
FÁSKERTY ÉVA KATALIN

ÁLLAMI ÉS ÖNKORMÁNYZATI KÖTELEZETTSÉGEK A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER KAPCSÁN¹

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

Ottawai Egészségügyi Charta, 1986. november.

1. BEVEZETÉS

Valóban az állam „szívügye” az egészségügy? A kórházak és más egészségügyi szolgáltatók manapság nem így gondolják. Nehezen dolgozzák fel azokat a tényeket, hogy rengeteg kórház bezárásra kerül, végtelen hosszúak a várólisták és az egészségügyben felhalmozódott hiányt is csak részben és csupán feltételekkel rendezi az állam. Mégis, mik az Alkotmányban lefektetett kötelezettségek? A Magyar Köztársaság elismeri és érvényesíti mindenki jogát az egészséges környezethez.² A Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez. Ezt a jogot a Magyar Köztársaság a munkavédelem, az egészségügyi intézmények és az orvosi ellátás megszervezésével, a rendszeres testedzés biztosításával, valamint az épített és a természetes környezet védelmével valósítja meg.³ Végül: A Kormány meghatározza a szociális és egészségügyi ellátás állami rendszerét, és gondoskodik az ellátás anyagi fedezetéről.⁴

A kórházaknak az Egészségbiztosítási Alapból egy szigorú, előre meghatározott kvóta szerint kell az ellátásokat megszervezniük, amit az Országos Egészségbiztosítási Pénztár folyósít a különböző feltételeknek, de főként a teljesítménynek megfelelően. A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 4. §-ának értelmében az állam a törvényben meghatározott ellátások teljesítését akkor is biztosítja, ha az ahhoz szükséges kiadások az Egészségbiztosítási Alapból nem fedezhetők.

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

2. AZ ÁLLAMI KÖTELEZETTSÉGVÁLLALÁS ALAPJAI

Az egészségügyi szolgáltatások biztosítása és a kórházak finanszírozása kérdéskörének vizsgálatát érdemes egy tágabb nézőpontból kezdeni, a könnyebb érthetőség és a megalapozottság érdekében. Ahogy a bevezetőben is említettem a Magyar Köztársaság Alkotmánya kimondja, hogy az ország területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb testi és lelki egészséghez és ez témánk szempontjából az egészségügyi intézmények és az orvosi ellátás megszervezésével érhető el.⁵

A legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jogosultságként meghatározott alkotmányi követelmény az államnak azt az alkotmányos kötelezettségét jelenti többek között, hogy a nemzetgazdaság teherbíró képességéhez mérten olyan gazdasági és jogi környezetet teremtsen, amely a legkedvezőbb feltételeket biztosítja a polgárok egészséges életmódjához, életviteléhez és a megfelelő egészségügyi intézmények létesítéséhez.⁶ Az állami felelősség olyan módon áll fenn, hogy a lakosság egészségügyi állapotáért és az ehhez elengedhetetlen feltételek biztosításáért az állam felelős és ez magába rejti mind a lakosság egészségi állapotának megőrzését, illetve betegség esetén egészségének lehető legrövidebb időn belül újbóli megszilárdítását. Fontos kérdés, hogy a szóban forgó alkotmányos követelményből milyen tényleges, konkrét kötelezettségek

¹ A tanulmány alapját a XXX. Jubileumi OTDK Állam- és Jogtudományi Szekciójában különdíjjal jutalmazott dolgozat adta. A kézirat lezárásra került: 2011. november 1-én.

² 1949. évi XX. törvény a Magyar Köztársaság Alkotmánya, 18. § (továbbiakban: Alkotmány).

³ Alkotmány 70/D. § (1) és (2) bekezdések.

⁴ Alkotmány 35. §.

⁵ Alkotmány 70/D. § (1) és (2) bekezdések.

⁶ 56/1995. (IX.15.) AB határozat (Indokolás III./ 3.).

hárulnak az államra és ezekből melyek és hogyan valósulnak meg a gyakorlatban, mit jelent az orvosi ellátás megszervezése és mely kötelezettségek kapcsolódnak az egészségügyi intézmények fenntartásához, röviden az egészségügyi ellátás biztosításának a kötelezettségéhez.⁷

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

2.1. Országgyűlés:

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

2.2. Kormány:

A Kormány az egészségügy szervezése és irányítása körében számos vonatkozásban tölt be kiemelkedő szerepet (meghatározza az egészségpolitika elveit, irányítja és összehangolja az egészségügyi államigazgatási feladatok végrehajtását, törvényességi felügyeletet gyakorol az egészségbiztosítási szervek tevékenysége felett stb.). A Kormány szervezéssel és irányítással kapcsolatos feladatainak ellátását és egészségpolitikai munkáját a Nemzeti Egészségügyi Tanács segíti, amely kezdeményező, javaslattevő, véleményező és tanácsadó szervként funkcionál.⁸

2.3. Miniszter:

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

2.4. Regionális Egészségügyi Tanács:

A RET az egészségügyi régióban a regionális egészségpolitika kialakításában közreműködő szervezet. Feladatainak ellátása során az egészségbiztosítási szervek, az egészségügyi államigazgatási szervek és a gyógyintézetek, a RET számára kötelesek a megfelelő információkat átadni, személyazonosításra nem alkalmas módon.⁹ Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló törvény végrehajtása során a Regionális Fejlesztési Tanáccsal együttműködve figyelemmel kíséri a Nemzeti Fejlesztési terv Operatív Programjának régió szintű megvalósítását és véleményezi a Regionális Fejlesztési Tanács által eszközölt fejlesztéseket. Ellenőrzi az érvényes finanszírozási és ártámogatási szerződések teljesítését és nyilvántartását, az egészségügyi szolgáltatók működésének, tárgyi és személyi feltételeinek a meglétét, a teljesítményjelentések szakmai és pénzügyi háttérét. Az ellenőrzés eredményétől függően akár szankcionálhat is. A RET továbbá a kapacitások elosztásába folya bele (ágyszámok, óraszámok), de a tevékenysége kiüresedett és várhatóan meg is fogják őket szüntetni. A Regionális Egészségbiztosítási Pénztár megyei kirendeltsége fogadja a szerződés alapján történő elszámolásokat, feldolgozza és utalásra előkészíti őket.

2.5. Önkormányzat:

Végül, a dolgozat szempontjából legfontosabb szervek, a helyi önkormányzatok egészségügyet érintő feladatait ismertetném. A helyi önkormányzatokról szóló törvény szerint a helyi közügy fogalma *a lakosság közszolgáltatásokkal való ellátása* (a közhatalom önkormányzati típusú helyi gyakorlása) valamint *mindezek szervezeti, személyi, és anyagi feltételeinek helyi megteremtéséhez kapcsolódnak*. A települési önkormányzatok feladatkörében, a helyi közügy immanens eleme az egészségügyi és szociális ellátás kötelezettsége.¹⁰

⁷ KILÉNYI GÉZA: A közigazgatási jog nagy kézikönyve, Complex Kiadó, Budapest 2008. 1281. o.

⁸ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (továbbiakban: Eütv.) 148. § (1) és (3) bekezdések.

⁹ Eütv. 149/A. § (1)-(5) bekezdések.

¹⁰ 1990. évi LXV. törvény a helyi önkormányzatokról, (továbbiakban: Ötv.) 8. § (1) bekezdés.

Az ehhez szükséges feltételek biztosításához, az Alkotmány 44/A. § (1) bekezdés c) és d) pontjai alapján meghatározott mértékű és fajtájú adóbevételekre, saját bevételekre jogosultak. Ezekből a bevételekből meghatározott mértékben finanszírozzák a helyi egészségügyet és gyakorolják tulajdonosi jogaikat. A települési önkormányzat az egészségügyi ellátás körében gondoskodik a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátásról, a fogorvosi alapellátásról, az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti-, védőnői- és az iskola egészségügyi ellátásról.¹¹ A helyi önkormányzat biztosítja a tulajdonában vagy használatában lévő járóbeteg és fekvőbetegszakellátást nyújtó egészségügyi intézmények működését. Fontos megjegyezni, hogy ezek csak az alapok. A megye egész területére (vagy nagy részére) kiterjedő közszolgáltatások biztosítását törvény, a megyei önkormányzatok kötelező feladatává teheti. Ennek körében a megyei önkormányzat gondoskodik az alapellátást meghaladó egészségügyi szakellátásról, amennyiben külön törvény szerint ellátásra kötelezett települési önkormányzat nem vállalja.¹²

A tulajdonost, illetve fenntartót terhelő legfontosabb kötelezettségek az alapítással, az intézmény működését szabályozó dokumentumok jóváhagyásával, a személyi és tárgyi feltételek biztosításával, a működés folyamatos felügyeletével és ellenőrzésével, a vezetői struktúra alakításával, a vezetők feletti munkáltatói jogok gyakorlásával kapcsolatosak.¹³

Az egészségügyi ellátási kötelezettségről szóló törvény a tárgyi feltételek biztosítását, a tulajdonosok feladatává teszi. Az önkormányzati tulajdonban lévő kórházak nagy részét azonban azok a megyei önkormányzatok tartják fenn, amelyeknél felhalmozási célú pénzeszközök nem, vagy csak elenyésző mértékben képződnek. Miközben tehát az önkormányzatokat törvény kötelezi a tárgyi feltételek megteremtésére, az ehhez szükséges forrásokat a költségvetési törvény nem biztosítja számukra.

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

3. AZ ÁLLAMI KÖLTSÉGVETÉS ÉS A KÓRHÁZAK FINANSZÍROZÁSÁÉRT FELELŐS SZERVEK

Az Eütv.¹⁴ értelmében az állami felelősség magában hordozza¹⁵ az egészségügyi ellátórendszer megfelelő mennyiségű, minőségű, eloszlású, összetételű és hatékonyságú működése általános feltételeinek megteremtését és az egészségbiztosítási rendszer működésének biztosítását (általános feltételeken a szervezési, intézményi, oktatási és kutatási feladatokat értjük). Továbbá az egészségpolitika céljait szolgáló finanszírozási, fejlesztési és információs rendszer kialakítását és fejlesztését; az egészségügyi szolgáltatások szakmai feltételrendszerének meghatározását, biztosítását és ellenőrzését. Ha törvény kivételt nem tesz, az egészségügyi rendszer szabályos működését a központi költségvetésből, az államháztartásból kell biztosítani.

3.1. Az államháztartás rendszere és az Egészségbiztosítási Alap

Az államháztartás lényegében az állam feladatvállalási filozófiája, mely egy adott időszakra vonatkozóan a közfeladatok finanszírozását rendszerezi. Az államháztartás korábban négy alrendszerre tagozódott, de 2010. január 1. óta a jogi személyiséggel nem rendelkező társadalombiztosítási alapok és az elkülönített állami pénzalapok a központi alrendszer részét képezik, azaz az államháztartás két alrendszerből áll a központi alrendszer és az önkormányzati alrendszer.¹⁶ Az állami kiadások fedezéséhez szükséges bevételek formái sokfélék. Jellemük alapján két csoportot alkotnak: az egyik a végleges, vagy vissza nem térülő bevételek (adók, vámok, illetékek, járulékok befizetése, hozzájárulások, bírságok) és a másik az átmeneti, vagy visszatérülő bevételek (belső kölcsönök, külföldi kölcsönök és az egyéb visszatérítésemű pénzigénybevételek). Az egészségügyi intézmények esetében érdekes kettősség áll fenn, az államháztartáshoz, annak alrendszereihez speciális módon kapcsolódnak. Ezeket tekintve az önkormányzati kórházak két alrendszerhez is csatlakoznak a költségvetési ágon az önkormányzati alrendszerhez, míg a finanszírozás vonatkozásában a társadalombiztosítás (így a központi alrendszer) egyik szervéhez, az Országos Egészségbiztosítási pénztárhoz.

¹¹ Eütv. 152. § (1) bekezdés.

¹² Ötv. 70. § (1) bekezdés b) pont.

¹³ Eütv. 155. § (1) bekezdés és (2) bekezdés b) pont.

¹⁴ Eütv. 141. § (2) bekezdés a) és b) pont (3) bekezdés c) és d) pont.

¹⁵ A teljesség igénye nélkül, csak a dolgozat témája szempontjából releváns pontokra térek ki.

¹⁶ 1992. évi XXXVIII. törvény az államháztartásról 2. § (1) bekezdés.

Mind a természetbeni, mind a pénzbeli egészségbiztosítási ellátások finanszírozására az államháztartás társadalombiztosítási alrendszerének Egészségbiztosítási Alapja (továbbiakban Egészségbiztosítási Alap) szolgál. Az Országgyűlés az Egészségbiztosítási Alap 2011. évi bevételi főösszegét 1 370 936,7 millió forintban, kiadási főösszegét 1 458 559,9 millió forintban, hiányát 87 623,2 millió forintban állapította meg.¹⁷ Már ebből is láthatjuk a továbbiakban tárgyalandó probléma gyökerét, a folyamatos túlteljesítés „árát”.

Az E. Alap bevételi forrásai alapvetően ötféle fizetési kötelezettségi jogcímet foglalnak magukban, így a) a társadalombiztosítási járulék egy részét, amit a foglalkoztató fizet egészségbiztosítási járulékként, b) a biztosítottat terhelő egészségbiztosítási járulékot, c) az egészségügyi szolgáltatási járulékot, d) a táppénz-hozzájárulást és d) az egészségügyi hozzájárulást. Ezek beszedésével valamint a fizetési kötelezettség teljesítésének ellenőrzésével kapcsolatos közigazgatási feladat és hatáskörök a Nemzeti Adó- és Vámhivatal illetékes regionális igazgatóságának kompetenciájába tartoznak.¹⁸

3.2. Országos Egészségbiztosítási Pénztár:

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

Központi hivatalként ellátja a jogszabályokban meghatározott feladatait,¹⁹ ennek keretében végzi az Egészségbiztosítási Alap kezelésével – ideértve a finanszírozással kapcsolatos feladatokat –, a nyilvántartások vezetésével, a pénzügyi elszámolásokkal és az adatszolgáltatási kötelezettséggel kapcsolatos feladatokat. Részt vesz az Egészségbiztosítási Alap költségvetésének tervezésében és a zárszámadás elkészítésében, ellátja a területi igazgatási szervek működési költségvetésével, valamint az Egészségbiztosítási Alap részletes előirányzatainak megállapításával kapcsolatban hatáskörébe utalt feladatokat. Az igazgatási szervei vonatkozásában koordinálja, felügyeli, elemzi és ellenőrzi a hatáskörükbe tartozó feladatok ellátását.

4. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS JOGOSULTJAI

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

A Magyar Köztársaság területén élő magyar állampolgárok valamennyien jogosultak az egészségügyi ellátásokra. Az egészségügy nem teljes mértékben ingyenes ugyan, de szolidaritási alapon működik, azaz az igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások nem függenek a biztosított által befizetett összeg nagyságától, azokat a biztosított, egészségi állapota által indokolt mértékben veheti igénybe.

Az ellátásra való jogosultságot a biztosítási jogviszony, vagy a jogosulti állapot határozza meg. A jogosulti státuszi minősítéstől függ az is, hogy valaki járulékfizetésre kötelezett, vagy a szolidaritási elv érvényesülése alapján az állam fizeti utána a járulékot. Jelenleg 3,7 millió járulékot és adót fizető állampolgár fedezi majdnem 10 millió ember ellátásának költségét.²⁰ Akik jövedelemmel nem rendelkeznek, de jogosultak (nyugdíjas, kiskorú, nappali tagozatos hallgató stb.) azok után a központi költségvetés az adóból fizet hozzájárulást az Egészségbiztosítási Alap részére.

A biztosítottak (pl. munkavállalók, társas vállalkozók) bejelentését az egészségbiztosítás nyilvántartásába munkáltatójuk teljesíti és köteles utánuk a járulék bevallására és megfizetésére. Biztosítottnak minősülnek az ún. önfoglalkoztatók is, (pl. egyéni vállalkozók) bejelentésüket és a járulék bevallását/megfizetését

¹⁷ 2010. évi CLXIX. törvény a Magyar Köztársaság 2011. évi költségvetéséről 20. § (1) bekezdés.

¹⁸ KILÉNYI i.m. 2008. 1391-1392. o.

¹⁹ Országos Egészségbiztosítási Pénztárról szóló 317/2006. (XII. 23.) Kormányrendelet.

²⁰ http://www.oep.hu/pls/portal/docs/PAGE/SZAKMA/OEPHUSZAK_EUSZOLG/JVELL_SZOLG/TAJEKOZTATO2_0100303.PDF, 2010.11.02. 3. o.

saját maguk kötelesek teljesíteni. A jogosultak (pl. a nyugdíjasok, a GYED-en, GYES-en lévők, a különböző szociális ellátásban részesülők, a gyermekek és a továbbtanuló fiatalok) bejelentését az ellátást folyósító szerv, intézmény, a közoktatási- illetve a felsőoktatási intézmény teljesíti, de utánuk az egészségügyi szolgáltatási járulékot az állam fizeti. 2009. január 1-től az egyéni bejelentési kötelezettséget az OEP által rendszeresített nyomtatványon a Regionális Egészségbiztosítási Pénztárhoz (REP) kell teljesíteni.

Érdekesnek tűnik az, hogy a jogviszony és a járulékfizetés között az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság szempontjából szoros összefüggés nem áll fenn. Éppen ezért megtörténhet, hogy a munkáltató ugyan befizeti a járulékot, ám a bejelentés nem vagy hibásan történt meg. Bár a munkavállaló után fizetett járulékok havonta gyarapítják az Egészségbiztosítási Alapot, addig az Országos Egészségbiztosítási Pénztár nyilvántartása szerint az illetőnek rendezetlen a jogviszonya. A másik eset, hogy a munkáltató ugyan bejelenti a munkavállalót, de nem fizet utána járulékot, attól még a munkavállaló jogviszonya rendezett. A járulékfizetési kötelezettség teljesítésének ellenőrzése a NAV feladatkörébe tartozik.

5. FINANSZÍROZÁSI MODELLEK

Európában alapvetően három modelltől beszélhetünk. A skandináv mintájú jóléti, a kompenzációs, amely Németországban, Ausztriában és Hollandiában jelenik meg és az angolszász országokban kialakult reziduális rendszerről. A piacgazdaság keretein belül törekszik biztosítani az emberek megfelelő ellátását a jóléti modell. A teljes foglalkoztatottságra alapoz, hogy a munkán keresztül biztosítsa a jólétet, mivel a GDP növekedése és a társadalom tagjainak részesedése is a megtermelt javakból történik. A kompenzációs modell a nyitott munkaerőpiaccal operál, melynek ellensúlyaként olyan szociális intézkedéscsomagot hoz létre, mely felfogja a piac negatív hatásait. A modell működtetői szociális piacgazdaságnak nevezik ezt a megoldást. Végül a reziduális modellben a szociálpolitikát a szelektivitás jellemzi, ahol az állam, mint másodlagos kompenzátor jelenik meg.²¹

5.1. A magyar finanszírozási rendszer

A magyar finanszírozási rendszer a kórházakra nézve ösztönző megoldásokat próbál létrehozni, így nem beszélhetünk kizárólag az egészségügyre fordított pénzek „begyűjtéséről” és „szétosztásáról”. A finanszírozási rendszer nem önmagában, nem „légüres térben” hat. Az adott finanszírozási módszert alapvetően befolyásolja az ország sajátos társadalmi- kulturális viszonya, tradíciója és az egészségügy korábbi működési mechanizmusa. A teljesítmény alapú finanszírozás esetén egy meghatározott teljesítményért, meghatározott árat kapnak a szolgáltatók, mondhatni a pénz követi a beteget.²² Ilyen módon szabályozott verseny jön létre ami érdekeltté teszi a kórházakat a hatékonyságra, bár negatív hatásként jelenhet meg, hogy felesleges szolgáltatások végzésére ösztönz(het)i az orvosokat.

Az Egészségbiztosítási Alapból történő egészségügyi szolgáltatások finanszírozása a ráfordítások alapján meghatározott normán, az ellátandó feladatokon, esetek számosságán, a fejkvótán és a nyújtott szolgáltatások teljesítményarányain, az egyes szolgáltatások esetén a teljesítményegységek mennyiségén alapszik.²³ Az Egészségbiztosítási Alapból folyósított összeg nem mentesíti a szolgáltató fenntartóját (esetünkben a tulajdonost) az egyéb jogszabályokban előírt fenntartási és fejlesztési kötelezettségek alól.²⁴ Előfordul, hogy a finanszírozási szerződés megkötésének szempontjából a helyi önkormányzat minősül egészségügyi szolgáltatónak. Ez esetben a finanszírozási összeget az egészségügyi szolgáltatók működéséhez szükséges, azzal kapcsolatos igazgatási kiadásokra nem használhatja fel.²⁵ A 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet szerint az Országos Egészségbiztosítási Pénztár a szolgáltatókkal kötendő finanszírozási szerződés tervezetének a felek általános jogait és kötelezettségeit tartalmazó részét az önkormányzatok és a szolgáltatók érdekképviselői szerveivel a szerződéskötést megelőzően egyeztetni, illetve ennek jóváhagyásához a Magyar Orvosi Kamara és a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara egyetértése szükséges. Az egészségügyi ellátási szerződést

²¹ TÖRÖK KOVÁCS ANETT: Az egészségügy-finanszírozás új rendszere Magyarországon, in: Polvax Társadalomtudományi folyóirat 1997/3. (1. évf. 3. sz.) 85-86. o.

²² OROSZ ÉVA: Félúton vagy tévúton? Egészségünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest, 2001., 214. o.

²³ Ebtv. 34.§ (1) bekezdés.

²⁴ Ebtv. 35.§ (2) bekezdés.

²⁵ Ebtv. 35.§ (3) bekezdés.

az egészségügyi közszolgáltatásért felelős szerv köti a feladat ellátását vállaló, nem a saját fenntartásában vagy tulajdonában álló egészségügyi szolgáltatóval.

Egészségügyi ellátási szerződés csak a finanszírozási szerződés szerinti szolgáltatások összességére köthető.²⁶ Az egészségügyi ellátási szerződés érvényességéhez az egészségügyi szolgáltató fenntartójának/tulajdonosának hozzájárulása szükséges.²⁷ A szolgáltató az ellátott betegekről és az ellátásokról nyilvántartást vezet az elszámoláshoz szükséges adatokkal és ezt, a fekvőbeteg szakellátás során nyújtott ellátásokról szóló a jelentéssel az OEP részére kell megküldeni. A jelentés megküldésének határideje a tárgyhónapot követő hónap 5. napja.²⁸ A gyakorlatban ez olyanképpen zajlik, hogy az adott havi eredményt fokozott biztonságú elektronikus aláírással hitelesített, autentikus időbélyeget használó és rejtjelezéssel védett elektronikus rendszer útján a következő hónap elejéig megküldik a kórházak az OEP-nek. A jelentés ellenőrzését, a teljesítmény utáni díjazás kiszámítását követően a hónap végén utalványoz a kórháznak, ami a következő hónap elején ér a kórház bankszámlájára, így lényegében 2 hónapos csúszás figyelhető meg a kifizetéseket illetően. Az egészségügyi ellátási szerződés alapján ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató köteles vagyoni biztosítékot adni (pl. bankgarancia).²⁹

A szolgáltatót a szerződés alapján fixdíj és/vagy teljesítménydíj illeti meg akkor, ha térítésmentes illetve részleges térítéssel ellátást nyújt és a biztosított Társadalombiztosítási Azonosító Jelét, valamint a részére nyújtott ellátást a beteg dokumentációjában rögzítette. Csak olyan teljesítményt jelenthető elszámolásra, amelynek teljesítése megtörtént, és amelyre az ellátást igénybe vevő egészségének megőrzése, helyreállítása érdekében volt szükség. A teljesítményfinanszírozás során használt szakmai kódrendszerek és finanszírozási paraméterek folyamatos karbantartásáról az egészségügyi miniszter rendeletben gondoskodik.³⁰

A szolgáltatásvolumen a szolgáltató által nyújtható, finanszírozási szerződésben meghatározható szolgáltatásokból, ezek mennyisége, időbeli ütemezése és a többleteljesítmény elszámolásának mértékéből áll. A teljesítményvolumen, azaz a járóbeteg és az aktív fekvőbeteg szakellátásra vonatkozóan az elszámolható teljesítmény mennyiségét éves szinten, havi bontásban kell meghatározni. A teljesítményvolumen szerinti finanszírozás alapja a járóbeteg-szakellátás esetében pontszámban, az aktív fekvőbeteg ellátás esetében súlyszámban, degresszív figyelembevételével³¹ elszámolt teljesítmény. Ezt korrigálni kell többek között a kapacitásváltozással, a finanszírozásra vonatkozó szabályok teljesítményre gyakorolt hatásával, a kapacitás működésének egy hónapot meghaladó igazolt szüneteltetése esetén az ez időszakban kiesett teljesítménnyel, az intézmények közötti teljesítményvolumen-átcsoportosítással és a külön jogszabályban meghatározott minimális esetszám teljesítésének elmaradása esetén az előző évben teljesített esetszámra jutó teljesítményvolumen mennyiségével. A kórházak nem számolhatják el a finanszírozó felé a biztosított által ártámogatással igénybe vett gyógyászati ellátást járóbeteg-szakellátási teljesítményként, otthoni szakápolási teljesítményként illetve fekvőbeteg-intézményben igénybe vett gyógyászati ellátást a felvételtől az elbocsátás napjáig. A teljesítményarányos finanszírozás mellett, havi fix összegű díjat is kaphatnak a kórházak, például az aktív-szakellátást végző szolgáltatók esetében rendelkezésre állási díjat, a sürgősségi betegellátási, intenzív, traumatológiai és a fertőző-betegellátásra szervezett osztályainak működtetéséhez.³²

A járóbeteg finanszírozási szerződésben meg kell határozni a járóbeteg ellátást nyújtó rendelési helyeket, óraszámokat, az Egészségbiztosítási Alap által finanszírozott szakfeladatokat, a finanszírozó által nem finanszírozott rendeléseket, illetve a teljesítmény mennyiségét és a teljesítésének időbeli ütemezését.³³ A járóbeteg-szakellátás esetében a pont a teljesítmény mértékegysége. A lebegő rendszerben az OEP felosztja a járóbeteg kasszában levő fix összeget az országos összesített pontokkal. Így jött létre az egy pont forintértéke. 1 pont jelenleg 1,5 forintot³⁴ jelent. A járóbeteg-szakellátásban érvényesülő lebegő pont-forint érték a tevékenység magas szinten tartására (kódolási munka) kényszeríti az intézményeket, mert különben csök-

²⁶ 2006. évi CXXXII törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről 2/A.§ (2) bekezdés.

²⁷ 2006. évi CXXXII. tv. 2. § (5) bekezdés.

²⁸ 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól (továbbiakban: 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet) 3-4. §§.

²⁹ 2006. évi CXXXII. tv. 2/D.§ (1) bekezdés.

³⁰ 2006. évi CXXXII. tv. 26. §.

³¹ Degresszív finanszírozás, azaz a meghatározott teljesítményvolumentól kezdődően csökkenő díjazás 2008-ban megszűnt és 2011. márciusában vezették be újra.

³² 43/1999 Korm. rendelet 27.§ (11) bekezdés.

³³ 43/1999 Korm. rendelet 29.§ a)-h) pont.

³⁴ 2011. január 1-től.

kenne finanszírozási részesedésük. A teljesítmény-volumen korlát (TVK) alatt való teljesítés utáni finanszírozási összeg számítása: $\sum \text{pontszám} \times 1,5 \text{ Ft} = \text{tárgyhavi finanszírozási összeg (OEP-bevétel)}$.

Ha a kórház a TVK felett teljesít, az állam a többlet teljesítmény kifizetését habár garantálja, de degresszív csökkenő módon. Tehát nem a teljes 1,5 Ft-os áron fizet, holott az előzőekben láttuk, hogy az állam a törvényben meghatározott ellátások teljesítését akkor is biztosítani köteles, ha az ahhoz szükséges kiadások az Egészségbiztosítási Alapból nem fedezhetők. Korábban, míg a degresszív finanszírozás „szünetelt” a jogalkotók egy technikai csavart alkalmaztak, mégpedig a következőt. Ha a kórház az adott TVK felett teljesített, tehát többlet ellátást végzett, az OEP ebben az esetben is csak a felső bevételi korlát szerinti összeget finanszírozta.

Míg a járóbeteg-ellátás esetén a finanszírozás pontszámokon és beavatkozási csoportokon, addig itt homogén betegcsoportokon (HBCs) ami lényegében az amerikai DRG (*Diagnosis Related Groups*) finanszírozási módszer adaptációja és súlyszámokon alapul. A súlyszám az egyes csoportok költségigényességének egymáshoz való viszonyítása mely megmutatja, hogy egy adott csoport ráfordítás-igényessége mennyivel alacsonyabb vagy magasabb az átlagköltségnél, valamint hogy milyen a csoportok egymáshoz viszonyított költségigénye. A finanszírozás alapegysége az eset és nem az egyes beavatkozás.

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

6. ZÁRÓGONDOLATOK

Ahogy a közigazgatás, úgy azon belül az egészségügy is jelentős változásokon ment/megy keresztül az idők folyamán. Nem telik el olyan hét vagy nap, hogy ne hallanánk az egészségügy rendszerének, finanszírozásának lehetséges jövőbeni megoldásairól. A legfontosabbak között említeném a patikaalapítás szabályainak változását, a súlyponti kórházak fogalmának megszűnését, a 27,5 milliárdos év végi mentőcsomagot és nem utolsósorban az egész egészségügy megreformálását célzó Semmelweis Tervet. A Magyar Orvosi Kamara véleménye szerint „az egészségpolitika kialakítása és deklarálása a valós és szakszerű célok definiálása nem a végrehajtó hatalom dolga, a kormányzó pártok illetve az Országgyűlés pedig egyértelműen adós e kérdésben.”

6.1. A Semmelweis Terv reformjaival kapcsolatos javaslatok

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

C.a./1. „[...] a megyénél nagyobb, de a jelenlegi régióktól eltérő területi egységeket (nagyteréseket) tekintjük ellátási egységekné. Ezek az egységek a jelenlegi kórházhálózat fejlettségi szintjének ismeretében alakítandók ki.” Miért indokolt? Az egészségügyi szereplők tisztában vannak azzal, hogy egy Magyarországi terület képtelen 54 súlyponti kórházat eltartani. Hátránya, hogy a betegeknek több órát kell utazniuk az ellátásért, hisz a dokumentum szerint a nagyteréségi központok a területük „közlekedésileg ide irányuló részeiért felelősek”.

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

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

A problémákat, nehézségeket és a megoldásra váró kérdéseket hosszasan lehetne még sorolni, de nem teszem. Dolgozatom a jelenlegi formájában csak egy áttekintés, egy kivonat, az állami kötelezettségeket, az egészségügyi szolgáltatók és az ezekért felelős szervek rendszerét mutatja be. Mi lesz a megoldás? Lesz-e egyáltalán megoldás a különböző problémákra? Az egészségügy, csak az emberek és az állam érdekeinek szem előtt tartásával alakíthat ki célokat. Alappillére ennek az lehet, hogy tekintet nélkül arra, hogy ez mennyibe kerül, az emberközpontú közpolitika nélkülözhetetlen részét tekintő közgondolkodás (mivel fogalmilag is kizárt) nem szolgálhat önös érdekeket. A célok kialakításában az alaptörvényben deklarált alapelveket kell figyelembe venni.

FELHASZNÁLT FORRÁSOK

1. KILÉNYI GÉZA: A közigazgatási jog nagy kézikönyve, Complex Kiadó, Budapest, 2008.
2. TÖRÖK KOVÁCS ANETT: Az egészségügy-finanszírozás új rendszere Magyarországon, in: Polvax Társadalomtudományi folyóirat 1997/3.(1. évf. 3. sz.).
3. OROSZ ÉVA: Félúton vagy tévúton? Egészségünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest, 2001.
4. 1949. évi XX. törvény a Magyar Köztársaság Alkotmánya, 18. § (Továbbiakban: Alkotmány).
5. 1990.évi LXXV. törvény a helyi önkormányzatokról.
6. 1992. évi XXXVIII. törvény az államháztartásról.
7. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.
8. 2006.évi CXXXII törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről.
9. 2010. évi CLXIX. törvény a Magyar Köztársaság 2011. évi költségvetéséről.
10. 43/1999. (III.3.) Kormányrendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól.
11. 317/2006. (XII.23.) Kormányrendelet az Országos Egészségbiztosítási Pénztárról.
12. 56/1995. (IX.15.) AB határozat (Indokolás III./ 3.).