresleti piac fenntartásában, újratermelésében érdekelt.

A reform egyik kulcskérdése, hogy a két ellentétes piaci hatás közül melyik lesz az erősebb:

- a normatív finanszírozás hiánycsökkentő, vagy
- a paraszolvencia hiánynövelő hatása.

Mindez aláhúzza az egyéni érdekeltség megteremtésének szükségességét az egészségügyi ellátásban is, mert enélkül az irányított piac pozitív hatását kioltja a paraszolvencia ellentétes hatása.⁽¹⁰⁾

Sorolhatnánk tovább is a meglévő ellentmondásokat, de igyekeztem az általam lényegesebbnek ítélteteket összefoglalni.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az egészségügyi rendszer és ezen belül a háziiorvosi szolgálat és a hozzá kapcsolódó finanszírozási rendszer tervezett reformjának mondhatni félidejénél járunk, mint ahogyan már érzékeltettem is, a gazdasági körülmények sem a legkedvezőbbek a reform teljeskörű végrehajtására.

A háziiorvosi ellátás területén is tovább kell lépni, ki kell alakítani a valóban teljesítményelvű, prevencióra ösztönző finanszírozási rendszert, de ennek alapja a minőség- és hatékonyság vizsgálati rendszer megteremtése. Érdekeltté kell tenni a háziorvost abban, hogy teljeskörű és definitív ellátást biztosítson a lakosság számára. A háziorvos az egészségügyi ellátásban töltsön be egy koordináló, összefogó szerepet az alapellátás és szakellátás (járó- és fekvőbeteg ellátás) között, ismerje az általa gondozott személy életkörülményeit, problémáit.

Amennyiben egzaktul meghatározásra kerül a háziiorvosi ellátás feladatrendszere, lehetőség nyílik a finanszírozás ellenőrzési rendszerének kiépítésére és hatékony működésének biztosítására. Az ellenőrzést végző szervezeteknek biztosítani kell a szankcionálás jogát - a jelenleginél erőteljesebb mértékben - ahhoz, hogy az Egészségbiztosítási Alapból az egészségügyi ellátás biztosítására kifizetett összegek ott, és arra a célra kerüljenek felhasználásra, ahogyan azt a törvényi rendelkezések meghatározzák.

IRODALOM

1. Ajkay Zoltán : Öt tanulmány az egészségbiztosítási reformról
OEP. TB. műhely 1994/8. sz.
2. Ajkay Zoltán - Kullmann Lajos : A magyar kórházügy
Sziget Kft. Bp. 1995.
3. Antall József : Új társadalombiztosítási rendszerre van szükség
A II. Országos társadalombiztosítási konferencia rövidített jegyzőkönyve
OTF. TB. műhely 1991.
4. Czegle Tibor : Biztosítási alapismeretek
Kézikönyv PSZF. 1996.
5. Fejes László : 1994. tanulsága : működőképes a teljesítményelvű
egészségügyi rendszer
OEP. TB. műhely 1991.
6. Fekete Sándor : A társadalombiztosítás gazdálkodása
OTF. TB. műhely 1991/2. sz.
7. Hargitai Sándor : Az egészségbiztosítás hazai rendszerének létrehozásáról
OTF. Bp. 1991.
8. Kiss Ferenc : 100 éves a betegbiztosítás esetére kötelező biztosítás
OTF. Bp. 1991.
9. Kiss Ferenc : Az Egészségbiztosítási Alap 1997. évi költségvetése
Társadalombiztosítás mindenkinek V. évf. 1997. március
10. Kincses Gyula : Drága egészségünk: Az egészségügy gazdasági összefüggései
Praxis-Server Kft. Bp. 1996.

11. Kincses Gyula : Egészségpolitikai ábragyűjtemény
Praxis-Server Kft. Bp. 1996.
12. Molnár Zoltán : A társadalombiztosítás szabályozása
OTF. TB. műhely 1991.
13. Nagy Júlia - Bordás István : Gazdasági és szakmai tervezési, elemzési
lehetőségek
N. M. Gyógyinfok Kézikönyv 1993.
14. Nógrádi Tóth Erzsébet : Beszélgetés Szabó György népjóléti miniszterrel
Népszabadság napilap 1996. 05. 26.
15. Nógrádi Tóth Erzsébet : Cser Ágnes párbeszédre hívja a biztosítottakat
(interjú) - Az egészségbiztosító egészséges emberekre vágyik.
Társadalombiztosítás mindenkinek V. évf. 1997. március
16. Tenner Györgyné - Molnár Zoltán : Társadalombiztosítási körkép
OTF. TB. műhely 1991.
17. Sugár Katalin : Egészségügy, társadalombiztosítás, szociálpolitika
Jegyzet Bp. 1994.
18. A gyógyító megelőző ellátások finanszírozása (OEP munkatársai)
OEP. TB. műhely 1995/11.
19. Az egészségbiztosítás pénzügyi alapjai (OEP munkatársai)
OEP. TB. műhely 1995/11.
20. Az egészségbiztosítás pénzügyi alapjai
Egészségbiztosítási évkönyv 1995. (OEP munkatársai)
OEP. TB. műhely 1996/13.
21. Az Egészségbiztosítási Önkormányzat egészségbiztosítási stratégiája
EBÖ. Közgyűlés anyaga 1994. 09. hó
22. A társadalombiztosítási reform koncepciója (OTF. munkatársai)
OTF. Bp. 1991.
23. A társadalombiztosítás pénzügyi alapjai - gyógyító megelőző ellátások
finan-
szírozásában 1993. július 1-től bevezetett reform főbb tapasztalatai.
Társadalombiztosítási évkönyv 1993.
OEP. TB. műhely 1994.
24. Tények és adatok a társadalombiztosításról 1992-ben.
Társadalombiztosítási évkönyv 1992.
OEP-ONYF. TB. műhely 1993/6.
25. 1995. évi LXXIII. tv. a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak 1995. évi
költségvetéséről és a természetbeni egészségbiztosítási szolgáltatások
finanszírozásának általános szabályairól
26. 1996. évi LXIII. tv. az egészségügyi ellátási kötelezettségről és a területi
finanszírozási normatívákról
27. 103/1995. (VIII. 25.) Korm. rendelet az egészségügy társadalombiztosítási
finanszírozásának egyes kérdéseiről

Ezt módosító :

28. 238/1996. (XII.26.) Korm. rendelet és
29. 72/1997. (IV.29.) Korm. rendelet
30. 6/1992. (III.31.) NM. rendelet a háziiorvosi és házi gyermekorvosi szolgálaról