

EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ISMERETEK

SZÉCHENYI  2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ISMERETEK

Az élettudományi-klinikai felsőoktatás
gyakorlatorientált és hallgatóbarát korszerűsítése a vidéki képzőhelyek
nemzetközi versenyképességének erősítésére

Szerkesztette:
BONCZ IMRE, SEBESTYÉN ANDOR

A kiadvány a következő program keretében jelent meg:

TÁMOP-4.1.1.C-13/1/KONV-2014-0001

© *Boncz Imre, Sebestyén Andor, 2015*

© *Szerzők, 2015*

© *Medicina Könyvkiadó Zrt., 2015*

ISBN 978-963-226-560-5

A kiadásért felel a Medicina Könyvkiadó Zrt. igazgatója

Felelős szerkesztő: Pobožsny Ágnes

Műszaki szerkesztő: Dóczy Imre

Az ábrákat rajzolta: Olgay Géza

Terjedelem: 11 (A/5) ív

Azonossági szám: 3869

A KÖNYV SZERZŐINEK BEMUTATÁSA

Dr. Ágoston István Ph.D.

egészségbiztosítási szakember, jogász, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségbiztosítási Intézet, egyetemi adjunktus, vezető jogi tanácsadó

Dr. Barcsi Tamás Ph.D.

jogász végzettséggel is rendelkező filozófus, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségbiztosítási Intézet, egyetemi adjunktus

Prof. Dr. Boncz Imre

közgazdasági szakokleveles orvos, PTE Egészségtudományi Kar Egészségbiztosítási Intézet, egyetemi tanár, intézetigazgató, dékánhelyettes

Csákvári Tímea

egészségügyi szervező (egészségbiztosítás szakirány), okleveles egészségügyi menedzser, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségbiztosítási Intézet, Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Szervező Tanszék, szakoktató

Csór Barbara

okleveles közgazdász, Országos Egészségbiztosítási Pénztár Dél-dunántúli Területi Hivatal, pénzügyi ellenőrzési koordinátor

Dr. Endrei Dóra Ph.D.

belgyógyász szakorvos, okleveles egészségügyi menedzser, PTE Klinikai Központ általános főigazgató-helyettes, PTE ETK Egészségbiztosítási Intézet, egyetemi adjunktus

Dr. Farkas Krisztina

védőnő, jogász, Országos Egészségbiztosítási Pénztár Dél-dunántúli Területi Hivatal, jogi előadó

Fazekasné Dr. Kecskés Annamária

biztosítási szakjogász, Országos Egészségbiztosítási Pénztár Dél-dunántúli Területi Hivatal, jogtanácsos

Dr. Gajdácsiné dr. Hegyes Enikő

szakvizsgázott jogász, uniós szakjogász, Országos Egészségbiztosítási Pénztár Nemzetközi Kapcsolatok és Jogviszony Nyilvántartási Főosztály, főosztályvezető

Dr. Gajdácsi József Zsolt

belgyógyász szakorvos, kardiológus szakorvos, egészségbiztosítási szakorvos, Országos Egészségbiztosítási Pénztár, egészségügyi főigazgató-helyettes

Kátay Zoltán

társadalombiztosítási szervező, Baranya Megyei Kormányhivatal Családtámogatási és Társadalombiztosítási Főosztály Egészségbiztosítási Osztály II., osztályvezető

Kiss Zsolt

közgazdász, Országos Egészségbiztosítási Pénztár, stratégiai és szakigazgatási főigazgató-helyettes

Láng Attila

egészségbiztosítási szakember, egészségügyi menedzser, PTE KK Egészségügyi Igazgatási Osztály, osztályvezető, PTE ETK egészségügyi menedzser MSc hallgató

Lipp Sándor

programozó matematikus, Országos Egészségbiztosítási Pénztár Dél-dunántúli Területi Hivatal, szakmai tanácsadó, egészségügyi szakügyintéző

Molnár Zoltánné Dr.

egészségügyi és gyógyszerügyi igazgatás, szakgyógyszerész, Országos Egészségbiztosítási Pénztár Dél-dunántúli Területi Hivatal, közigazgatási tanácsadó, ellenőrző főgyógyszerész

Nagy Júlianna

közgazdász, Országos Egészségbiztosítási Pénztár Stratégiai és Szakigazgatási Főigazgatóhelyettesi Titkárság, szakmai koordinátor

Dr. Sebestyén Andor Ph.D., Habil

traumatológus szakorvos, egészségbiztosítási szakorvos, közgazdasági szakokleveles menedzser (MBA), Országos Egészségbiztosítási Pénztár Dél-dunántúli Területi Hivatal, igazgató, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, egyetemi magántanár

Dr. Varga Péter

általános orvos, egészségügyi menedzser, Országos Egészségbiztosítási Pénztár Elemzési Orvosszakértői és Szakmai Ellenőrzési Főosztály, főosztályvezető

TARTALOMJEGYZÉK

Előszó	15
Rövidítések jegyzéke	17
1. Az egészségbiztosítás története (Ágoston István, Csákvári Tímea, Endrei Dóra)	19
1.1. Bevezetés az egészségbiztosítás története című fejezethez	19
1.2. Az egészségbiztosítás kialakulásának nemzetközi vonatkozásai	20
1.3. Az egészségbiztosítás kialakulásának kezdetei Magyarországon	22
1.4. A kötelező egészségbiztosítás kezdetei Magyarországon	24
1.5. Az egészségbiztosítás fejlődése a két világháború időszakában	25
1.6. Az egészségbiztosítás a szocialista szakszervezeti irányítás korszakában a rendszerváltásig	28
1.7. Az egészségbiztosítás fejlődése és kihívásai a rendszerváltást követően napjainkig	30
Irodalom	32
2. Az egészségbiztosítási piac sajátosságai (Csákvári Tímea, Endrei Dóra, Ágoston István, Boncz Imre)	33
2.1. A piac	33
2.1.1. A tökéletes versenyzői piac lényege	34
2.1.2. Piaci szereplők az egészségügyben	35
2.1.2.1. Fogyasztó	35
2.1.2.2. Szolgáltató	36
2.1.2.3. Finanszírozó	36
2.1.2.4. Az állam, mint piaci szereplő	36
2.2. Az egészségügyi piac jellemzői, típusai	37
2.2.1. Az egészségügyi szolgáltatások piaca	37
2.2.2. A finanszírozás piaca	38
2.3. Az egészségbiztosítási piac	38
2.3.1. Kockázatgyűjtés, kockázat-kiigazítás	40
2.3.2. Kötelező egészségbiztosítás	40
2.3.2.1. Egybiztosítós rendszerek	41
2.3.2.2. Több-biztosítós rendszerek	42
2.3.3. Magán egészségbiztosítás	42
2.3.3.1. Kiegészítő magánbiztosítás	43
2.3.3.2. Helyettesítő magánbiztosítás	43
2.4. Piaci kudarcok	45
2.4.1. Információs aszimmetria	45
2.4.2. Ügynök-megbízó viszony, kínálat indukálta kereslet	46
2.4.3. Erkölcsi kockázat	46
2.4.3.1. Keresleti oldal	46

2.4.3.2.	Kínálati oldal	46
2.4.4.	Káros szelekció (adverse selection)	47
2.4.4.1.	Keresleti oldal	47
2.4.4.2.	Kínálati oldal	48
2.4.5.	Információs aszimmetria – transzparencia hiánya	49
2.4.6.	Externáliák (externalities)	49
2.4.7.	Közjavak (public good)	50
2.4.8.	Kis méret miatti gazdaságosság hiánya	50
	Irodalom	51
3.	A magyar egészségügyi rendszer felépítése	53
	(Endrei Dóra, Láng Attila, Csákvári Tímea, Ágoston István)	
3.1.	Az egészségügyi rendszer fogalma	53
3.2.	Az egészségügyi rendszerek típusai	53
3.3.	A magyar egészségügyi rendszer felépítése	54
3.3.1.	Az egészségügyi alapellátás	54
3.3.2.	A járóbeteg szakellátás	57
3.3.3.	A fekvőbeteg szakellátás	58
3.4.	Az egészségügy szervezése és irányítása	63
3.4.1.	Az állam felelőssége	63
3.4.2.	Az Országgyűlés feladatai	64
3.4.3.	A kormány feladatai	65
3.4.4.	A miniszter feladatai	65
3.4.5.	A Nemzeti Betegfórum	66
3.4.6.	A helyi önkormányzatok feladatai	66
3.5.	Az egészségügyi intézmények fenntartása	67
3.6.	A kórházi felügyelő tanács és kórházi etikai bizottság	69
3.7.	Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat	70
3.8.	Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár	71
3.9.	Az Állami Egészségügyi Ellátó Központ	71
3.10.	Az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ	72
3.10.1.	A betegjogi képviselő	73
3.11.	Az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet	74
3.12.	Az Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ	74
3.13.	Az Országos gyógyintézetek és főbb feladataik	74
	Irodalom	75
4.	Hatékonysági mutatók az egészségügyben.	77
	(Csákvári Tímea, Ágoston István, Endrei Dóra)	
4.1.	Bevezetés.	77
4.2.	A hatékonyság mérésének alapjai: az input és output mutatók összevetése	77
4.3.	Gazdaságosság – hatékonyság – eredményesség	79
4.4.	Az egészségügyben is mérhető hatékonyság-típusok	80

4.5.	Hatékonyságmérésre használható módszerek az egészségügyi technológiák elemzésében és értékelésében	82
4.5.1.	Gazdasági elemzések	82
4.5.1.1.	Költségminimalizálási elemzés (cost minimization analysis, CMA)	82
4.5.1.2.	Költséghatékonyság elemzés (cost effectiveness analysis, CEA)	83
4.5.1.3.	Költség-hasznosság elemzés (cost utility analysis, CUA)	84
4.5.1.4.	Költség-haszon elemzés (cost benefit analysis, CBA)	85
4.5.1.5.	Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséhez	86
4.5.2.	Benchmark-elemzések	88
4.5.2.1.	A Data Envelopment Analysis	88
4.5.2.2.	A DEA alkalmazása az egészségügyben	90
	Irodalom	93
5.	Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása	95
	(Bonczi Imre, Endrei Dóra, Ágoston István, Csákvári Tímea, Sebestyén Andor)	
5.1.	Háziorvosi ellátás finanszírozása	95
5.2.	A járóbeteg szakellátás finanszírozása	98
5.3.	Az aktív fekvőbeteg szakellátás finanszírozása	102
5.4.	A krónikus fekvőbeteg szakellátás finanszírozása	108
5.5.	A teljesítmény-volumen korlát	110
5.6.	Otthoni szakápolás finanszírozása	111
5.7.	Összefoglalás	112
	Irodalom	113
6.	Egészségbiztosítási nyilvántartások (Gajdácsiné Hegyes Enikő)	115
6.1.	Az egészségbiztosítási jogviszony	115
6.2.	A legfontosabb egészségbiztosítási nyilvántartások	117
6.2.1.	Társadalombiztosítási Azonosító Jel (TAJ)	117
6.2.2.	BSZJ – rendszer	118
6.2.3.	A BSZJ-hez kapcsolódó, „társnyilvántartás” a KÜLFI.	120
6.2.4.	JOBIR	120
6.2.5.	MEGÁLL rendszer	121
6.2.6.	EFORM	121
	Irodalom	123
7.	Egészségbiztosítási ellenőrzések általános kérdései	125
	(Farkas Krisztina, Csór Barbara, Molnár Zoltánné, Varga Péter, Gajdácsi József, Sebestyén Andor)	
7.1.	Az egészségbiztosító és az egészségügyi szolgáltatók szerződéses kapcsolata	125
7.1.1.	Finanszírozási szerződés	125
7.1.2.	Ártámogatási szerződés	127
7.1.3.	Vényírási szerződés	127

7.1.4.	Beutalásra jogosító szerződés	127
7.2.	Az egészségbiztosítási szakmai ellenőrzések jogi szabályozása	128
7.3.	Egészségügyi szakmai ellenőrzések	129
7.3.1.	Az egészségügyi szakmai ellenőrzések célja, típusa	129
7.3.2.	Az egészségügyi szakmai ellenőrzés menete	130
7.3.3.	Az egészségügyi szakmai ellenőrzésben résztvevők jogai és kötelezettségei	131
7.3.4.	Az egészségügyi szakmai ellenőrzések tartalma	132
7.3.5.	Az ellenőrzések megállapításainak írásba foglalása, a jegyzőkönyv	132
7.3.6.	Az egészségügyi szakmai ellenőrzések jogkövetkezményei	133
7.3.6.1.	Az együttműködési és az adatszolgáltatási kötelezettség megszegésének jogkövetkezményei	133
7.3.6.2.	Az egészségügyi szakmai ellenőrzések megállapításainak jogkövetkezményei	133
7.4.	Az orvos-szakmai ellenőrzések főbb szempontjai	136
7.4.1.	Fekvőbeteg-szakellátás	137
7.4.2.	Járóbeteg-szakellátás	139
7.4.3.	Háziorvosi ellátás	141
7.4.4.	Otthoni szakápolás	141
7.4.5.	Betegszállítás	145
7.5.	A gyógyszerész-szakmai ellenőrzések főbb szempontjai, a vényellenőrzés rendszere	148
7.5.1.	A vény szerepe az árhoz nyújtott támogatás igénybevitelénél	148
7.5.2.	Folyamatba épített ellenőrzés	153
7.5.3.	A vények alaki és tartalmi ellenőrzése manuális módszerrel	156
7.5.3.1.	Az orvosi rendelvény részei	157
7.5.3.2.	A vény fontosabb alaki kellékei és előírások az árhoz nyújtott támogatás igényléséhez	158
7.5.4.	Készletellenőrzés	160
7.6.	Pénzügyi ellenőrzések	160
7.6.1.	Egészségügyi közszolgáltatások finanszírozása	160
7.6.1.1.	A finanszírozás nyilvántartásának szabályai az egészségügyi tárgyú jogszabályokban	162
7.6.1.2.	A közpénz nyilvántartásának szabályai a számviteli, könyvvizelési és nyilvántartási kötelezettséget meghatározó jogszabályokban	163
7.6.2.	Pénzügyi ellenőrzések tartalma	163
7.6.2.1.	Elkülönítési kötelezettség teljesítésének ellenőrzése	163
7.6.2.2.	A finanszírozás felhasználásának ellenőrzése	168
7.6.3.	Pénzügyi ellenőrzések menete	170
7.6.4.	Pénzügyi ellenőrzések jogkövetkezményei	171
7.6.4.1.	Az együttműködés és az adatszolgáltatás hiányának jogkövetkezményei	172
7.6.4.2.	Pénzügyi ellenőrzések megállapításainak jogkövetkezményei	172
7.6.4.3.	Az egészségbiztosító eljárása a megtérítési kötelezettség megállapítása során	172
7.6.4.4.	A finanszírozási szerződés felmondásának esetei	173
	Irodalom	174

8.	Adatgyűjtés és gépi adatfeldolgozás az egészségügyben (Lipp Sándor)	175
8.1.	Bevezetés.	175
8.2.	Az egészségügyi adat fogalma, az adatgyűjtés célja.	176
8.3.	Kódok használata	178
8.4.	Az egészségügyben használt főbb kódrendszerek	180
8.4.1.	BNO.	181
8.4.2.	FNO.	182
8.4.3.	OENO.	182
8.4.4.	HBCs	183
8.4.5.	ATC	184
8.4.6.	Egészségügyi szolgáltatók egyedi azonosítója	184
8.5.	Az adatok gépi feldolgozása.	185
8.6.	Szövegfájl-ok	186
8.6.1.	Fix rekordhosszú szövegfájl	187
8.6.2.	Változó rekordhosszú szövegfájl-ok	189
8.7.	Excel- és dBase-formátumok	189
8.8.	Finanszírozási jelentések	190
8.8.1.	Fekvőbeteg jelentés.	190
8.8.2.	Járóbeteg jelentés.	191
	Irodalom	195
9.	Pénzbeli ellátások és ellenőrzésük (Kátay Zoltán).	197
9.1.	Bevezetés.	197
9.2.	Természetbeni ellátásokon belül az utazási költségtérítés rendszere	198
9.3.	Pénzbeli ellátások	199
9.3.1.	Táppénz.	201
9.3.2.	Csecsemőgondozási díj	207
9.3.3.	Gyermekgondozási díj.	209
9.3.4.	Méltányossági pénzbeli ellátások	212
9.4.	Baleseti ellátás	213
9.4.1.	Baleset, üzemi baleset fogalma, fajtái.	213
9.4.2.	Baleseti táppénz	214
9.4.3.	Baleseti járadék	215
9.5.	Pénzbeli és baleseti ellátások igényérvényesítése	216
9.6.	Pénzbeli ellátásokkal kapcsolatos ellenőrzések	218
10.	Felelősségi szabályok, jogorvoslati és döntés felülvizsgálati kötelezettség a kötelező egészségbiztosítás rendszerében (Kecskés Annamária)	221
10.1.	Felelősségi szabályok	221
10.1.1.	Visszafizetési és megtérítési kötelezettség	221
10.1.2.	Felelőség az ellátások késedelmes kifizetéséért	223
10.1.3.	A követelés érvényesítése.	223
10.1.4.	Méltányosság	223

10.2.	Jogorvoslati és döntés felülvizsgálati kötelezettség a kötelező egészségbiztosítás rendszerében	224
10.2.1.	Kérelemre induló eljárások	225
10.2.1.1.	Fellebbezés	225
10.2.1.2.	Bírósági felülvizsgálat	225
10.2.1.3.	Újrafelvételi eljárás	225
10.2.1.4.	Alkotmánybíróság határozata alapján indítható eljárás.	226
10.2.2.	Hivatalból indított eljárások	226
10.2.2.1.	A határozat visszavonása, módosítása.	226
10.2.2.2.	Felügyeleti eljárás.	226
	Irodalom	227
11.	Baleseti megtérítési eljárások (Kecskés Annamária).	229
11.1.	Az eljárás jogszabályi alapjai, eljáró szervek	229
11.2.	Baleset fogalmi, kategóriák	229
11.3.	A foglalkoztató felelőssége	230
11.4.	„Harmadik személy” által okozott balesetek.	232
11.5.	Bizonyítás.	236
11.6.	Igényérvényesítés.	237
11.7.	A megtérítendő összeg megállapítása.	238
11.8.	Végrehajtás	239
	Irodalom	240
12.	Nemzetközi ellátások (Gajdácsiné Hegyes Enikő)	241
12.1.	Egészségügyi ellátások igénybevétele külföldön.	241
12.1.1.	Az egészségügyi ellátás igénybevétele az Európai Unió területén	241
12.1.2.	Tervezett ellátás – az EU irányelv szerint.	243
12.2.	Nemzetközi elszámolások.	245
12.3.	EUROTRANSPLANT.	245
12.4.	Egyezmények	246
12.5.	Harmadik országban igénybevett ellátások	246
12.6.	Határon túli magyarok ellátása	247
	Irodalom	247
13.	Várólisták és előjegyzés (Kiss Zsolt, Nagy Júlia)	249
13.1.	Fogalmak	249
13.2.	A várólista – nyilvántartás célja és feladata	250
13.3.	A várólista nyilvántartás létrehozása, kezelése	252
13.3.1.	Az intézményi várólisták/előjegyzési listák létrehozása és kezelése – az on-line, real-time SOR-REND rendszer	252
13.3.2.	A nyilvántartásban alkalmazott alapvető kódrendszerek	253
13.4.	A várólista nyilvántartási rendszer működésének jellemzői	253
13.5.	A várólista nyilvántartás fő műveletei	254

13.6.	A nyilvántartás adatai a kötelező és kapacitás hiányos intézményi várólisták esetén	256
13.7.	Az intézményi kötelező és kapacitáshiány miatt vezetett várólista típusok.	258
13.8.	A központi várólisták nyilvántartása és működése – specialitások	260
13.9.	A betegfogadási listák nyilvántartása és működése	261
13.10.	A várakozási sorok helyzetének értékeléséhez alkalmazható indikátorok.	261
13.10.1.	A várakozási sorok és a várakozási idők vizsgálata.	261
13.10.2.	A sorrendiség betartása	266
13.10.3.	Az ellátás ütemezettsége	267
13.11.	Várólista – management.	267
13.11.1.	Feladatok a szolgáltatóknál	268
13.11.2.	Feladatok az OEP részére	269
13.12.	Egészségpolitikai beavatkozások a várakozási idő csökkentése érdekében	271
13.13.	A várólisták aktuális helyzete Magyarországon – nemzetközi összehasonlítás	273
13.14.	Összegzés.	282
	Irodalom	283
14.	Az egészségbiztosítási ellátások etikai kérdései	285
	(Barcsi Tamás)	
14.1.	Az igazságosság és a szolidaritás különböző értelmezéseinek egészségbiztosítási vonatkozásai	285
14.2.	Költséghatékonysági és erkölcsi megfontolások az egészségügyi allokációs döntésekben	290
14.3.	A hálapénz kérdése	292
	Irodalom	293

Előszó

Az egészségi állapot kedvezőtlen változásához, a megbetegedésekhez, balesetekhez kapcsolódó anyagi kockázatok kezelésének igénye a társadalmi fejlődéssel párhuzamosan jelent meg a történelem folyamán. Magyarország története során számos progresszív, a közösségi gondoskodást előtérbe helyező kezdeményezés volt megfigyelhető. A középkori bányatársulások vagy a céhek szolidaritás alapú együttműködése, az újkori munkásegyletek, önszegélyező vagy betegsegélyező pénztárak a modern kori egészségbiztosítási rendszerek előfutárainak számítottak.

A ma ismert kötelező egészségbiztosítási rendszer gyökerei Magyarországon a 1891. évi XIV. törvény cikk elfogadásához kapcsolódnak. Ez a jogszabály vezette be hazánkban – Európában Németország és Ausztria után harmadikként – a kötelező egészségbiztosítás (betegbiztosítás) rendszerét; első lépésben a lakosság egy kisebb csoportja, az ipari és gyári munkásság számára. A XX. század során a fejlett országokban a társadalmi fejlettség és a közösségi szolidaritás egyik mérföldköve lett az, hogy az egyes országokban a lakosság mekkora része vesz részt a kötelező egészségbiztosítási rendszerben és jut hozzá ezáltal a korszerű egészségügyi ellátáshoz.

Az 1990-es rendszerváltozáshoz kapcsolódik hazánkban az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) megalapítása 1993-ban a korábbi Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóságból. Ugyancsak ebben az évben került hazánkban bevezetésre, Európában elsőként, az a teljesítmény elvű finanszírozási technika, amely az aktív fekvőbeteg szakellátás finanszírozásának alapját képezi ma is: a Homogén Betegségcsoportok rendszere (HBCs).

Az elmúlt 25 évben kialakított magyar egészségügyi finanszírozási rendszer pedig egy olyan, nemzetközi viszonylatban is egyedülálló adatbázist, vagy inkább adatvagyonot hozott létre az OEP keretében, ahol a teljes közfinanszírozott hazai egészségügyi ellátórendszer igénybevételi és finanszírozási adatok egy helyen kerülnek rögzítésre.

Jelen tankönyvben a hazai egészségbiztosítási szakma jeles képviselői mutatják be szakterületek legújabb eredményeit, melyet reményeink szerint az egyetemi hallgatók, kutatók és a gyakorló szakemberek egyaránt hasznosítani tudnak.

Dr. Boncz Imre – Dr. Sebestyén Andor

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

Rövidítés	Magyarázat
ÁEEK	Állami Egészségügyi Ellátóközpont
ÁNTSZ	Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat
DRG	Diagnosis Related Groups
EBM	evidence based medicine
EFQM	European Foundation for Quality Management
EMAFT	előre meghatározott alapdíjjal finanszírozott teljesítmény
ESKI	Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet
EU	Európai Unió
GDP	bruttó hazai termék
GYEMSZI	Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet
HBCS	Homogén Betegségcsoportok
HMO	Health Maintenance Organization
ICD	International Classification of Diseases
ICPM	International Classification of Procedures in Medicine
ISO	International Organisation for Standardisation
ISQua	International Society for Quality in Health Care
JCI	Joint Commission International
KSH	Központi Statisztikai Hivatal
MABISZ	Magyar Biztosítók Országos Szövetsége
MEES	Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok
MRI	magnetic resonance imaging
NEFMI	Nemzeti Erőforrás Minisztérium
NFÜ	Nemzeti Fejlesztési Ügynökség
NGM	Nemzetgazdasági Minisztérium
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NUTS	Nomenclature of Territorial Units for Statistics
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet)
OENO	Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása

OEP	Országos Egészségbiztosítási Pénztár
OSAP	Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program
OTH	Országos Tisztifőorvosi Hivatal
PSZÁF	Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete
QALY	Quality adjusted life years
RACP	risk adjusted capitation payment
TAJ	Társadalombiztosítási azonosító jel
TQM	Total Quality Management
TVK	teljesítmény-volumen korlát
ÚSZT	Új Széchenyi Terv
WHO	World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)

1. AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS TÖRTÉNETE

(ÁGOSTON ISTVÁN, CSÁKVÁRI TÍMEA, ENDREI DÓRA)

1.1. Bevezetés az egészségbiztosítás története című fejezethez

A biztonság iránti igény egyidős az emberiséggel, azonban nagyon korán szembesültünk azzal, hogy bizonyos kockázatok bekövetkezésekor nem rendelkezünk az elhárításukhoz szükséges eszközökkel és forrásokkal. A balesetek következtében előállt sérülések, tartós rokkantsági állapotok és a betegségek kezeléséhez szükséges eszközök és szakemberek megszerzéséhez szükséges költségek éppen akkor merültek fel, amikor a források előteremtéséhez szükséges munkaerővel nem rendelkezett az ember. Különösen hangsúlyosan merül fel ez a kérdés a várható élettartalom növekedésével együtt járó krónikus betegségek költségeinél. Az emberiséget érintő másik elkerülhetetlen kockázat a halál, amely a temetkezési költségek miatt készítette öngondoskodásra a biztonságra törekvő embereket, és amely elvezetett egy olyan kollektív gondolkodáshoz, amely a mai társadalombiztosítás gyökerének tekinthető.

A ma ismert társadalombiztosítási rendszerek megjelenése a XIX. század végére tehető, annak ellenére, hogy az orvoslással kapcsolatos költségekről már az ókortól vannak feljegyzéseink. Úgyszintén ismertek olyan hivatali intézkedések, amelyek az adott állam területén élő népesség egészségi állapotát voltak hivatottak megvédeni, elsősorban a korabeli járványok pusztításaitól. Az ipari forradalom azonban szemléletbeli változást hozott a társadalombiztosítás szükségességével kapcsolatosan, hiszen a munkaerő egészségi állapota kiemelten fontos tényező lett, amely szükségessé tette annak biztosításához szükséges állami intézkedések megtételét. Ennek keretében megalkotásra kerültek a közegészségügyi törvények, amelyek intézményesített formában biztosítani kívánják az egészségügyi ellátás lehetőségét, amelynek fenntartását a munkaadók és a munkavállalók közösen viselik. A társadalombiztosítás kialakulása és fejlődéstörténete jól nyomon követhető, áthatja egyfelől az ellátások mind szélesebb körben történő kiterjesztésének igénye, valamint az ellátások biztosításához szükséges fedezet megszerzése érdekében folytatott erőfeszítések párhuzama, amely napjaink egyik fontos kérdései közé tartozik. Elmondható tehát, hogy nem szükségtelen áttekinteni a társadalombiztosítási rendszer hazai fejlődéstörténetét, kiemelten a XX. és XXI. század történéseire, ezáltal felismerve, hogy a jelenkor számos nagy társadalmi és politikai kérdése a múltban gyökerezik, illetve a felmerült kérdések megválaszolására alkalmazott módszerek a jelenkor kihívásaira aktualizálva alkalmasak lehetnek ezek kezelésére. A társadalombiztosítás történetével számos kutatás foglalkozik, amelyek közül a fejezet elkészítése során zsinórmértékként a következőket vettük figyelembe. [1, 2, 3]

1.2. Az egészségbiztosítás kialakulásának nemzetközi vonatkozásai

A társadalombiztosítási rendszerek előzményei között számon tarthatjuk a korabeli temetkezési egyleteket, amelyek közül a legrégebbiekre az ókori Egyiptomban és az ókori Rómában is találhatunk utalásokat. Az ókori nagy civilizációk mindegyikénél megtaláljuk a gyógyításra, ápolásra vonatkozó emlékeket, a kórházak őseiként említhető az ókori Egyiptomban „serapeion”, az ókori Görögországban Aszklépiosz tiszteletére emelt „aszklepeion”, illetve az ókori Rómában működő „valetudinaria”. [4] A Római Birodalom bukását követően évszázadokig nincsenek emlékeink öngondoskodásra irányuló egyletek működéséről, a hangsúly az egyházon keresztül végezett szegénygondozási tevékenységre kerül át. A biztosítási tevékenység ebben az időszakban is megmaradt, azonban jellemzően a bekövetkező tűzkárok és a hajózáshoz kapcsolódóan felmerült kockázatok kezelésére szorítkozott. [5] Azonban a kézművesség és a bányászat fejlődésével megjelenik az öngondoskodás igénye és szervezeti formái is a mindennapokban. A XIII. században a nagyobb német bányákban már megjelent a bányatárs-ládák intézménye, amelyek a beteg bányászok kezelésére, illetve temetkezési segítség biztosítására szolgáltak. A XIV. században a céheknél megjelennek az önszegélyező pénztárak, amelyeket kezdetben a mesterek alapítottak, hiszen részükre pontosan előírásra került az inasokkal való bánásmód, azonban a későbbiek során az inasok önállóan is létrehoztak ilyen pénztárakat. Az ipari forradalom gyökeresen átalakította a társadalmi viszonyokat, a városokba nagyszámú munkás áramlott, azonban mind a lakhatási, mind a munkakörülményeik miatt az egészségi állapotuk nem volt megfelelő. A szegénység és a betegség következtében fennálló tarthatatlan helyzetet az egyházi karitatív tevékenység már nem tudta kezelni, ezt ismeret fel XIII. Leo pápa, aki „A munkáskérdésről” című enciklikájában meghatározta az egyház és az állam szerepét a helyzet megoldásában. Az enciklika kitér arra, hogy a munkásoknak is tenniük kell saját egészségi és szociális helyzetük rendezése érdekében, megteremtve ezáltal az önszegélyezés és ezzel együtt a szükséges szervezetrendszer létrehozása iránti igényt a munkásosztályban. Felismerve a jogos igény jelentőségét, a munkaadók egy része is csatlakozott a munkások önszegélyező egyleteihez és betegségegyező pénztárakat állítottak fel. Mindazonáltal elmondható volt, hogy sem a korabeli szegénygondozás, sem az önszegélyezés, sem a betegségegyező pénztárak együttesen sem voltak alkalmasak a korabeli áldatlan állapotok kezelésére. Mindehhez szükség volt az állam hathatós közreműködésére, annak érdekében, hogy a népesség, és így a munkaerő egészségi állapota, szociális helyzete ne akadályozza a gazdaság fejlődését és ezen keresztül az állam működését.

A modern európai társadalombiztosítás megszületésének helye a korabeli Németország volt, ahol 1881-ben I. Vilmos német császár bejelentette, hogy intézményesített formában kíván gondoskodni a munkások jobb sorsáról. Kezdeményezése nyomán Otto von Bismarck, német kancellárja teremtette meg annak törvényi alapjait, aki a Reichstag épületében tartott beszédében a következőket mondta: **„Adjátok meg a munkásnak a munkához való jogot, amíg egészséges. Biztosítsátok néki az ápolást, ha beteg. Gondoskodjatok ellátásáról, ha megöregszik.”**[1] Az országos szinten kötelező betegségi biztosítást 1883-ban vezették be Németországban meghatározott kereskedelmi és ipari ágazatokban dolgozók számára. A kialakuló betegségi biztosítás széleskörű ellátást nyújtott, amelybe beletartozott a 26 héten át járó táppénz és orvosi kezelés, valamint a szülési-, terhességi- és gyermekágyi segély. A kötelező biztosítást 1884-ben kiterjesztették a balesetbiztosításra, majd 1889-ben rokkantsági és öregségi biztosítást vezettek be. A társadalombiztosítási rendszer következő elemét a

munkanélküliség elleni biztosítást 1927-ben vezették be Németországban. A német biztosítási rendszer 5. pillére, az önálló ápolásbiztosítási ágazat 1994-ben került bevezetésre.

A Bismarck-féle betegbiztosítási rendszer mintaként szolgált Európában, amelyet hazánk az elsők között, 1891-ben vett át. A német törvények mintájára az elmúlt évszázadban Európa-szerte megszülettek azok a jogszabályok, amelyek a társadalombiztosítási rendszer kialakítását célozták meg, és amelyek közül a teljesség igénye nélkül bemutatásra kerül néhány olyan ország, amely Európában meghatározó szereppel bír. [6, 7]

Franciaországban a betegségi- és öregségi biztosítás önkéntes alapon jött létre, csak 1928-ban került megalkotásra a kötelező betegségi, anyagsági, öregségi és rokkantsági biztosításról szóló törvény, amellyel egyből felzárkóztak a németországi társadalombiztosítási rendszerhez. Betegsegélyező pénztárak jöttek létre az országban, amelyek alapítása a munkáltatókhoz, szakszervezetekhez, illetve a biztosítottakhoz kötődött. A betegsegélyező pénztárak kiválasztásában a betegek nagy önállósággal rendelkeztek, aki nem lépett be egyik pénztárba sem, azoknak területi alapon állítottak fel betegsegélyező pénztárakat. A társadalombiztosítási járulék mértéke egységesen 8% volt, amelyet központosítva fizettek be a „Service regional” részére, amely szervezet a befolyt összegeket szétosztotta a különböző pénztárak között. Meghatározott biztosítási jogviszony után beteglapot kaptak, amellyel szabadon felkereshették az orvost, érvényesült a szabad orvosválasztás elve. A kezelés költségeit a betegek közvetlenül fizették meg az orvos részére, amelynek 80%-át a kapott számla alapján a pénztár visszatérítette a beteg részére.

Angliában 1919-ben létrejött társadalombiztosítás kötelező belépési kötelezettséget írt elő minden 14. életévét betöltött munkavállaló számára, akinek a keresete a 250 fontot nem haladta meg. A férfiak és a nők eltérő mértékű biztosítási díjat fizettek, amely azonban független volt a biztosított jövedelmének mértékétől. A biztosítottak befizetésén túlmenően az ellátások költségeihez az állam is közvetlenül hozzájárult, valamint viselte a központi igazgatással kapcsolatos költségeket is. A betegségi biztosítás költségei között kórházi kezelés nem szerepelt, a biztosítottak háziorvosait szabadon választhatták meg, amennyiben az orvos nem vállalta a biztosított ellátását, a beteg részére a pénztár jelölt ki hivatalból háziorvost.

Hollandiában 1913-ban vezették be a kötelező betegségi biztosítást, amely kiterjed minden olyan alkalmazottra, akik éves jövedelme a 3000 forintot nem haladta meg. A társadalombiztosítási járulék mértéke sávosan (1,7–5,7% között) határozta meg, amelynek 50%-át a munkáltató, 50%-át a munka-

1. táblázat. Az egyes biztosítási ágak bevezetésének ideje szerinti csoportosítása az Európai Unió országaiban (Boncz I.)

Biztosítási ág / év	baleset-biztosítás	betegség-biztosítás	öregségi biztosítás	munkanélküliség	családi pótlék
1883–1900	11 ország	7 ország	2 ország	–	–
1901–1920	10 ország	11 ország	12 ország	11 ország	–
1921–1944	4 ország	8 ország	11 ország	7 ország	11 ország
1945 után	–	1 ország	1 ország	3 ország	15 ország
Magyarországi bevezetés éve	1907	1891	1928	1957	1938

vállalók fizették. Az egészségpénztárak elsősorban pénzbéli ellátást nyújtottak táppénz és születési segély formájában, azonban a természetbeni ellátás költségeit a betegek maguk fizették. Tekintettel arra, hogy az orvosi és kórházi ellátás költségei jelentősek voltak, ezért számtalan **önkéntes egészségpénztár** alakult, ezen természetbeni ellátások költségeinek megfizetésére.

Svájcban 1911-ben alkottak törvényt a betegségi és baleseti biztosítás bevezetésére, azonban ez a törvény nem írt elő biztosítási kötelezettséget, hanem rögzítette azokat a feltételeket, amelyek megéléte esetén a betegsegélyező pénztárak állami támogatásra lettek jogosultak. A törvény lehetővé tette az egyes kantonok számára, hogy kötelezővé tehesék a biztosítást a saját területükön, azonban ezzel csupán 8 kanton kíván élni. A törvény alapján 1152 államilag elismert pénztár jött létre, rendkívül eltérő szolgáltatási profillal. Működésük alapjait a biztosítottak járulékbefizetései és az állam támogatásai jelentették.

Összefoglalóan elmondható, hogy a társadalombiztosítási rendszer németországi megjelenésével összhangban egész Európában létrejött a kötelező társadalombiztosítás, azonban országonként már a kialakulástól rendelkeztek olyan sajátosságokkal, amelyek hatásait a mai napig hordozza a társadalombiztosítási rendszerük. A francia rendszerben napjainkban is megtalálható co-payment fizetési kötelezettség, az angol egészségügyi rendszer alapellátás-centrikussága, valamint a holland magán-egészségpénztárak szerepe mind-mind történelmi gyökerekhez vezethető vissza. [8]

1.3. Az egészségbiztosítás kialakulásának kezdetei Magyarországon

A magyar társadalombiztosítási rendszer kialakulása hosszú folyamat eredménye volt, amely előzményei egészen a középkorig vezethetők vissza. A középkorban, összhangban az európai folyamatokkal, hazánkban is megjelennek az ipari munkásság önszervező segélyezési formáit. Ennek első írásos emlékei 1224-ből származnak, Selmecbánya **önsegélyezési szervezetéről**, amely a beteg és elaggott bányamunkások támogatására jött létre és önálló kórházat tartott fenn ennek céljából. Thurzó János felvidéki bányászati vállalkozó tekintetében ismeretes, hogy 1496-ból **bányatársládák**at hoz létre, amelyek írott alapszabályzat szerint működnek. Az alapszabályzat alapján minden társláda-tag jogosult volt a bányatársláda által biztosított segélyezésre. A kiadások fedezetét főleg a tagok hozzájárulásai biztosították, azonban néhány esetben a munkáltatók is közreműködtek a társládák fenntartásában, úgy, hogy egyes szolgáltatások költségeit átvállalták a tagoktól.

Természetesen a **szegénygondozási és betegellátási tevékenységet ellátó intézmények** meghatározó szervezeti formája a középkorban az egyházi jellegű egyesülés volt, mint például a besztercebányai Krisztus Szentséges Testének Társulata. A bányászoknál működő bányatársládák és az egyház szegénygondozási tevékenysége között számos kapcsolódási pont alakult ki, például a bányászok adományait kolostorokban őrizték, és olyan betegszobákat is létrehozta, amelyben a betegápolással szerzetesek foglalkoztak. [9]

A bányatársládák dinamikus fejlődése a XVIII–XIX. században volt megfigyelhető, azonban alapszabályaik kezdetben még nem tartalmaztak közvetlenül a nyújtott szolgáltatásokra vonatkozó mértékeket. A bányatársládák fejlődésének folyamatát segítette elő az 1778-as Udvari Kamara rendelete, amely meghatározta a **bányászok járulékfizetési kötelezettségét** és a kincstári támogatás mértékét

egyaránt. Szintén hatást gyakorolt a bányatársulások fejlődésére az Osztrák Bányatörvény 1854-es kiterjesztése a magyar területekre is, amely kötelezővé tette a bányatulajdonosoknak a bányatársulások alapítását. Érdekeség, hogy ebben az időben a viszonyosság elve a bányatársulások között nem érvényesült, azaz, ha egy munkás kilépett az adott bányatársulását fenntartó munkáltatótól, akkor minden jogosultságát elvesztette. A bányatársulások által nyújtott szolgáltatások rendkívüli módon eltértek egymástól, azonban néhány elemet általában tartalmaztak, mint amilyen a betegség esetén az ellátás és a gyógyszerek költségeinek fedezete, a munkaképtelenség esetére járó táppénz, vagy nyugbér, illetve kiterjedt még az özvegyek, árvák ellátására úgyszintén, mint a temetkezés költségeihez való hozzájárulásra. A bányatársulások bevételeit a tagok által önkéntesen befizetett és a fizetésből levont, előre meghatározott mértékű járulékok alkották, amelyet a munkáltatók hozzájárulása egészített ki, amelynek mértéke nem volt szabályozva, azonban amennyiben a bányatársulások hiányosan gazdálkodottak, a deficitet a munkáltató viselte. [10]

Teljesen más fejlődési pályát írt le az **ipari munkával foglalkozók segélyezésének** fejlődése, amelyet a községek és városok végeztek, az általános szegényügyi ellátás keretében. Változást ebben az eredményezett, amikor a XIV. században az azonos ipart űzők céhekbe tömörültek, amelyek a beteg legények istápolását és az özvegyek segítségét is feladatuknak tekintették. A XVIII–XIX. században alakultak meg az első munkás segélypénztárak, melyek kölcsönösségen alapuló biztosító intézetek gyanánt működtek, így tagjaikat, és azok családjaikat is segélyben részesítették, amikor azok önhibájukon kívül keresőképtelenné váltak.

A XIX. század első felében megindult a szervezett, önszegélyezési egyesületek kialakítása, amelyek azonban működésük során egyre inkább beleolvadtak az ipartestületi betegsegélyező pénztárakba, ez alól a tendencia alól egyedül a nyomdászoknak sikerült kimaradniuk. Meg kell említeni az 1846-ban alakult Budapesti Kereskedelmi Nyugdíj- és Betegápoló Egyesületet, amely az egyike az elsőként alapított magyar **önkéntes segélyegyleteknek**, és ez a segélyegylet tekinthető a Magánalkalmazottak Biztosító Intézete jogelődjének. [11]

Az 1867. évi kiegyezést követően erőteljesen megindult az ipar fejlődése, ennek következtében kialakul az ipari munkásosztály, amely felerősítette a munkások törekvését, amely arra irányult, hogy az egész munkásosztályra kiterjedő segélyegylet jöjjön létre, eltérően az egyes gyárak betegpénztáraktól, amelyek kizárólag a saját munkavállalóiknak nyújtanak szolgáltatásokat és csak a foglalkoztatás időtartama alatt. Ennek a törekvésnek az eredményeként 1870-ben hozták létre az Általános Munkásbetegsegélyező és Rokkant Pénztárat, amely „... hivatva van arra, hogy az összes gyári és társulati segélypénztárat kebelébe felvegye...”. A korabeli önszegélyező egyesületek működési alapja az a gondolat volt, hogy a munkást "betegségében illően segélyeztessék, rokkantság esetére fenntartassék és halála esetén temetkezési járulékot, hátramaradottainak gyámolítást nyújtson". Az Általános Munkás betegsegélyező és Rokkant Pénztárba történő belépés önkéntes volt, összhangban a kitűzött célokkal. Az intézmény önállóan működött, igazgatását kizárólag a munkások végezték, az alapszabály értelmében a központi választmány vezette, legfőbb önkormányzati szerve a küldöttközgyűlés, és a felügyeleti szerve Budapest Székesfőváros Tanácsa volt.

A XIX. század második felében az 1884: XVII törvénycikk (továbbiakban: Ipartörvény) értelmében az **iparban segélypénztárak** jönnek létre, amely egy jelentős lépés volt a kötelező biztosítás létrejöttének irányába, mert a létrehozásuk ugyan önkéntes volt, de ha létrehozták, kötelező volt csatlakozni hozzá. A fenntartásával járó költségek és az adminisztrációs kiadások miatt nem vált közzelvet megoldássá a segélypénztárak létrehozása, 1892-ig összesen 28 ilyen ipari segélypénztár került

megalapításra. Az Ipartörvény hatására további önszegélyező egyesületek jöttek létre, főként szakmai alapon (pl.: nyomdász, cipész segélyegylet), illetve területi alapon is (pl.: Pesti Női Betegsegélyező Egyesület). Sajnálatos módon azonban a kis taglétszámú egyesületek nem rendelkeztek az ellátások biztosításához szükséges forrásokkal, ennek ellensúlyozására magasabb járulékkulcsok kerültek meghatározásra, amelyeket a leginkább rászorulóknak nem tudtak megfizetni. Megfelelő források hiányában a segélypénztárak nem tudtak elégséges színvonalú ellátást biztosítani, ezért nagy részük csődbe ment. Mindezek alapján elmondható, hogy felerősödött az igény arra, hogy az állam törvény erejével biztosítsa a munkaképtelen dolgozók részére nyújtott kötelező ellátásokat.[12]

1.4. A kötelező egészségbiztosítás kezdetei Magyarországon

Magyarországon a kötelező társadalombiztosítás gyökerei a XIX. század végéig nyúlnak vissza. Az **ipari és gyári alkalmazottaknak betegség esetén való segélyezéséről szóló 1891. évi XIV törvénycikk** teremtette meg a jogi alapját annak, hogy az ipari és gyári alkalmazottak kötelező jelleggel vegyenek részt a társadalombiztosítási rendszerben, és befizetések ellenértékéért betegségi, baleseti szolgáltatásokra és pénzbeli ellátásokra szerezzenek jogosultságot. Az **egészségügyi ellátások és a pénzbeli szolgáltatások fedezetét** a bérek 3%-át kitevő járulék képezte, melyet 2/3 részben a munkavállaló, 1/3 részben a munkáltató fizetett. A szolgáltatások igénybevételéhez minimálisan 8 nap tagságra volt szükség, a szolgáltatásokra a biztosítotton túlmenően a hozzátartozók is jogosultak voltak. A betegsegélyező pénztárak által nyújtott betegségi ellátások körébe tartoztak a 20 hétig tartó ingyen orvosi ellátás és a szükséges gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök költségei, valamint ingyen szülészeti támogatás és **gyógykezelés**, valamint **terhességi-gyermekágyi segélyt** is nyújtottak. A **táppénz** szabályai szigorodtak, nem volt jogosult, aki betegségét szándékosan vagy önhibájából okozta. Megjelent a passzív jogú ellátás fogalma is, ennek értelmében amennyiben a pénztári tag keresethiány miatt nem tudta fizetni a tagsági díjat, további hat hétig jogosult volt a pénztári szolgáltatásokra.

A jogszabály hatálya az ágazatokra és munkavállalókra terjedt ki, akik az Ipartörvény hatálya alá tartoztak. Mindazon állampolgárok, akikre az Ipartörvény hatálya nem terjedt ki (pl. mezőgazdasági munkások, önálló iparosok és ezek családtagjai), azok önkéntes jelleggel biztosíthatták magukat a segélyegyleteknél. A törvény nem szabályozza külön a munkahelyi baleset esetére járó ellátásokat, a munkavállalók ebben az esetben is a betegség esetén járó szolgáltatásokra voltak jogosultak, eltérően a Németországban már alkalmazott gyakorlattól.

Megalakult az **Általános Munkásbetegsegélyező Pénztár** 1892-ben, párhuzamosan a **Budapesti Betegsegélyező Pénztárral**. A két pénztár között erőteljes versengés alakult ki, amely nem nélkülözte a politikai felhangot, azonban a versenytársak, felismerve ezen versengésnek a pénztárak működésére gyakorolt negatív gazdasági hatásait, egyesültek Budapesti Kerületi Általános Munkás Betegsegélyező Pénztár néven. Az 1891. évi XIV. törvény rendelkezéseivel egyik érintett fél sem volt maradéktalanul elégedett, különösen a balesetbiztosításra vonatkozó rendelkezéseket hiányolták az érintettek, amely hiátust az is alátámasztotta, hogy az egészségtelen munkakörülmények, a balesetelhárító és egészségvédő óvórendszabályok teljes hiánya miatt nagyon magas volt a munkahelyi balesetek száma. Az adott korszakban egyre gyakoribb és tömegessé váló sztrájkmozgalmak céljai között egyre inkább

előtérbe került a társadalombiztosítás reformja. A reform szükségességét támogatták az orvosok is, akik fő célkitűzései közé tartozott, hogy azok, akik nem szorulnak rá, ne léphessenek be a kötelező társadalombiztosításba, azonban nem a szociális egyenlőség miatt elvhűség, hanem a magánorvosi gyakorlat megmaradása miatt. [13]

Az ipari és kereskedelmi alkalmazottak **betegség és baleset esetére való biztosításáról** szóló 1907. évi XIX. törvénycikk új alapelveket honosított meg a magyar társadalombiztosításban, egyfelől kötelezővé tette a társadalombiztosításba történő belépést az érintetteknek, másfelől olyan társadalombiztosítási szervezetet vázol fel, amely országos hatáskörű és központosított elvek alapján működik, működésének felügyeletét önkormányzati elvek alapján a munkavállalók és munkáltatók képviselői látják el paritásos alapon. Célként jelölték meg a kölcsönösség érvényesülését, a terhek arányos megosztását és a segélyezés egységes elvek alapján való megvalósítását. A társadalombiztosítás elvei között megjelent a többszörös biztosítás tilalmának elve is, ami azóta is a társadalombiztosítás elvei közé tartozik, és ami azt jelentette, hogy betegség esetére mindenki csak egy jogcímen lehetett biztosítva.

A törvénycikk rendelkezéseivel összhangban létrehozásra került az **Országos Munkásbetegség-élesztő és Balesetbiztosító Pénztár**, amely elsősorban az ipari és kereskedelmi dolgozók biztosítási tevékenységét végezte. Szervezeti felépítésének sajátosságai a következők voltak: egyfelől felügyeletét a megalakultak önkormányzatok látták el, amelyekbe mind a biztosítottak, mind a munkáltatók képviselői részt vettek, másfelől működése országos, működtetésére központosított szervezetet hoztak létre. A törvénycikk következő lényeges eleme az volt, hogy a bevonja a biztosítás hatálya alá a biztosítottal egy háztartásban élő, keresettel nem rendelkező családtagot, amellyel Európában elsőként **terjesztette ki a biztosítási védelmet a hozzátartozókra is**. Mindezek alapján az egyszerűség kedvéért, amikor a következőkben biztosítottakat említünk, ott a hozzátartozókat is értjük. A törvénycikk másik lényeges újonsága, hogy az elvárásokkal összhangban létrehozza a kötelező balesetbiztosítást is Magyarországon, elkülönítve ezáltal a **munkahelyi baleset** esetén járó szolgáltatásokat az általános betegségi szolgáltatásoktól. A törvény értelmében az üzemi baleset esetére azok a munkavállalók voltak biztosításra kötelezettek, akik a testi épségre veszélyesnek tartott munkahelyeken dolgoztak, viszont ebben az esetben a munkáltató minden alkalmazottjára kiterjedt a biztosítási kötelezettség, tekintet nélkül javadalmazásuk nagyságára. A törvény csak az üzemi baleset esetén nyújtott kártérítést, a foglalkozási betegségekért nem. Akkor járt baleseti ellátás, ha a biztosított munkavégzés alatt vagy olyan tevékenység közben szenvedett balesetet, amelyet a munkaadó utasítására, vagy a munkahely érdekében végzett. A gyakorlatban üzemi balesetnek minősítették a munkába menet vagy onnan jövet bekövetkezett balesetet is, amely a jelenlegi biztosítási jogszabályoknak is részét képezi. [14]

1.5. Az egészségbiztosítás fejlődése a két világháború időszakában

Az első világháború hatásai nemcsak közvetlenül, hanem közvetetten is érintettek a társadalombiztosítási rendszer működését, hiszen a világháború következtében drasztikusan emelkedő infláció szükségessé tette a társadalombiztosítási ellátások emelését. Az infláció következtében a névleges bérek emelkedése miatt emelni kellett a **biztosítási bérlapot** is, ellenkező esetben számos rászoruló

esett volna ki a biztosítási védelemből. A társadalombiztosításban bekövetkező változtatások fő célja, hogy elsősorban a betegbiztosítás területén történő szükségletek kielégítését célozták, azonban a súlyos gazdasági helyzet miatt ezek sem valósulhattak meg maradéktalanul. **A biztosítottak köre még mindig nem volt teljes körű**, nem fedte le a teljes lakosságot, hiszen továbbra is kimaradtak belőle a háztartási alkalmazottak, a mezőgazdaságban dolgozók, valamint nem valósult meg az időskori biztosítás sem.

Az Országos Pénztár vállalta a hadbavonultak családtagjainak ingyenes gyógykezelését a háború alatt, azonban a hadbavonult tagok elvesztették betegségi szolgáltatási jogukat, azzal az indokkal, hogy a hadviselés közben keletkezett károk viselése az állam feladata. Tekintettel arra, hogy a társadalombiztosítási intézmények önkormányzatainak sok tagja katonai szolgálatot teljesített, ezért az önkormányzatok működése szinte teljesen megbénult.

A Tanácsköztársaság, dacára viszonylag rövid regnálásának, számos változást hozott a társadalombiztosítási rendszerbe. Sajnálatos módon, a rendelkezésre álló idő rendkívül rövid volt, és reális lehetőség sem mutatkozott a tervezett intézkedések végrehajtására, hiszen a háború során jelentősen megrongálódtak a gyógyító intézmények, tönkrement a felszerelésük, és az egekbe szökő infláció miatt a pénztárak anyagilag is ellehetetlenültek. Az intézkedések jelentősége azonban abban rejlett, hogy egy már korábban biztosított, megadott ellátás visszavonása mindig sokkal körülményesebb, mintha korábban azt eleve nem adták volna meg. [2] A Tanácsköztársaság kikiáltását követően kárpótlás nélkül **kisajátították a biztosítási intézmények vagyonát**. Az általános munkakötelezettséggel együtt kimondták a munkához való jogot, amely egyben az önhibájukon kívül munkaképtelenek esetében azok állami ellátását is jelentette. Az 1919/XXI KTE sz. rendelet a **kötelező biztosítás hatályát kiterjesztette minden dolgozóra**, így a földműves munkásokra és a háztartási alkalmazottakra is.

Az ellátásokat kiterjesztették: a betegségi ellátás egy teljes évig járt, a táppénz mértékét sávosan növekvő mértékben határozták meg az ellátás időtartalmától függően. A terhességi-, gyermekágyi segély mértéke növekedett. A baleseti ellátások is újraszabályozásra kerültek, megjelent a rendkívüli járadékpótlék intézménye is. Ezekon felül jelentős egészségügyi és népegészségügyi intézkedéseket hajtottak végre. A bonyolult társadalombiztosítási szervezet egységesítésére törekedtek. Létrehozták az Országos Munkásbiztosító Pénztárat és ezzel egyidejűleg megszüntették a bányatársuladákat, továbbá kizárták a munkaadókat a társadalombiztosítási intézmények önkormányzataiból és a jogorvoslati fórumokból. A társadalombiztosítás ügye teljes egészében az újonnan létrehozott Munkaügyi és Nép-jóléti Népbiztosság hatáskörébe, egységes irányítása alá került. [15]

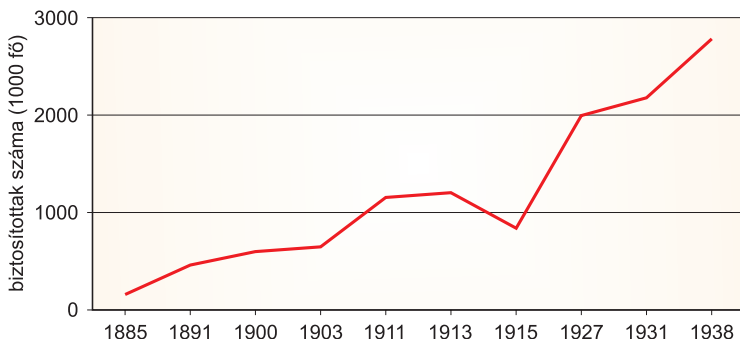
A Tanácsköztársaság bukását követően a társadalombiztosításban a régi jogrendelet a 3679/1919 népegészségügyi miniszteri rendeletet állította vissza, a kormány visszaállította a munkáltatók jogait a pénztárak önkormányzatában és a választott bírásokban, valamint ismét magántulajdonba helyezték a gyógyfürdőket, gyógyforrásokat. A Tanácsköztársaság elbukott, azonban társadalombiztosítási rendszerének bizonyos vívmányai megmaradtak.

A Tanácsköztársaság bukását követően a regnáló kormány hosszú időn keresztül nem fogantatosított szociálpolitikai intézkedéseket annak ellenére, hogy arra rendkívül nagy szükség lett volna. Az intézkedések elmaradásának indokaként az a reális érv hangzott el, hogy az első világháború és a trianoni béke anyagilag tönkretette az országot, és az óriási gazdasági nehézségek miatt, amit az egyre gyorsuló ütemű infláció is súlyosbított, nem volt lehetséges a további szociálpolitikai döntések meghozatala és a társadalombiztosítás továbbfejlesztése. **A társadalombiztosítás átfogó reformja 1927. évben zajlott le**, amelyet az 1927. évi XXI. Törvénycikk indított meg. A Törvénycikk a társa-

dalombiztosítás centralizációját fokozta, kiterjesztette a biztosítottak körét, ugyanakkor továbbra is kihagyva a mezőgazdasági alkalmazottakat, továbbá megfelelő ellátást biztosít a foglalkozási megbetegedésekben szenvedőknek is. Továbbra is megmaradt a bérhatár intézménye és az önkéntes biztosítás kötésére vonatkozó lehetőség is, valamint új elemként megjelent az emelt összegű biztosítás megkötésére vonatkozó lehetőség. A Törvénycikk rögzíti a segélyezés egységesen meghatározott mértékét, amely ez idáig függő helyzetben volt a gazdasági és egyéb tényezőktől, így csökkentek a fellelhető különbségek az ellátások tekintetében. [1]

Ezen Törvénycikk rendelkezései nyomán jött létre az Országos Munkásbiztosító Intézet, amely nevét 1928-tól **Országos Társadalombiztosítási Intézetre (továbbiakban: OTI) módosította**, amely a betegségi és balesetbiztosítási feladatait központi és helyi szervei, a kerületi és vállalati pénztárak útján intézte. Az OTI nagy hangsúlyt helyezett az egészségvédő szolgálatok és szolgáltatások szervezésére, mint amilyen a védőnők alkalmazása, és a tüdőszűrő vizsgálatok megvalósítása. Az OTI rendkívül **széles körű egészségügyi szolgáltatási csomagot** nyújtott a biztosítottak részére, amely magába foglalta az orvosi és gyógyszerészeti ellátást, valamint a kórházi ellátást is, amelyek kezdeménye beutalóval (rendelvényel) történt, kivéve sürgősségi esetben, amely esetében beutaló intézkedésre nem volt szükség. Az OTI működését pénzügyi nehézségek jellemezték, melyek egyfelől a segélyezettek túlméretezett voltából, másfelől a túlzó adminisztrációs költségéből fakadtak. A gazdasági világválság hatása tovább súlyosbította a fennálló gazdasági nehézségeket, ezeknek megoldására az 1932. évi XII. törvény értelmében a társadalombiztosítás a Népjóléti Minisztériumból a Belügyminisztérium hatáskörébe került át. A felügyelet megváltozásából fakadó legjelentősebb eredménye az volt, hogy a betegségi biztosítási ágazat egyfelől általános, másfelől háztartási ágra bomlott, amely intézkedés eredményeként közel évi 100.000 pengő kiadástól mentesültek a munkaadók. A betegségbiztosítás önálló intézetei egyes ágazatokban változatlanul fennmaradtak: az államvasutak (M. kir. Államvasutak Betegségi Biztosító Intézete), a posta (M. kir. Posta Betegségi Biztosító Intézete), a dohányipar (Dohányjövédék Országos Betegségi Biztosító Intézete), a hajózás (Dunai Hajózási Biztosítási Intézet) illetve az OTI-val párhuzamosan fennállott a Magánalkalmazottak Biztosító Intézete, amely a számtalan magánegyesületi betegsegélyező pénztár közül egyedül volt képes megmaradni és megerősödni oly mértékben, hogy az OTI egyenrangú társává válhatott. A MABI rendkívül széles körben nyújtott szolgáltatásokat a biztosítottak és hozzátartozóik részére és saját kórházakat (pl. Ferencz József Kereskedelmi Kórház) tartott fenn, valamint rendelkezésre álltak a közkórházak, és megállapodásokat köthetett magánkórházakkal is. A mezőgazdasági munkások biztosítását ebben az időben külön kezelték és az Országos Mezőgazdasági Biztosítási Intézet látta el. Fontos kiemelni, hogy önkéntes biztosítás nyújtására kizárólag az OTI és a MABI volt jogosult. [16]

A gazdasági világválság okozta pénzügyi nehézségek azonban 1931-ben számos megszorító intézkedést kényszerítettek ki, köztük megszüntették az emelt szintű betegségi ellátásokat, a táppénz mértékét csökkentették, bevezették a vényen vagy utalványon rendelt gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök utáni költségértéket, valamint az idült betegek ellátását időben korlátozták. A balesetbiztosítási ágazatban bevezették, hogy nem járt kártalanítás annak, akinek a munkába menet, vagy onnan jövet bekövetkezett balesete munkaviszonytól független eseménnyel volt összefüggésben, illetve, ha a biztosított hibás magatartásával maga idézte elő a balesetet. A világgazdasági válság megszűnése után helyreállt a pénzügyi egyensúly, így fokozatosan megszüntették ezeket a korlátozásokat.



1. ábra. A biztosítottak létszámának változásai 1885 és 1938 között Magyarországon
(Forrás: Igazné Prónai B adatai alapján saját szerkesztésben)

Érdekes, hogy a második világháború véres forgatagában is volt elegendő elszántság és energia a társadalombiztosítási szolgáltatások megújítására, amelyet a kötelező biztosítás 50. évfordulójára, 1941-re az OTI megvalósítani tervezett, és amely a 7200/1942. ME. sz. rendelet valósított meg. Ennek keretében az orvosi gyógykezelés, gyógyszerek, gyógyfürdők, gyógyvizek és gyógyászati segéd-eszközök a biztosítási viszony fennállása alatt mindvégig jártak, a passzív jogú ellátások a biztosítási jogviszony megszűnése követően még 13 hétig jártak, illetve lényegesen bővült a katonai szolgálatot teljesítő biztosítottak családtagjainak igényjogosultsága. [13]

1.6. Az egészségbiztosítás a szocialista szakszervezeti irányítás korszakában a rendszerváltásig

A II. világháború végén a magyar egészségügy és a társadalombiztosítás rendkívül aggasztó helyzetbe került: a kórházi ágyak közel kétharmada elpusztult, az épületkárok 30-40% közeliek voltak, és a kivonuló német csapatok magukkal vitték a kórházi felszerelések egy részét, társadalombiztosítási intézmények hiánya körülbelül 160 millió dollár nagyságú volt. A szocialista társadalomszervezési elvek keretében 1945-ben megindult a társadalombiztosítás egységesítése és államilag irányított egészségügy kialakítása, amely a 285/1945. M.E.sz. rendelettel kezdődött. A társadalombiztosítási intézmények összevonása 1948-ban megkezdődött, vagyonuk az Országos Társadalombiztosítási Intézet kezelésébe kerül. Megszűnt többek között a Magánalkalmazottak Biztosító Intézete, az Országos Nyugdíjintézet, az Országos Tisztviselő Betegsegélyező Alap, végül a Magyar Posta Betegségi Biztosító Intézet, míg végül egyedüliként a Magyar Államvasutak társadalombiztosítási intézménye őrizte meg az önállóságát. [17]

A Magyar Népköztársaság Alkotmányáról szóló 1949. évi XX. törvény 47. §-a következő rendelkezéseket tartalmazta a társadalombiztosítás és az egészségügy vonatkozásában:

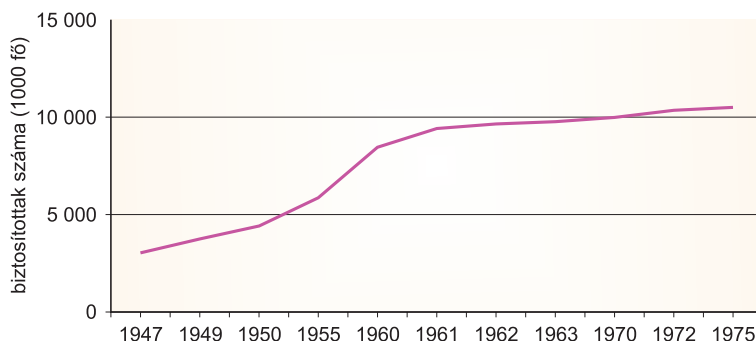
„(1) A Magyar Népköztársaság védi a dolgozók egészségét és segíti a dolgozókat munkakép-telenségük esetén.

(2) A Magyar Népköztársaság ezt a védelmet és segítséget széleskörű társadalombiztosítással és az orvosi ellátás megszervezésével valósítja meg.”

Az Alkotmány rendelkezéseinek értelmében az egészségügy fenntartása állami feladattá válik, a társadalombiztosítási rendszer fokozatosan kiterjesztésre kerül, amely folyamat 1945-ben kezdődött a mezőgazdasági munkásokkal, míg végül 1984-re magába olvasztotta a lakosság egészét. A társadalombiztosítási tevékenység irányítása az 1950. évi 36. törvényerejű rendelettel a szakszervezetek, a Szakszervezetek Országos Tanácsa alá került, ezzel párhuzamosan létrejött a Szakszervezeti Társadalombiztosítási Központ (SZTK) és kiépült a jelenleg is működő kifizetőhelyi rendszer. Az Alkotmány rendelkezéseivel összhangban, szovjet mintára profilisztiztást végeztek, és ennek eredményeként még ugyanebben az évben az egészségügyi tevékenység finanszírozása leválasztásra került a társadalombiztosításról. [18] 1964-ben a társadalombiztosítás irányítása és felügyelete a Szakszervezetek Országos Tanácsa Társadalombiztosítási Főigazgatóságának hatáskörébe került és 1984-ig ott is maradt.

Megjelenik a hazai kórházi fejlődésében mérföldkövének számító, az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény, amely deklarálta, hogy az egészségügy állami feladat, ezáltal az egészségügyi szolgáltatásokat kiemelte a társadalombiztosítási rendszerből, és így biztosítási jogviszony helyett állampolgári jogon hozzáférhetővé tette minden állampolgárnak. A társadalombiztosítás egységes keretbe történő rendezése, folyamatainak szabályozása, a működését biztosító fedezeti rendszer meghatározása, illetve a jogorvoslati fórumrendszer kialakítása érdekében megszületett a társadalombiztosításról szóló 1975. évi II. törvény. Az 1984. évi V. tv. megszüntette a közvetlen szakszervezeti irányítást, azáltal, hogy a társadalombiztosítást állami feladattá tette, amelyet állami szervezetnek kell ellátnia, így létrejött az Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság (OTF). [19]

A társadalombiztosítás szervezetében a rendszerváltással együtt bekövetkező változások előfutáraként önálló **Társadalombiztosítási Alap jön létre 1989-ben**, amely nem része a központi költségvetésnek, azonban a társadalombiztosítási ellátások állami garanciája továbbra is megmarad. Az állami garancia azt jelenti, hogy amennyiben a befolyt társadalombiztosítási járulékok nem elegendő az ellátások finanszírozására, úgy az állami költségvetés a hiányt pótolja. A Társadalombiztosítási Alap kezelője az Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság lett.



2. ábra. A biztosítottak létszámának változásai 1947 és 1995 között Magyarországon
(Forrás: Igazné Prónai B adatai alapján saját szerkesztésben)

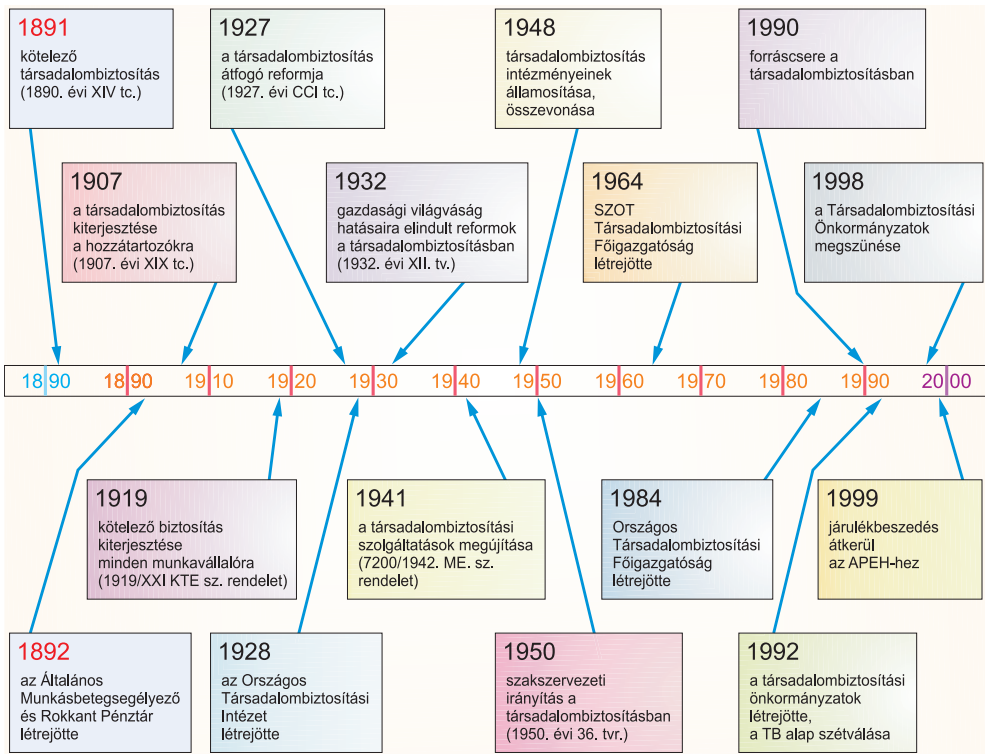
1.7. Az egészségbiztosítás fejlődése és kihívásai a rendszerváltást követően napjainkig

A rendszerváltozás során hazánkban számos területen reformok indultak meg, és elkezdődött a nagy állami rendszerek reformja. 1991-es törvényi rendelkezéssel 1992-től létrehozásra került az Egészségbiztosítási és a Nyugdíjbiztosítási Önkormányzat, szétválasztásra került a Tb Alap **Nyugdíjbiztosítási és Egészségbiztosítási Alappá**, valamint 1993-tól a korábbi Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság helyett megalakításra került a különálló **Országos Egészségbiztosítási Pénztár** (továbbiakban: OEP) és az **Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság** (továbbiakban: ONYF) szervezete, külön-külön országos központi szervezettel és megyei igazgatóságokkal. [20] Az egészségügy finanszírozása 1990-ben egy forráscsere következtében átkerült a társadalombiztosításhoz, cserébe a családi támogatások kiadásait (pl. családi pótlék, gyermekgondozási segély), majd később 2000-től annak adminisztrációját az állam vállalta át, az általa létrehozott szervezetek (Területi Államháztartási Hivatal – Magyar Államkincstár – Kormányhivatal) segítségével láttatta el.

1998-ban a **Kormány megszünteti a Társadalombiztosítási Önkormányzatokat**, jogutódjuk a Magyar Állam lett, így az Egészségbiztosítási és Nyugdíjbiztosítási Alap felügyelete, valamint a társadalombiztosítás igazgatási szerveinek irányítása állami feladattá változott miniszteriális felügyelet mellett. Az OEP felügyelet ezt követően többször változott, végleges felügyeleti szerve a mindenkori, egészségügyért felelős miniszter lett. A **társadalombiztosítási járulék beszedést** 1998-ig az **Országos Egészségbiztosítási Pénztár** végezte, amelyet 1999. január 1-től átvett az Adó- és Pénzügyi Ellenőrzési Hivatal (APEH), mint a Nemzeti Adó- és Vámhivatal jogelődje. [21]

A funkcióváltások eredményeként tehát létrejött egy letisztított profillal rendelkező, az egészségügyi ellátások finanszírozására koncentrált államigazgatási szerv, amely esetében a szolgáltatásvásárlói funkciók előtérbe helyezése és a betegút szervezési tevékenység megerősítése lehet a következő irányvonal, amelyen a szervezet fejlődése elindulhat. A feladatkör-változásokkal nem hagyták érintetlenül a szervezeti felépítést sem, a rendszerváltást követően a járulékbeszedéssel kapcsolatos tevékenységekről fokozatosan átkerült a hangsúly az igazgatási, gazdasági funkciókra, azonban az új feladatoknak megfelelően érezhetően erősödik a szakmai (egészségügyi) területek dominanciája. [22] Az alábbiakban összefoglalásra kerültek a társadalombiztosítás fejlődésének legfontosabb állomásai, amelyek jó alapot teremtenek ahhoz, hogy felismerhessük a jelen és a jövő nagy kihívásait. A könnyebb áttekinthetőség érdekében idővonal segítségével kerülnek összegzésre a legfontosabb mozzanatok, amelyek a kötelező társadalombiztosítás legfontosabb mérföldköveinek tekinthetők.

A társadalombiztosítás fejlődését napjainkban is számos társadalmi, gazdasági kihívásnak való megfelelés igénye motiválja, amelyek közül néhány megkerülhetetlen, amelyekről célszerű jelen fejezet keretei között is elgondolkodni. A hazai társadalombiztosítás fejlődését determinálja a társadalom elöregedése, amely elsősorban a nyugdíjbiztosítási rendszer újragondolását teszi szükségessé, de az egészségbiztosítási rendszeréhez szorosan kapcsolódva többször is felmerült a német rendszerhez hasonló ápolásbiztosítás megalakítása is. A demográfiai problémákat súlyosbítja az a helyzet, hogy a „Ratkó korszak” gyermekei kezdik betölteni a számukra irányadó nyugdíjkorhatárt, valamint, hogy a munkaképes korú lakosság egyre nagyobb mértékben vállal munkát külföldön, ezáltal az általuk befizetett járulékok nem a hazai társadalombiztosítás forrásait növelik. A hazai járulékfizetési rendszer



3. ábra. A kötelező társadalombiztosítás fejlődésének legfontosabb állomásai 1891-től 2015-ig

nem tartalmaz ösztönzőket a gyermekvállalásra, ezáltal tovább súlyosbítva a demográfiai helyzetet. A nyugdíjbiztosítás kihívásainak kezelése érdekében szükség lenne egy transzparens, hosszú távon kiszámíthatóan működő és az egyéni befizetéseket és nyugdíjba vonulási preferenciákat figyelembe vevő nyugdíjrendszerre. Az egészségbiztosítás területén megmarad az állam dominanciája, a kiegészítő biztosítások szerepe tisztázásra vár, amelyet elősegíthetne a biztosítottaknak járó szolgáltatások alapsomagjának jogszabályi szintű deklarációja. Az egészségbiztosítás privatizációja előre láthatóan növelné a kapcsolódó adminisztratív költségeket, összhangban a nemzetközi tapasztalatokkal. További intézkedések szükségesek az egészségbiztosítás biztosítási elvének megerősítésére, hogy kizárólag az kaphasson ellátást, aki aktív biztosítási jogviszonnyal rendelkezik, amely folyamatos járulékfizetési kötelezettség alapoz meg. A biztosítási elv nem következetes alkalmazása esetén el kell gondolkodni az egészségbiztosítási ellátásokhoz való hozzáférés tekintetében biztosítási jogcím helyett állampolgári jogon történő hozzáférés deklarálásához. Az ellátórendszerben egyértelműen rendezni kell az egészségbiztosítási szerv szolgáltatásvásárló funkcióját, valamint a magán és az állami ellátások egymáshoz való viszonyát, illetve következetes elhatárolását egymástól.

IRODALOM

1. Buda J. Betegségi biztosítás – Szemelvények a társadalombiztosítás történetéből (főiskolai jegyzet). Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar. Pécs (2001)
2. Igazné Prónai B. A kötelező társadalombiztosítás kialakulása, fejlődése Magyarországon (Ph.D. értekezés) Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsészettudományi Kar Történelemtudományi Doktori Iskola. Budapest (2006)
3. Boncz I. A társadalombiztosítás története dióhéjban. In: Trendvonalak az egészségügyben VI. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár helye és szerepe az egészségügyben (21-37.o.), Szerk.: Bodor Sz, Ifj. Bodor Sz, Méreg G, Ecom Kvality. Budapest (2007)
4. Ágoston I és mtsa. A magyarországi ispotályok kialakulásának és fejlődésének történelmi áttekintése a 11-18. század kezdete közötti időszakban Egészségügyi Gazdasági Szemle 2012; 50(4): 2-13.
5. Temesvári T. Társadalombiztosítási jog (főiskolai jegyzet). Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar. Pécs (2003)
6. Borbély A. A társadalombiztosítás kezdetei Európában és hazánkban. Miskolci Egyetem Állam- és Jogtudományi Kar. Miskolc (2013)
7. Borbély A. A társadalombiztosítás kezdetei Európában és hazánkban. Miskolci Egyetem Állam- és Jogtudományi Kar. Miskolc. (2013)
8. Ágoston I, Vas G, Endrei D, Zemplényi A, Molics B, Szarka E, Boncz I Egészségügyi kapacitások szabályozásának szakirodalmi áttekintése a nemzetközi gyakorlatban EGÉSZSÉG-AKADÉMIA 2012; 3(2): 115-128.
9. Buda J. A betegápolás története (főiskolai jegyzet). Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar. Pécs (2004)
10. Mihalovits J. A 430 éves bányatársulási intézmény eredete és fejlődésének írott emlékei 1854-ig. Sopron (1925)
11. Hitchins, Keith. Önszegélyező egyletek Magyarországon 1830 és 1941 között. Esély 1995; 3: 89-109.
12. Ecséri L. A munkássegélyezés ügye Magyarországon tekintettel a munkásbiztosítás kérdésére. Pesti Könyvnyomda-Részvény-Társaság. Budapest (1884)
13. A magyar társadalombiztosítás ötven éve 1892-1942. Pallas Nyomda. Budapest (1943)
14. Bódy Zs. A „szociális kérdés” kezelésének alternatívái a 19. század végén. Korall, 2001; Ősz-Tél: 72-93.
15. Brónai B. A társadalombiztosítás Magyarországon 1891 – 2005 – ig. JATE Press. Szeged (2011)
16. Botos J. A magyar társadalombiztosítás kialakulása és fejlődése. Osiris Kft. Budapest (1998)
17. Laczkó I. A magyar munkás- és társadalombiztosítás története. Táncsics Könyvkiadó. Budapest. (1968)
18. A magyar társadalombiztosítás húsz éve 1945-1964. Táncsics Könyvkiadó. Budapest (1967)
19. A társadalombiztosítás szakszervezeti irányításának 30 éve 1950-1980. Szakszervezetek Országos Tanácsa Társadalombiztosítási Főigazgatóság. Budapest (1980)
20. FRATERNITÉ – jelentés a társadalombiztosítás reformjáról. FRATERNITÉ Tanácsadó Rt. T-Twins Kiadói és Tipográfiai Kft. Budapest. (1991) RENDSZERVÁLTÁS ELÉ
21. Boncz I., Dózsa Cs. Az egészségbiztosítási és egészségfinanszírozási rendszer változásai 1992-2002. MOTESZ Magazin, 2002, 11(4): 52-55.
22. Boncz I. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 10 éves működéséről (1993-2003). Egészségügyi Menedzsment, 2004, 6(1): 79-82

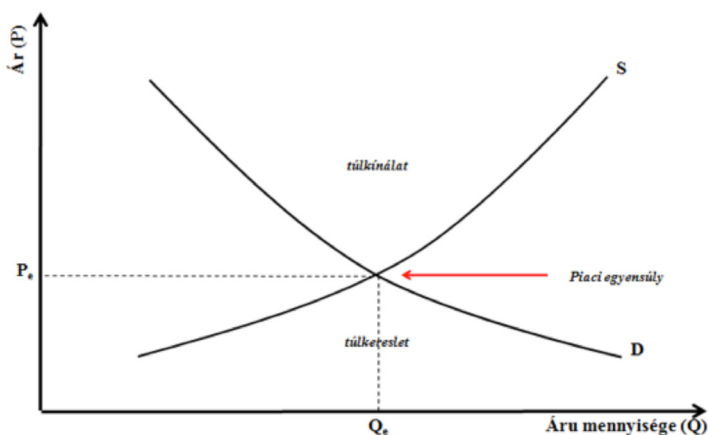
2. AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI PIAC SAJÁTÓSÁGAI

(CSÁKVÁRI TÍMEA, ENDREI DÓRA, ÁGOSTON ISTVÁN, BONCZ IMRE)

2.1. A piac

Elméleti alapok

Hagyományos értelemben a piac az a színtér, ahol a kereskedők és vásárlók találkoznak, eladási és vételi szándékuk céljából. Közgazdaságtani értelemben a piac nem más, mint a keresleti és kínálati oldal találkozása, ahol a keresleti oldal fogyasztói igényeit igyekszik kielégíteni. A kereslet (**demand, D**) azt az igényt jelenti, mely mögött vásárlási hajlandóság és fizetőképesség is áll. Az igény kielégítése árucserével történik, melynek alapját leggyakrabban a pénz, az áru ellenértéke adja. A kínálat (**supply, S**) a termelő/szolgáltató (gazdasági egység) által előállított és eladásra kínált termék/szolgáltatások összessége. Amennyiben a keresleti és kínálati oldalon megjelenő áruk mennyisége megegyezik, vagyis pont annyi árura van szükség, melyet előállítanak, piaci egyensúlyról beszélünk. Egyensúly hiányában túlkereslet (többre lenne szükség, mint amennyit megtermelnek), vagy túlkínálat (több áru jelenik meg a piacon, mint amennyire kereslet lenne) jelenhet meg. Adott piaci ár és az így előállított, illetve megvett áru mennyisége függvényében felvázolhatók a keresleti (adott ár mellett mennyit hajlandók megvenni) és kínálati görbék (adott ár mellett mennyit hajlandók előállítani), melyek ábrázolásával megismerhető az egyensúlyi állapot eléréséhez szükséges piaci ár (1. ábra.). A görbe meredekségéből pedig megismerhető a keresleti és kínálati árrugalmasság is, mely megadja, hogy az ár egy százalékos változása hány százalékkal változtatja a keresett vagy kínált áru mennyiségét.



1. ábra. Marshall-kereszt. Forrás: saját szerkesztés

A közgazdaságtan számos piaci formát ismer, melyek az keresleti és kínálati oldal jellemzői és adott oldalon megjelenő szereplők száma, az áru formája (pénz, tőke, fogyasztói vagy termelői cikkek), vagy akár a piac területi elhelyezkedése (belföldi, nemzetközi) is befolyásol.

A piacok szereplői és áru heterogenitásából adódóan különböző speciális piaci formák vannak jelen. Ilyen például az **egészségügyi piac**, melyet az itt elérhető „áru” sajátossága tesz azzá.

Az egészség a legfontosabb tényezője (a tudás mellett) az ember munkaképességének, mely megszerzett jövedelmét, ez által „fogyasztóképességét” garantálja. Simon Judit úgy fogalmaz: „Az egészségügyi ellátás teljes folyamatának végeredménye optimális esetben az egészség, mely magába foglalja a beteg elégedettségét a kapott orvosi ellátással, a beteg életminőségét, az együttműködő készségét és egyéb mutatókat is.” [1]

2.1.1. A TÖKÉLETES VERSENYZŐI PIAC LÉNYEGE

Alapvetően minden piaci szintér legfontosabb célja, hogy az úgynevezett **tökéletes versenyzői piac** feltételeit teljesítse. Maga a tökéletes piac összes jellemzői egyszerre természetesen sehol sem teljesülnek, érdemes azonban ismertetni ezeket a feltételeket, hogy összehasonlítás és kitörési alapot tudjon adni a vizsgált piac hiányosságaihoz. Az alábbi felsorolás a tökéletes piac főbb jellemzőit ismerteti.

- **Egyensúlyi állapot.** A tökéletes piac lényegében azt az egyensúlyi állapotot jelenti, melyben a kínálat pont annyit és pont olyan termékekkel, szolgáltatásokkal jelenik meg a piacon, melyre a keresleti oldalnak szüksége van.
- **Szabad be- és kilépés.** A piacra való bejutás lehetséges, és garantálva van minden szereplőnek, nincsenek korlátok, melyek a javak kínálatát befolyásolnák.
- **Nagyszámú piaci szereplő.** Az előbbi feltételnek köszönhetően mind a kínálati, mind a keresleti oldalon sokan vannak – a versengés lehetőségét megteremtve.
- **Nincs monopólium.** A monopolhelyzetet kiiktatva egyrészt a termelők csak rövid távon képesek az átlagosnál nagyobb profit elérésére, hosszabb távon az árucikkek eladása nagyjából azonos profitot eredményez a termelők körében, másrészt az árak meghatározása sem kerül soha egy, vagy kevés termelő/szolgáltató kezébe. [2]
- **Árelfogadó magatartás.** A termelők/szolgáltatók nem meghatározzák, hanem elfogadják a piaci árat, a termelt áru mennyiségét pedig ehhez igazítják. Ennek megfelelően a keresleti görbe árelfogadó magatartás esetén végtelen árrugalmasságú (egyenes, x tengellyel párhuzamos).
- **Tökéletes informáltság.** A szereplők egytől egyik tökéletesen informáltak, vagyis a fogyasztók tisztában vannak a piacon elérhető áruk tulajdonságaival, képesek ezek alapján preferencia-sorrendet alkotni és választani (szuverenitás) az egyébként nagyszámú jószágok közül, melynek teljes költségét hajlandók állni.
- **Homogenitás.** A termékek és szolgáltatások homogének, nincs eltérés az egyes árucikkek karakterisztikája között.
- **Externáliák hiánya.** A keresleti és kínálati függvény pontosan meghatározott, minden felmerülő költséggel számol, azaz nincsenek externáliák, externális költségek, valamint a piaci tranzakciónak nincsenek tranzakciós költségei sem, amelyek befolyásolnák a tiszta keresleti-kínálati viszonyok érvényesülését.

- **Állam minimális szerepe.** A piac tökéletes működésében az állam mindössze a versenyhelyzet biztosítása céljából, minimális szinten van jelen, leginkább a piac működésének szabályozásával és felügyeletével.

A különböző piacok általában több ponton is ellent mondanak a tökéletes piaci körülményeknek, mely alól az egészségügyi piac sem kivétel. Ha egy piac nem teljesíti a fent ismertetett pontok valamelyikét, az **piaci kudarcot** eredményez. Az egészségügyi, illetve egészségbiztosítási piac kudarcai később részletesen is ismertetésre kerülnek.

2.1.2. PIACI SZEREPLŐK AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

A piaci szintér két főszereplője a termelő, aki a megtermelt árut szolgáltatási eladásra bocsátja és a vevő, aki megvásárolja azt. Speciális szereplőként jelen lehet az állam is. Keresleti és kínálati oldalon is megjelenhet, de fontos szerepe van szabályozóként a piaccgazdaság működésében. Ellát olyan feladatokat, melyek szükségesek, de a piac nem képes rá (például közjavak biztosítása), és törvényi úton biztosítja a tökéletes piac működési feltételeit. A továbbiaknak az egészségügyi piac szereplői kerülnek bemutatásra, melyek az előzőektől kicsit eltérő módon rendeződnek.

2.1.2.1. Fogyasztó

Az egészségügyi piacnál a fogyasztó nem más, mint a beteg, aki egészségi állapotának javulása, vagy helyreállítása céljából jelenik meg. A fogyasztók esetében meg kell különböztetnünk az szükséglet, igény, és kereslet fogalmát. Nem minden beteg ember jelenik meg a piac keresleti oldalán, illetve olyanok is megjelenhetnek, akiknek egyébként nem lenne szükségük az egészségügyi szolgáltatásokra.

- **Szükséglet (need):** A szükséglet az ember állapotában jelentkező hiányérzetre utal, melynek kielégítésére törekszik (**wanted need**), vagy nem törekszik (**unwanted need**).
- **Vágy (want):** A vágy, vagy igény az ember kielégíteni kívánt szükségletét jelenti, mely a kereslet alapját adhatja.
- **Kereslet (demand):** A kereslet a hajlandóság mellett a fizetőképes igényt jelenti (**demanded want**), e nélkül az igény nem jelenik meg keresletként (**undemanded want**).

A szükséglet nem biztos, hogy keresletként is fog megjelenni a piacon, ahhoz még egy tényező kell: a fizetőképesség. A kereslet nem más, mint a fizetőképes igény. A szükségleten belül fontos megkülönböztetni az objektív és szubjektív szükségletet, valamint a normatív szükségletet.

A szubjektív szükséglet az ember csupán saját maga által érzékelt szükségletet jelenti. Akkor válik objektív szükségletté, ha az a személyen kívül mástól is (pl. orvos) elfogadott igényként fogalmazódik meg. A normatív szükséglet társadalmi szinten elfogadott, tudományos alapokon nyugvó szükséglet, mely akkor merül fel, ha az egyén, vagy csoport adott szintje eltér az általánosan elfogadott normától. [3]

Az egészségügyi piacon belül probléma, hogy a beteg által érzett igény nem feltétlenül szükséges, hogy szükségletté váljon (pl. indokolatlanul gyakran igénybevett szűrővizsgálatok). További probléma,

hogyan a szolidaritás jegyében a fizetőképtelen emberek szükségletét is engedni kell, hogy keresletté váljon. Ezt az állam egységes mértékű adók, járulékok beszedésével garantálhatja, valamint azzal, hogy csak a szükséges mértékű (pl. sürgősségi) ellátást biztosítja a szegényebb rétegnek. A fizetés nélküli kereslet (szolgáltatási igénybevétel), vagyis amikor a beteg az igénybevétel (pld orvosi vizit) alkalmával közvetlenül nem vagy csak kis mértékben fizet, árrugalmatlanná teszi a beteget.

2.1.2.2. Szolgáltató

A piac szolgáltatói oldalán az orvosok, szakellátók, kórházak, gyógyszertárak, gyógyászati segédeszköz forgalmazók jelennek meg. Mivel az itt dolgozó szakemberek sokkal jobban meg tudják mondani, hogy milyen ellátásokra van szüksége a betegnek, lehetőségük van arra, hogy befolyásolják, alakítsák a keresleti oldalt (kínálat indukálta kereslet, bővebben később). A szolgáltatók között találunk magán-, illetve állami forrásból fenntartott ellátókat is. Adott ország egészségügyi rendszere határozza meg, hogy a kettő milyen arányban, milyen mértékű együttműködéssel legyen jelen (például engedik-e, hogy az állami intézmények kihasználatlan kapacitását a magánellátók a fizetős betegek kezelésére bocsássák). Rékassy szerint Magyarországon a köz- és magánfinanszírozott ellátások együttesen szükségesek, az együttműködés alapját pedig meg kell teremteni. Ezáltal szorítható vissza a hálapénz, vagy a várólista intézménye. [4]

2.1.2.3. Finanszírozó

Az egészségügyi piac speciális, harmadik szereplője a finanszírozó, akit a szakirodalomban **third party payer**-nek is hívnak, a harmadik fél, aki fizeti az egészségügyi ellátásokat, de közvetlenül nem nyújtja és nem is veszi igénybe azokat. Ideális esetben az áru megvásárlásakor a fogyasztó fizet, itt azonban, mivel a szegényebb rétegek is megjelennek a keresleti oldalon, a szolgáltatás ellenértékét az állami- illetve magánbiztosítók adják a szolgáltatóknak, levéve a fogyasztókról a megbetegedéssel járó pénzügyi kockázatot. [5] A finanszírozó, mint harmadik fél jelenléte okozza a kvázi piac jellegét (bővebben később).

2.1.2.4. Az állam mint piaci szereplő

Amint láttuk, az állam mint piaci szereplő az egészségügyben tehát jelen van a kínálati és finanszírozói oldalon is, a lakosság egészségügyi ellátásának biztosítása céljából. Adókat, járulékokat állapít meg és szed be a jövedelemmel rendelkezőktől, összegyűjti, majd szétosztja a jövedelemmel nem rendelkezők között, ezzel biztosítva a szolidaritás és méltányosság elvét.

2.2. Az egészségügyi piac jellemzői, típusai

A piaci szereplők felosztásához nagyon hasonló az egészségügyi piac tagoltsága is: külön piaca van az egészségügyi szolgáltatásoknak, a finanszírozásnak és az egészségbiztosításnak. Első kettőt érintőlegesen, a harmadikat részletesebben is bemutatjuk a fejezet során.



2. ábra. Az egészségügy szereplői és piacai. Forrás: Gulácsi [6]

2.2.1. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK PIACA

Ez az a piaci szintér, ahol az egészségügyi szak személyzet és a betegek találkoznak. Az áru nem más, mint az egészségügyi szolgáltatás. Ide sorolható az alap- illetve szakellátás teljes skálája, a diagnosztikai szolgáltatások, gyógyszerkészítmények, gyógyászati segédeszközök forgalmazása is. A piacot a szolgáltatók tekintetében erős monopolhelyzet (területi alapon osztják fel a lakosság ellátásért felelős szolgáltatókat, adott szolgáltatásért egy-egy intézmény a felelős), valamint információs aszimmetria (az orvosok nagyobb tudással rendelkeznek a beteg egészségi állapotát illetően, mint ők maguk) jellemzi. Utóbbi felelős igazán azért, hogy a piacot a szolgáltatói oldal irányítja, alakítja a keresletet. [28] Másik probléma, amely szintén ellentmond a tökéletes piaci követelményeknek, a származtatott kereslet jelenléte. Az egészségügyi ellátások piacán a fogyasztók lényegében az egészséget kívánják megvásárolni, azonban annak értéke nehezen, vagy egyáltalán nem számszerűsíthető tulajdonság; így az egészségügyi szolgáltatások jelennek meg áruként a kínálati oldalon. A gyógyítás céljából végzett ellátások már különböző változók (szükséges eszközök, kapacitás, munkaerő) segítségével könnyebben beárazhatók és árulhatók. Ezeket a magánellátás terén a szolgáltatók határozzák meg, míg állami szolgáltatóknál egységes, jogszabályban meghatározott finanszírozási díjakat alkalmaznak.

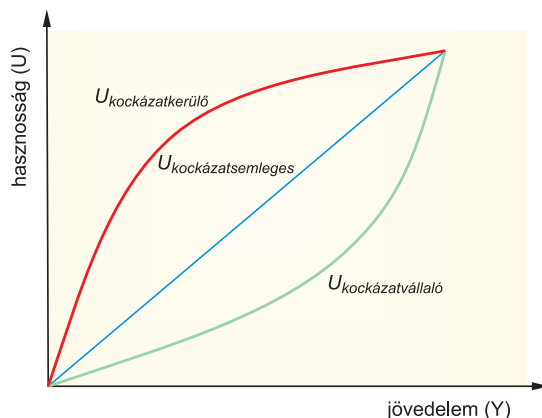
2.2.2. A FINANSZÍROZÁS PIACA

Az egészségügyi piacon felmerült kiadásoknak csak része rendeződik out-of-pocket jellegű fizetéssel, nagy részében egy harmadik fél, a biztosító, vagy finanszírozó rendezi a költségeket. Egyes országokban költségtérítési rendszer működik (**cost reimbursement**), ahol a legtöbb ellátás esetén először a beteg rendezi a számlát a szolgáltatóval, majd a beteg biztosítója később számla alapján átutalja a szükséges összeget (pl. Franciaország), míg máshol a beteget teljes egészében kihagyják a tranzakcióból, és a költségeket a szolgáltató közvetlenül a biztosítóval fizetteti meg (pl. Magyarország). Az egyes egészségügyi finanszírozási rendszerek részletesebb bemutatása máshol megtalálható. [7]

Magyarországon jelenleg egyetlen állami biztosító, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár működik, ő jogosult egyedül finanszírozási szerződést kötni azokkal a szolgáltatókkal, akik később részeseülni szeretnének az állami kasszából (Egészségbiztosítási Alap). A több-biztosítós rendszerekben (pl. Németország, Szlovákia) a biztosítottak több finanszírozó közül is választhatnak, ekkor a szolgáltató az után a biztosító után kapja meg a finanszírozási díjat, akinek az ellátott beteg az ügyfele.

2.3. Az egészségbiztosítási piac

A tágabb értelemben vett biztosítási piac leginkább abban különbözik más ágazatok piacától, hogy sajátos árut bocsát eladásra. Míg máshol könnyen számszerűsíthető, kézzel fogható termékeket (pl. gyógyszer, gyógyászati segédeszközök), vagy jól körülírható szolgáltatásokat (pl. műtéti beavatkozás) kínálnak a termelők, a biztosítás, mint szolgáltatás megvásárlásával a vevő tulajdonképpen a biztonságérzet erősítése, a kockázatok csökkentése vagy megszüntetése a célja. A kockázat nem más, mint annak a lehetősége, hogy valamely jövőbeni, előre nem látható esemény hatására megváltozik az egyén helyzete. Egészségbiztosítás esetén ilyen lehet az egyén egészségi állapotromlásának, jövede-



3. ábra. A kockázatkerülő, kockázatsemleges és kockázatvállaló magatartás hasznosság-függvényei. Forrás: Nyman [9]

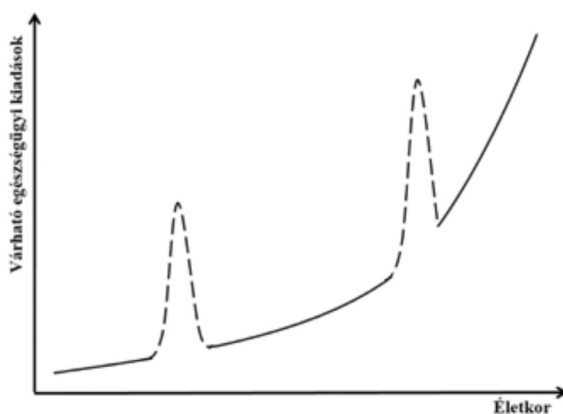
lemhiányának, egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor felmerült költségek kockázata. [8] A kockázat bekövetkezésekor általában valamekkora kár keletkezik, mely anyagi értékének meghatározása hol könnyebb, hol nehezebb. Összességében ez adja a sima biztosítási és egészségbiztosítási piac közti különbséget: egy autó, vagy ház rongálódása esetén a keletkezett veszteség könnyen számszerűsíthető, azaz tudjuk, mekkora pénzösszeg kell ahhoz, hogy visszaállítható legyen az eredeti állapot. Az egészség, mint különleges jószág pénzben kifejezése azonban már nehezebb feladat. Meg kell különböztetni a kockázatkerülő és kockázatvállaló egyéneket egy társadalmon belül. A kockázatkerülő egyének nagyobb hajlandósággal kötnek biztosítást és vállalják a rendszeres biztosítási díj fizetését, míg a kockázatvállaló egyének inkább a nagyobb rizikót vállalják.

Az egészségi állapottal összefüggő kockázatokról azt tudjuk, hogy csak részben tervezhető, megjósolható annak bekövetkezése. Az életkor előrehaladtával egyre nagyobb az esélye a különböző károsodások, betegségek kialakulásának, így minél idősebb valaki, annál nagyobb eséllyel fog többet igénybe venni az egészségügyi szolgáltatások közül (ez egyfajta biztos kockázatnak tekinthető magas valószínűségi értékekkel). Másrésztől azonban jöhetnek olyan váratlan, nem tervezhető események (pl. baleset, fertőzés, láz), melyek akár fiatal korban is magas költséggel járnak az egyén, illetve egészségbiztosító számára (2. ábra.). [10]

Az esetlegesen bekövetkező káresemény ellen különböző kockázatkezelési technikák léteznek. Ha a várható kár viszonylag alacsony, az egyén a kármegelőzés, vagy akár a kockázat vállalása mellett is dönthet – nem képez tartalékot, kár esetén állja a felmerülő költségeket – ezt hívjuk **saját megtartásnak**. Ha a magas bekövetkezési valószínűséghez magas kárnagyság társul, a biztosítási esemény kiváltását előidéző tevékenység **elkerülése** a legcélravezetőbb. Ritka bekövetkezési gyakoriság és magas kárnagyság esetén jöhet képbe a **biztosítás kötése**, tartalék képzése.

A biztosítási piacok jelenléte annak köszönhető, hogy az emberek többsége általában kockázatkerülő magatartást mutat, vagyis kész előre fizetni, tartalékot képezni egy előre nem látható, bizonytalan, de kárt okozó esemény miatt. [30]

A biztosítási piacon fellelhető szolgáltatásokat sok tényező szerint csoportosíthatjuk. Többek között a biztosítás tárgya (élet-, nem-élet-), időtartama (határozott idejű, határozatlan), a „termelő” tulaj-



4. ábra. Az egyén várható egészségügyi kiadásai az életkor függvényében. Forrás: Lukács

donformája (állami, vagy magán-), vagy kötelezősége (önkéntes, kötelező) szempontjából más-más feltételekkel és haszonnal bíró biztosítási formák léteznek.

Az egészségbiztosítás alapja az egyén egészségi állapota, illetve keresőképessége, melyet állapotromlás esetén egészségügyi szolgáltatások biztosításával garantál. Ha a betegség keresőképtelenséget is előidéz, pénzübeli ellátásokkal kompenzálhatja a biztosítottat – ilyen ellátás például a táppénz, gyermekgondozási díj.

2.3.1. KOCKÁZATGYŰJTÉS, KOCKÁZAT-KIIGAZÍTÁS

Az egészségbiztosító nem csak a fogyasztók (egészségbiztosítás piaca), hanem a szolgáltatók (egészségügyi finanszírozás piaca) mellett is fontos szereplő. A tagok jogviszonyának biztosítása mellett egy fenntartható finanszírozási rendszer kialakítása és működtetése is célja, ezért a térítési díj igazságos megállapítása érdekében felméri a kiadást leginkább befolyásoló tényezőket (például a lakosság demográfiai jellemzőit, epidemiológiai jellemzőket, szocio-ökonomiai jellemzőket), és ezek segítségével számítja ki adott lakosság várható egészségügyi költségeit. [11, 12] Ezt hívjuk **kockázat-kiigazításnak**.

A biztosító számára fontos a tervezhetőség, a megfelelő díj kiszabása érdekében, ám míg az egyén a kockázat elkerülésével igyekszik védeni magát, a biztosító ugyanezt a **kockázatgyűjtés** eszközével teszi. Az alapvető problémát az adja, hogy egyéni szinten az esetlegesen bekövetkező káresemények (állapotromlás) nehezen tervezhetőek, úgy a társadalom szintjén már statisztikai adatok alapján beláthatóbbá válik, hogy az egyes nemek, korcsoportok mekkora összeget visznek el a biztosítási kasszából valószínűségi alapon az átlagos költségek figyelembevételével. Ha elég ügyfelet össze tud gyűjteni a biztosító, nagyobb eséllyel képes tervezni, megfelelő díjat megállapítani és fizetőképességét fenntartani a kockázatközösség számára.

A következőkben bemutatásra kerülnek a kötelező, illetve önkéntes egészségbiztosítók működési elvei, kiemelve a két piac fontosságát, jelentőségét és a köztük lévő főbb eltéréseket.

2.3.2. KÖTELEZŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS

Az kötelező egészségbiztosítás (**mandatory or compulsory health insurances**) bemutatását a **kvázi-piac**, mint fogalom ismertetésével érdemes kezdeni. Ebben a piaci rendszerben az „igazi” piachoz képest jóval kevesebb (vagy csak egy) fogyasztó jelenik meg a keresleti oldalon, szétválik az áru fogyasztójának és finanszírozójának szerepköre. [13] Tudjuk, hogy az egészségügy három fő szereplője a fogyasztó, a szolgáltató, és a finanszírozó – utóbbi jelenti lényegében az egészségbiztosító(ka)t, melyek a szolgáltatókkal kötött szerződés alapján térítik a kockázatközösség tagjai által igénybevett szolgáltatásokat. Itt tehát a kvázi-piac jelleg az állam (egészségbiztosításért felelős szerv), mint kizárólagos vásárló miatt jön létre. Az állam nem feltétlenül tulajdonosa a szolgáltatást nyújtóknak, azok non-profit vagy akár for-profit formában is működhetnek. A fizetésre való jogosultsághoz csupán a finanszírozási szerződés szükséges, illetve az, hogy a biztosító tagja (biztosított) kapja az árut (vegye igénybe a szolgáltatást). A redistribúció lényegében a gazdagok és szegények, egészségesek és betegek között történik.

A kvázi piacnál a kizárólagos vásárló az államot jelenti, melyet egészségbiztosítás terén a kötelező biztosítóval azonosíthatunk. Azonban ezen belül több szervezet is megjelenhet, melyek területi alapon, vagy a kockázatközösség differenciái nyomán is szerveződhetnek. Léteznek úgynevezett **egybiztosítás**, illetve **több-biztosítás** rendszerek, attól függően, hogy a kötelező társadalombiztosítás intézményét egy, vagy több szervezet működteti. Fontos megjegyezni, hogy ebben a felosztásban csak az kötelező biztosítók száma a mérvadó!

2.3.2.1. Egybiztosítás rendszerek

Általában kötelező jelleggel szervezik meg a hatáskörébe tartozó egyének biztosítását. A díjfizetés adó- vagy járulékfizetés útján, vagy vegyesen van teljesítve. A szolidaritás elve szerint mindenki azonos arányban fizeti az állam által meghatározott (százalékos) összeget – bár meghatározhatnak akár egyes munkaköröket (pl. Ausztria), akár egy felső jövedelemhatárt (pl. Németország), ami felett eltörlik a kötelező járulékfizetést. A biztosított szolgáltatásban azonban nem lehet különbséget tenni két eltérő összeget befizetett állampolgár között. A szolidaritási elv értelmében értelemszerűen azok, akik fiatalabbak, egészségesebbek, jobb anyagi körülmények között élnek, jóval kevesebb ellátást fognak igényelni, mint szegényebb, idősebb, betegebb társaik, akik gyógyítását az általuk befizetett adó/járulék valószínűleg nem fedezné. A cél egy olyan fizetési mérték meghatározása, mely méltányos, elvárható „mindkét fél” részéről, és elegendő forrást biztosít a kockázatközösség ellátásaira. Amennyiben a befizetett díjak elosztásáról egy szervezet gondoskodik, egybiztosítás rendszerről beszélünk. Az ilyen rendszert működtető országok biztosítója bármely (egyébként működési feltételeknek megfelelő) szolgáltatóval szerződést köthet, hiszen nincs „versenyhátsó”, és a hozzá tartozó biztosítottak köre is jóval nagyobb, mint azokban az országokban, ahol például tartományi szinten szerveződtek a kötelező (közösségi) biztosítók (például Ausztria).

Az egy kiemelt társadalombiztosítón alapuló országok egyik tipikus példája Magyarország, ahol az Egészségbiztosítási Alap kezelésért kizárólag az egyetlen kötelező egészségbiztosító, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár a felelős. A finanszírozói oldalon tehát monopolhelyzet uralkodik, a szolgáltatók csak vele köthetnek finanszírozási szerződést. Ennek a rendszernek az előnye a rendkívül alacsony adminisztratív költség, mely alig teszi ki a kezelt összegek 1,5–2,2%-át. Fő hátrányaként a rugalmatlanságot, a fogyasztói igényekre történő gyors és megfelelő reagálás hiányát, valamint az erős politikai befolyásoltságot emelhetjük ki. Helyettesítő jelleggel nem működnek jelenleg biztosítók. Egyes szakemberek megoldásként gondolnak a magánbiztosítók beengedésére, mert ezzel forrásnövekedés lenne elérhető. [14] Mások úgy tapasztalták, ez sem tudná megoldani az erőforrások szűkösségének alapproblémáját, ugyanis a kötelező egészségbiztosítás köréből kivonná a jól fizető, magas jövedelmű állampolgárokat. [15, 16, 17] Kiegészítő jelleggel már találhatunk egészségbiztosítókat, működésük pedig egyre támogatottabb az állam részéről is: 2012-ben például adómentessé tették a munkáltatói egészségbiztosítások díjait, és az egészségpénztári számláról történő fizetési lehetőségek köre is bővült. [18]

2.3.2.2. Több-biztosítós rendszerek

Egy országban több biztosító is működhet, ekkor különbséget kell tenni a szerint, hogy versenyző biztosítókról van-e szó. Egyik esetben a biztosítók például területi, vagy foglalkozási alapon felosztva, önállóan fedik le a hozzájuk tartozó biztosítottakat.

Másik esetben ténylegesen versenyző biztosítókról beszélünk, tehát adott területen élő, vagy ágazatban dolgozó személy dönthet, hol akarja megkötni kötelező biztosítását. Az alábbi táblázatban példákat találunk az adott biztosítási rendszert működtető országokra.

Hátránya, hogy emiatt a biztosító adminisztratív terhei megnöhetnek. 2010-ben például összevonták Szlovákia két állami egészségbiztosítóját, mert az egyébként közel 600 milliárdos befizetések körülbelül 10 százaléka az ilyen jellegű kiadásokra lett fordítva. [19]

A versenyző több-biztosítós rendszer működése Németország példáján keresztül mutatható be, ahol több kötelező és több magánbiztosító is található – legalább egyikkel kötelező minden állampolgárnak szerződést kötni. A lakosság azon része, mely egy meghatározott jövedelemszint alá esik, az állami rendszer 120 betegkasszájának egyikéhez (Krankenkasse) tartoznak (a lakosság ~85%-a). A betegkasszák ügyfélszáma pár ezer főtől akár több millióig is terjedhet. A kasszák közti váltás minimum 18 hónap, illetve a biztosítónak fizetett járulékok emelkedése után lehetséges. [20] A meghatározott jövedelemszint feletti, illetve egyes foglalkozásúak (köztisztviselők, vállalkozók) kiegészítő biztosításként ellátásaikat magán úton is rendezhetik (~11%). Németországban körülbelül 40 vállalat fedli le a magán-egészségbiztosítási piacot. Előnye, hogy nagyobb a kínálat, szabadabb az átjárás, szélesebb orvosi, fogorvosi szolgáltatások vehetők igénybe. Kiegészítő jelleggel is köthető magánbiztosítás, az állam által meghatározott alapsomagba nem tartozó szolgáltatásokra (~25%). [21]

1. táblázat. Biztosítói rendszerek típusai egyes európai országokban. Forrás: ESKI, 2007

Egybiztosítós rendszer	Több-biztosítós rendszer, választható	Több-biztosítós rendszer, nem választható
Magyarország Lengyelország Szlovénia Észtország Lettország Litvánia	Szlovákia* Csehország Németország Hollandia Belgium Svájc	Franciaország Ausztria Luxemburg

* Szlovákiában 2012 ősze óta tervezik az egybiztosítós rendszer kialakítását, mely rendszer hatályba lépése anyagi okok miatt késik.

2.3.3. MAGÁN EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS

Az állami szinten szervezett kötelező biztosításra azért van szükség, hogy a szolidaritás és méltányosság elve betartásra kerüljön. Előbbiben a mindenki számára azonos szintű, míg utóbbira a hátrányos helyzetű társadalmi csoportok számára történő ellátás nyújtása miatt fontos. Emellett azonban profitorientált, vagy akár nonprofit (egyesületi) magánbiztosítók is jelen lehetnek. [5] Szolgáltatásaikat alapvetően két csoportra lehet osztani.

2.3.3.1. Kiegészítő magánbiztosítás

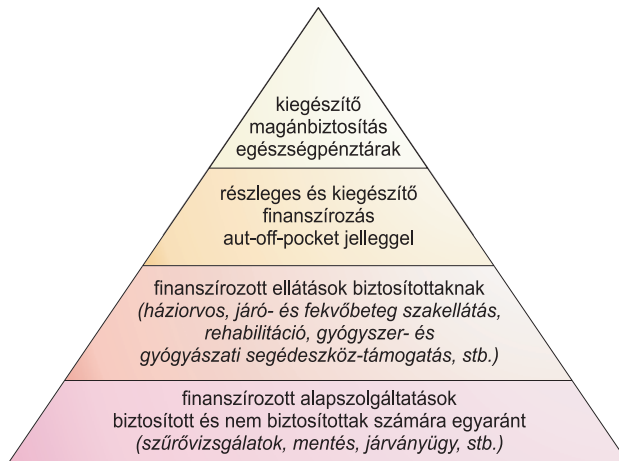
Kiegészítő, vagy önkéntes magánbiztosítás kötése esetén az egyén rendelkezik kötelező biztosítással, és az itt meghatározott járulékot vagy adót ugyanúgy fizeti, azonban dönthet úgy, hogy az állam által nyújtott alapsomagon felül külön biztosítást köt olyan ellátásokra is, melyek egyébként részleges vagy teljes térítéssel járnának az egyén részéről (**supplementary**). Önkéntes biztosítás alapját a térítési díj egyénre eső része vagy az önrész kiváltása is jelentheti (**complementary**). [22, 23] Az állam dönti el, hogy beengedi-e a magán-egészségbiztosítási piacot, és ha igen, azok milyen formában működhetnek. Eldöntheti, hogy járulékfizetés, felosztás tekintetében milyen mértékű együttműködés legyen magán- és közfinanszírozott szolgáltatások között. Az egészségügyi forrásoldalának növelésére lehet megoldás például az, ha az állam lehetővé teszi, hogy a biztosítottak megosztva, vagy kiegészítő formában fizessenek járulékot a két biztosítási forma között. [26]

A kiegészítő biztosítás egyesek szerint szükséges a rendszer számára, megoldást jelenthet például a paraszolvencia kiszorítására az egészségügyi piacról. Elterjedése és eredményes működése azonban csak akkor garantált, ha a körfinanszírozott szolgáltatáscsomag, illetve a részleges és kiegészítő térítési díjjal járó szolgáltatások köre pontosan meghatározott. [24]

2.3.3.2. Helyettesítő magánbiztosítás

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

Legfőbb különbség a kötelező biztosítással szemben a kockázati szelekció a keresleti oldalon megjelenők között. Mivel profitközpontú szervezetről van szó, ezért a magánbiztosítónak érdeke, hogy olyan ügyfeleket válogasson magának, akik stabil jövedelemmel és jó egészségi állapottal, vagyis minimális kockázattal bírnak. Tagjai számára külön díjcsomagokat is szabhatnak – a kis kockázatot jelentő személyeknek alacsonyabb, a nagy kockázatot jelentőknek magasabb díj ellenében kínál szerződést – ezt hívja a szakirodalom fair prémiumnak. Ehhez köthető a következő nagy differencia a kötelező biztosítókkal szemben: hogy tudja, ügyfele mekkora eséllyel fog nagyobb kiadásokat okozni a magánbiztosítónak, különböző egészségügyi vizsgálatoknak vetheti alá leendő ügyfeleit. Túl nagy kockázattal járó személyek esetén (dohányos, idős, genetikailag hajlamos betegségekre) pedig akár el is állhat a szerződéskötéstől. Előnye azonban, hogy e vizsgálat eredményessége (és természetesen a fizetőképesség) kivételével különösebb feltételeket nem szabnak a magánbiztosítók, ezzel szemben a kötelező biztosítók (már ha rendelkezésre áll több) között jóval nehezebb az átjárás. Ha csak egy állami egészségbiztosító és mellette helyettesítő biztosítást kínáló vállalat sincs, a biztosított jogviszony létrejötté kötelező. Ha több kötelező biztosító van jelen, azok általában területi, és/vagy foglalkozás munkaköre szerinti (pl. Németország, Ausztria), vagy akár politikai, vallási (pl. Belgium) felosztásban is működhetnek.



5. ábra. Az egészségügyi szolgáltatások hierarchiája. Forrás: saját szerkesztés Rékassy tanulmánya alapján [13]

Rékassy szerint az egészségbiztosítási ellátások ideális elrendezése a következőképp alakulna (3. ábra.).

Az kötelező és önkéntes egészségbiztosítók működése és szerepköre között tehát alapvető differenciák fedezhetők fel, azonban hogy mely típusra milyen mértékben van szükség, mennyire érdemes beengedni vagy kizárni a piacot erről a területről a legnagyobb hatékonyság elérése érdekében, maig vitatott. A kötelező és önkéntes biztosítás működésbeli különbségeit a 2. táblázat foglalja össze.

2. táblázat. Kötelező és önkéntes biztosítók összehasonlítása. Forrás: saját szerkesztés

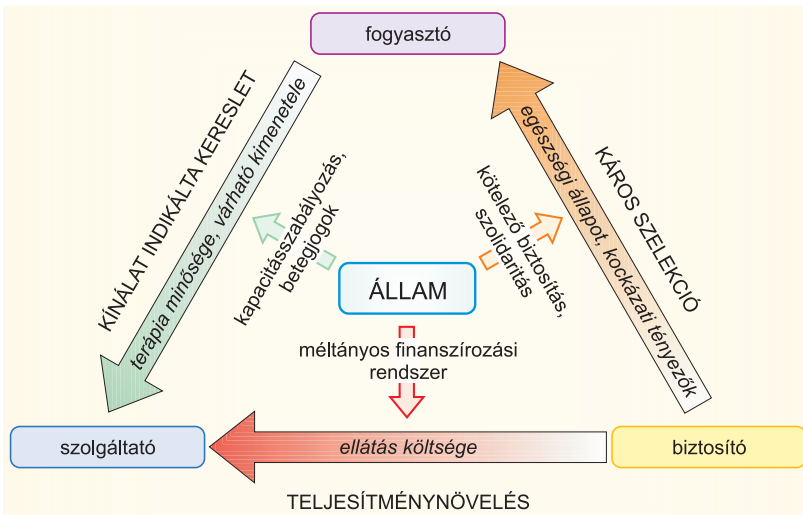
	kötelező	önkéntes – magán
Cél	szolidaritás, méltányosság	profit
Kockázatközösség	törvényben meghatározott feltételeknek megfelelően, szinte a teljes lakosság	szelekció (egészségi állapot, jövedelmi helyzet)
Elutasítás	megfelelés esetén tilos	megengedett
Redisztribúció	egészséges -> beteg fizetőképés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

2.4. Piaci kudarcok

A korábbiakban ismertettük az úgynevezett tökéletes versenyzői piac főbb jellemzőit. Ahhoz, hogy valamely piaci ág tökéletesnek legyen mondható, mindegyik feltételnek teljesülnie kell, kivétel nélkül. A valóságban azonban nem találunk ilyen idillikus piaci környezetet. Ha akár egy pontban is eltér a piac működése a tökéletes piacétól, akkor **piaci kudarcról** beszélünk. Minden ágazatot más és más piaci kudarcok sújtanak, a következőkben az egészségbiztosítási piacra fókuszálva kerülnek bemutatásra ezek a tényezők. Fontos felismerni ezeket a kudarcokat, és ezek kiiktatására törekedni, ugyanis a tartósan jelenlévő piaci kudarcok kormányzati kudarcokhoz is vezethetnek.

2.4.1. INFORMÁCIÓS ASZIMMETRIA

Az egyik legfőbb kudarc, nemcsak az egészségbiztosítási, de egészségügyi piacon is az információs aszimmetria. Megjelenhet bármely két szereplő (piac) között, különböző formákban. Az egyes szereplők között más és más lesz azon információ típus, mellyel egyikük jóval nagyobb mértékben rendelkezik a másikkal szemben, és ebből valamilyen módon előnyt próbál kovácsolni. A 4. ábra. ezt szemlélteti.



6. ábra. Az információs aszimmetria megjelenési formái az egészségügy szereplői között. Forrás: saját szerkesztés Wang et al. ábrája alapján [25]

2.4.2. ÜGYNÖK-MEGBÍZÓ VISZONY, KÍNÁLAT INDUKÁLTA KERESLET

Legjellemzőbb a biztosító és a fogyasztó között fennálló különbség. Az orvos többlet-információval rendelkezik az ellátás minőségét és lehetséges kimeneteit illetően, a betegnek pedig az orvosra kell hagyatkoznia a terápia során. A beteg bízik abban, hogy a szolgáltatás a számára legmegfelelőbb és az orvos teljes mértékben az ő érdekeit tartja szem előtt. Így alakulhat ki az úgynevezett **ügynök-megbízó viszony (principal-agent problem)**, ahol az ügynök az orvos, a megbízó pedig a beteg szerepét jelenti. Ha nem teljesül az az elv, hogy az ellátó a betegnek csak az indokolt és szükséges ellátásokat rendelje el, akkor **kínálat indukálta keresletről (supplier induced demand, SID)** van szó, ahol az orvos a saját hasznát helyezi előtérbe, és annak megfelelően állítja össze a beteg által igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokat.

A biztosító és fogyasztó (biztosított) között fennálló probléma gyökeke, hogy az egyén többlet-információval rendelkezik saját egészségi állapotát, illetve a betegségekre hajlamosító tényezőket (genetikai, életmódbeli, környezeti) illetően. A biztosító ezért kénytelen lesz **szelektálni**, hogy kiszűrje a magas kiadással járó egyéneket, míg a fogyasztói oldalon az **erkölcsi kockázat** jelenik meg, mint piaci kudarc.

2.4.3. ERKÖLCSI KOCKÁZAT

2.4.3.1. Keresleti oldal

A fogalom azt a magatartást takarja, ami akkor jelenik meg, ha az egyén kockázatát átvállalja a közösség. Ekkor az egyén viselkedése megváltozik, kevésbé tartózkodik a kockázatos tevékenységektől, a káresemény bekövetkeztekor pedig érdektelen lesz a költségekkel szemben. Goldstein és Pauly [26] szerint az egészségügyben kétféle erkölcsi kockázatról (**moral hazard**) beszélünk: egyrészt ha az egészségbiztosítás megléte az egyén esetében csökkenti a megelőzést szorgalmazó ellátások igénybevételét (**ex ante**), másrészt pedig egy esetleges állapotromlás idején az egyén árrugalmatlanná válik, és sokkal több ellátást vesz igénybe, mint amennyire egyébként szüksége lenne (**ex post**). A kockázat megjelenésének oka abban rejlik, hogy a biztosító nem, vagy csak korlátozott mértékben képes felmérni az ügyfelek megelőzésért tett erőfeszítéseit. A másik gond az, hogy ugyanaz a betegség két egyén esetében eltérő költségekkel járhat, az alapból eltérő egészségi állapot miatt.

Az erkölcsi kockázat jelenlétekor az az ellentmondásos helyzet alakulhat ki, hogy pont a biztosítási jogviszony megléte lesz az, ami az esetleges egészségügyi kiadások növekedését fogja okozni. A fogyasztó érdektelenné válik abban, hogy mérsékelje a költségeket, hiszen sokszor az ellátások pontos árát sem ismeri – és nem is kell, hiszen vagy nincs fizetési kötelezettsége a biztosítás megléte mellett, vagy az jóval alacsonyabb, mint a szolgáltatások tényleges ára. [27]

2.4.3.2. Kínálati oldal

Erkölcsi kockázat (**ex post**) nemcsak az egészségbiztosítási, hanem a finanszírozási piacon is megjelenhet. [28] Az egyének mellett a szolgáltatók is érdekelték lehetnek abban, hogy szükségtelen

ellátásokat végezzenek el a biztosítottakon, ha adott országnak olyan egészségügyi finanszírozási rendszere van, mely tételes, számla alapú vagy eset alapú térítést tart fenn. A kiadások növekedése és a túlszámlázás ellen a megfelelő finanszírozási forma megválasztása, valamint egy térítési limit bevezetése jelent megoldást. Ilyen limit például Magyarországon a 2004-től bevezetett teljesítmény-volumen-korlát.

2.4.4. KÁROS SZELEKCIÓ (ADVERSE SELECTION)

2.4.4.1. Keresleti oldal

A biztosítás során olyan jövőbeli eseményre készíti fel magát az egyén a kockázatáthárítással, mely előre nem látható, és a bekövetkezési valószínűsége kicsi. A lakosság egy részének (különösen a nyugati országokra igaz ez) azonban egyre nagyobb hányada szenved krónikus, időskorral járó betegségekben. Így lesznek egyének, akikről a biztosító sokkal nagyobb valószínűséggel tudja megmondani, hogy szerződéskötés után kiadást fog-e jelenteni számára. [7] Evetovits hasonlatával élve: „Égő házat csak drágán, vagy nem biztosít a biztosító.” Ha a lehetséges ügyfelek nagyjából mérhető, és különböző nagyságú kockázatot hordoznak magukban, úgy a biztosító csak akkor termelhet hasznot, ha magas áron vagy egyáltalán nem köt szerződést egy beteg vagy arra hajlamos emberrel. Ha a szerződéskötés kötelező lenne, vagy az egyének kockázata között nem tudna különbséget tenni, akkor úgynevezett **közösségi díjszabást (community rating)** tudna alkalmazni, vagyis minden ügyfélnek azonos mértékű díjat állapítana meg. Ha azonban a szelekció megengedett (mint az üzleti biztosítóknál), akkor a **tapasztalati díjszabás (experience rating)** valósul meg, mely szerint a biztosító az egyének várható kiadásaihoz fogja igazítani a díjakat.

Ha egy magánbiztosító, aki tisztán a közösségi díjszabás szabályait használná a fizetési kötelezettség mértékének megállapításakor, a mindenki számára azonos díj miatt könnyen olyan csapdába eshet, mely az ügyfelek elvesztését okozná. Gondoljunk bele: adott két négy különböző kockázattal bíró személy, akik ugyanannál a biztosítónál szerződtek, és mindannyian egységesen X Ft-ot (a) fizetnek havonta. A biztosító előzetes vizsgálat alapján úgy értékelte, hogy „A” személy évente 5.000 Ft költséget jelentene számára, „B” 15.000 Ft-ot, „C” 25.000 Ft-ot, „D” pedig 50.000 Ft-ot. A biztosító kialakított egy átlagos díjat, melyet kockázattól függetlenül mindenkinek ugyanannyi: 23.750 Ft. Ez az összeg úgy lett megállapítva, hogy szükség esetén a magasabb kockázatú személyek egészségügyi kiadásait is fedezze. Egy idő után az egyik alacsony kockázatú személy („A”) be fogja látni, hogy az ő jövőbeni kiadása egyébként kisebb lenne, mint az általa befizetett biztosítási díj – ha kilépne a biztosítótól és out-of-pocket módon rendezné számláit, jobban járna mintha harmadik fél segítségét kérné. Ráébred, hogy nem éri meg neki az üzlet, és felbontja a szerződést a biztosítóval. Ez után, hogy a maradék három személy várható átlagos költsége megugrott, így az alapdíjat is emelnie kell a biztosítónak (30.000 Ft). Ekkor „B” lesz az, aki ugyanúgy kilép a haszontalan tagság miatt, az biztosító a díjat pedig kénytelen tovább emelni (37.500 Ft). Ha minden alacsony kockázatú ember elkezd hasonló módon gondolkodni, a végén csak a magas kockázatúak maradnak a biztosítónál, az ő befizetésük pedig már nem fogja fedezni a felmerülő költségeket. Ez a keresleti oldalon megjelenő magatartási forma a **kontraszelekció**. A problémát szemléletesen mutatja be a használtautó-piaci modellt, mely az egészségbiztosítási piacra is használható példa. [28] A modellt először Akerlof alkalmazta a kontraszelekció alapproblémájának

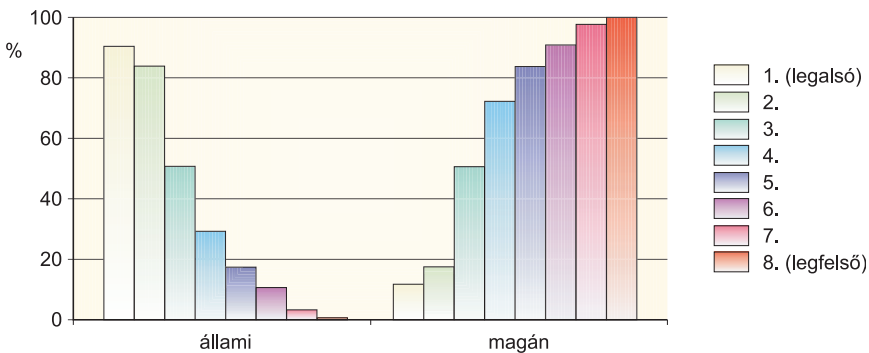
bemutatására, mely a jó (Peach) és rossz (Lemon) minőségű autók elnevezése után „Lemon’s market” néven vált ismertté. [28]

A fentebb vázolt problémát oldja meg a **tapasztalati díjszabás**. Ha a fent példaként hozott biztosító ezt a díjszabási technikát választja, akkor minden személy egyéni állapotfelmérése után pontosabb képet fog mutatni, és mindenkinek egy egyéni díj kerül megállapításra – „A” és „B” ügyfélnek alacsonyabb, a „C” és „D” ügyfélnek magasabb, kockázattól függően. Ebben az esetben pedig előfordulhat az, hogy a „C” és „D” személynek olyan magas díjat ajánl a biztosító, hogy azok nem képesek, vagy nem hajlandók ekkora összeget fizetni. A biztosítónak természetesen ez célja is, hogy „elűzze” a magas várható kiadásokkal járó egyéneket, és inkább a fiatalabb, egészségesebb csoportból alkosson ügyfélkört. Ezt hívjuk **káros szelekciónak** vagy lefölözésnek, mely a következő piaci kudarc.

2.4.4.2. Kínálati oldal

Mivel a kellő mennyiségű egészségügyi információ nem áll a biztosító rendelkezésére leendő ügyfelével szemben, ezért kétféleképp védheti meg magát: vagy az átlagnál jóval magasabb biztosítási díj ellenében hajlandó bevonni az egyént a kockázatközösségbe, vagy egyáltalán nem is biztosítja az illetőt. A hosszú, egészséges állapotra nagyobb eséllyel bíró személyeket azonban érdeke, hogy magához vonzza, őket alacsonyabb díj ellenében is biztosítani fogja. A biztosítók ezért versengeni kezdenek jobbnál jobb ajánlatokkal az alacsony kockázatú ügyfelek megszerzéséért. Ezzel szemben a magas kockázatot hordozóknak olyan csomagot ajánlanak, mely magasabb árért cserébe kevésbé minőségi ellátást nyújt. [29] Ezt hívjuk **lefölözésnek**.

Evetovits [7] egyik előadása során szemléletes példán keresztül mutatta be, milyen problémát is tud okozni a lefölözés megjelenése. Chile biztosítási piacának adatait használva rávilágított, hogy a magánbiztosítók beengedése a piacra nem feltétlenül ad megoldást a forráshiányra, sőt, felerősítheti azt. Az alábbi ábra. mutatja, hogy Chilében a magánbiztosító (ISAPRE) helyettesítő jellegű megjelenése kivonta az állami biztosítótól (FONASA) a magas jövedelmű réteget, drámaian lecsökkentve a bevételi forrást azon az oldalon, ahova egyébként a legtöbb beteg és idős ügyfél tartozik (1998-ban a 65 éven felüliek 80%-ért volt felelős a FONASA). [8]



7. ábra. Állami- és magánbiztosítók ügyfélkörének megoszlása a jövedelmi kategóriák szerint. Forrás: Evetovits [7]

2.4.5. INFORMÁCIÓS ASZIMMETRIA – TRANSPARENTIA HIÁNYA

A fogyasztó és biztosító között létezik egy másik irányú egyenlőtlenség is. Korábban bemutatásra került, hogy a fogyasztónak előnye van a biztosítóval szemben, mégpedig a biztosítási csomag kiválasztásakor – hiszen ő tisztában van egészségi állapotával, míg a biztosító nem. Ha meg is próbálja felmérni, az sosem tud olyan teljes körű képet adni az ügyfélről, mint ahogy az ügyfél saját magát ismeri (például mennyire rizikós szabadidőtöltést választ, milyen ételeket fogyaszt stb.). Létezik azonban egy előny, mellyel a biztosító, pontosabban az állam rendelkezik a fogyasztóval szemben, ez **pedig a társadalombiztosítás által finanszírozott alapcsomag ismerete**. Hazánk egészségbiztosítási piacának nagy gondja a térítésmentes beavatkozások körének tisztázatlansága. [30] E miatt a beteg nem tud előre tervezni, eldönteni, hogy egyáltalán szüksége van-e kiegészítő biztosításra, és ha igen, milyen csomagot válasszon, ez pedig táptalaja a hálapénznek, melytől azt remélik, hogy gyorsabban jutnak hozzá és magasabb színvonalú ellátáshoz.

2.4.6. EXTERNÁLIÁK (EXTERNALITIES)

Az externáliák jelen lehetnek bármely piacon, így az egészségbiztosítás esetében is. Ebben az esetben egy harmadik szereplőt éri negatív, vagy pozitív behatás két másik szereplő közötti adás-vétel esetén. Mérése nehéz, hiszen az így felmerülő hatások, kiadások, nem kapcsolódnak annak a két szereplőnek a tranzakciójához, akik azt előidézték.

Magát az egészségügyi piacot is számos externália éri.

Negatív externáliák

- Negatív hatás keletkezik az egészségipar által termelt környezetszennyező anyagok esetén, [31]
- az antibiotikumok elleni rezisztencia növekedésével (az évek során a baktériumok immunisak lesznek a jelenleg használt antibiotikumra, ami a betegek gyógyulását hátráltatja).
- Az egészségbiztosítási piacot tekintve negatív extern hatásnak minősül, ha a magánbiztosítók megjelenése kivonja a magasabb jövedelmű lakosságot a kötelező egészségbiztosítással rendelkezők közösségéből, emiatt az államnak adó- és járulékfizetés emelését kell kiszabnia a fenntarthatóság érdekében.
- Az a negatív hatás, hogy egy beteg a környezetében lévőket is megbetegítheti, akár társadalmi szinten is gondot jelenthet. Ha a betegség nagyobb számban van jelen, az nagyobb csoport számára fog jelenteni jövedelem-kiesést, ami végsősorban hátráltatja egy ország gazdasági helyzetét is. [22]

Pozitív externáliák

- „Nyájimmunitás”: Egy adott betegség tekintetében, ha az ország lakosságának 95%-a védőoltást kapott, a maradék 5% már csak azért sem betegszik meg, mert a lakosság többi része nem fogja terjeszteni a kórt. Ez a piaci tevékenységben egyébként nem résztvevő csoportra nézve jótékony hatást kelt. Pozitív hatása van a közösségre nézve annak, hogy magas arányú biztosítottság során az emberek hozzáférnek azokhoz az alapvető ellátásokhoz, melyek védet-

té teszik őket például a fertőző betegségekkel szemben, így mások, akár az egyébként nem biztosítottak megbetegedésére is kevesebb esély van, így pozitív externália jött létre. [6]

- A „jó samaritánus” extern hatás azt jelenti, hogy ha az emberek tudják, hogy milyen alapjogok illetik meg egészségüket illetően, akkor a fizetőképesek segíteni fogják azokat, akik önérejükben nem képesek igénybe venni az egészségügy szolgáltatásait. [32]
- Azonban pozitív hatása is lehet a magánbiztosítás lehetősége megteremtésének: ha az egyébként kötelezően biztosított, de egyébként fizetőképese betegeket kivonjuk az állami ellátásból a magánbiztosítók segítségével, csökkenthetők a várólisták hossza egyes ellátások esetén. [33]

2.4.7. KÖZJAVAK (PUBLIC GOOD)

A közjószág olyan jószág, mely a közösség minden tagjának egyenlő mértékben kijár, fogyasztásából nem zárható ki senki, illetve fogyasztása nem csökkenti a közösség rendelkezésére álló mennyiséget. A tökéletes versenyző piac egyik kitétele, hogy ne létezzenek közjavak, hiszen ennek termelése nem érne meg a termelők számára. Az egészség nem közjószág jellegűvé tétele azonban az egészségügyben aligha tűnik biztosíthatónak. A fejlett országok alapvető emberi jogként tartják számon az egészséghez való jogot, ezért az (alapvető, életmentő) ellátásokból nem lehet kizárni a fizetőképtelen, nem jogosult, vagyis nem biztosított személyeket sem.

Az egészségbiztosítási piacon is megjelenhet a közjavak problémája, mégpedig a csoportos egészségbiztosítás területén. [26] Ennek két olyan jellemzője is van, mely közjózággá teszi a biztosítást: a csoporton belül mindenki egyenlő mértékben, kockázati mértéktől függetlenül biztosított; illetve a biztosításból való kikerülés csak a csoport elhagyása esetén történhet meg.

Természetesen a közjavak nem a magánpiac, hanem az állam oldalán jelennek meg. Ha valaki nem fizeti a magánbiztosító által kiszabott díjat, felbontja a szerződést. Az állami oldalon bizonyos (például pénzbeli, keresőképtelenség esetén járó) járadékból kizárhatók a biztosítottak, de az alapszintű és sürgősségi ellátásokból való kizárás komoly felháborodást vonna maga után.

2.4.8. KIS MÉRET MIATTI GAZDASÁGOSSÁG HIÁNYA

A magánbiztosítók jelenléte a gazdaságban megfelelő működés esetén pozitívhatással lehet az egészségbiztosítási piac helyzetére, azonban a túl sok, egyenként túl kicsi biztosító jelenléte szintén kudarchoz vezethet. Több tanulmány is foglalkozik a kis méretből adódó hátrányokkal a biztosítás terén. Cutler [56] szerint a közösségi díjszabás ilyen szervezeteknél megoldhatatlan, megoldást a tapasztalati díjszabás jelent, így az egyébként kevés ügyfélkörnek egyedi árat tudnak szabni. A probléma ezekkel a szervezetekkel az, hogy egy-egy ügyfél súlyosabb betegsége gazdaságilag annyira megterheli a biztosítót, hogy kénytelenek a szerződésben rögzített árat emelni ahhoz, hogy fedezzék kiadásait. A díjak emelkedése miatt pedig az ügyfélkör csökkenésére lehet számítani. A probléma másik felét az okozza, hogy a kis taglétszám miatt sokkal nagyobb lesz az egy főre eső tranzakciós költség (például adminisztratív, marketing célra fordított illetve működési költségek).

Ahogy a fejezetben bemutatásra került, az egészségbiztosítási piacnak több sajátos piaci kudarccal is szembe kell néznie, melyet sok esetben az állam sem tud szabályozó eszközeivel eltörölni. Az egyes államok más és más megoldást próbálnak találni arra, hogyan hozzák egyensúlyba az egészségbiztosítás körében az állami- és magánszférát úgy, hogy ne sérüljön egyik szereplő érdeke sem. Egy biztos: a társadalombiztosításra, és a magán egészségbiztosításra is egyaránt szükség lehet. A kötelező biztosító(k) a méltányosság és szolidaritás elvét segítik elő, garantálják az egészséghez való alapjog érvényesülését az alapvető egészségügyi ellátások térítésmentes biztosításával, és segítenek kiküszöbölni, vagy legalábbis csökkenteni a magán-biztosítási piac működése során megjelenő piaci kudarcokat. A helyettesítő és kiegészítő biztosítók a fizetőképes lakosság differenciált igényeinek kielégítéséhez, a lakosság költségtudatosá és egészségtudatosá válásához (pl. önrész vállalásával), illetve az állami biztosítás terheinek csökkentéséhez járulnak hozzá.

IRODALOM

1. Simon J. (2010): Marketing az egészségügyben. Akadémiai Kiadó, Budapest.
2. http://www.economicsonline.co.uk/Business_economics/Perfect_competition.html (2015. május 5.)
3. Bradshaw, J. (1972). The concept of social need. *New society*, 30(3), 72.
4. Rékassy B. (2014): Virágozzék minden virág? A hazai magán egészségügyi szolgáltatók tipizálása és jövőképe. *IME XIII. évfolyam* 10. szám, 12-19
5. Lepp-GazdagA. (2004): Néhány gondolat a magyar egészségügy reformjához. International Center for Economic Growth European Center, Budapest.
6. Gulácsi L. (2012): Az egészségügyi ellátások piaca In: Gulácsi L. (szerk.) *Egészség-gazdaságtan és technológiaelemzés*. Medicina, Budapest
7. Boncz I. (2011): Az egészségügyi finanszírozás alapjai In: Boncz I. (szerk): *Egészségügyi finanszírozási, menedzsment és minőségbiztosítási alapismeretek*. Medicina, Budapest
8. Pulay Gy. (2013): Bevezetés az egészségügy gazdaságtanába. „TÁMOP-4.1.2/A/1-11/1-2011-0015 Egészségügyi Ügyvitelszervező Szakirány: Tartalomfejlesztés és Elektronikus Tananyagfejlesztés a BSc képzés keretében”
9. Nyman, J. A. (2003): Conventional theory and anomalies in: Nyman, J. A.: *The theory of demand for health insurance*. Stanford University Press.
10. Lukács M. (2011): Önkéntes egészségpénztárak. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 49;5: 3-8
11. Nagy B. (2010): Egy hiányzó láncszem? Forráselosztás a magyar egészségügyben; *Közgazdasági Szemle*, 57;4: 337-353
12. Boncz I., Dózsa Cs., Nagy B. (2003) Irányított Betegellátási Modell (IBM): A fejkvótaszámítás szerepe és módszertana. *IME*, 2;6: 19-23
13. Ferge Zs. (1996): Az állam dolgáról – Eötvössel szólva. *Kritika*, 1996/3: 3-7
14. Péteri J. (2011): Gondolatok az önkéntes magán-egészségbiztosításról. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 49;5: 9-19
15. Gaál P. (2011) Az önkéntes egészségbiztosítás szerepe a magyar egészségügy finanszírozásában. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 49;4: 35-36
16. Evetovits T. (2004): Lehetőségek és veszélyek az egészségbiztosítási rendszer továbbfejlesztésében In: *A szolidaritás az egészségbiztosítás reformjában*. Faludi Ferenc Akadémia, Budapest.
17. World Bank (2000): Chile – Health insurance issues – old age and catastrophic health costs. Washington, DC: World Bank.
18. Magyar Biztosítók Évkönyve (MABISZ) 2014

19. Slovakia – Health System Review (2011). Health systems in transition, 13;2
20. <http://www.howtogermany.com/pages/healthinsurance.html#gkv> (2015. április 27.)
21. Tájékoztató országtanulmány Németország egészségügyéről (2014). GYEMSZI IRF
22. Rékassy B. (2006): Magán és kiegészítő egészségbiztosítások lehetőségei Magyarországon. ESKI, Budapest
23. Hortobágyi L. (2011): Az önkéntes egészségügyi biztosítás lehetséges szerepe. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 49;5: 32-36
24. Gervai N. (2011): A kötelező egészségbiztosítás szolgáltatási csomagja alakításának problémái. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 49;4: 25-34
25. Wang et al. (1986): Information asymmetry and performance tilting in hospitals: a national empirical study. Health Economics, 20;12: 1487-1506
26. Goldstein G.S., Pauly M. (1976): Group Insurance as a local public good In: Rosett R.: The Role of Health Insurance in the Health Services Sector. NBER, USA
27. Pauly M. (1986): Taxation, Health Insurance, and Market Failure in the Medical Economy. Journal of Economic Literature, 24;2: 629-675
28. Akerlof G. (1970): The Market for „Lemons”: Quality Uncertainty and the Market Mechanism. The Quarterly Journal of Economics 84;3: 488-500
29. Van de Ven, Wynand P.M.M. & Ellis, Randall P. (2000): Risk adjustment in competitive health plan markets In: A. J. Culyer & J. P. Newhouse (ed.), Handbook of Health Economics, edition 1, volume 1, chapter 14, 755-845 Elsevier.
30. Paál Z. (2011): Üzleti biztosítás az egészségügyben? Egészségügyi Gazdasági Szemle, 49;5: 28-29
31. Karner C. (2007): Gazdálkodás az egészségügyben – közgazdasági alapok. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 45;2: 8-14
32. McPake B., Normand C., Smith S. (2013): Health Economics: An International Perspective. Routledge, USA
33. Glied S. A. (2008): Universal public health insurance and private coverage: externalities in health care consumption. Working Paper No. 13885, NBER, USA
34. Cutler D.M. (1994): Market failure in small group health insurance. NBER Working Paper No. 4879, NBER, USA.

3. A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER FELÉPÍTÉSE

(ENDREI DÓRA, LÁNG ATTILA, CSÁKVÁRI TÍMEA, ÁGOSTON ISTVÁN)

3.1. Az egészségügyi rendszer fogalma

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO – World Health Organization) definíciója szerint az egészségügyi rendszer része minden olyan tevékenység, amelynek elsődleges célja az egészség előmozdítása, helyreállítása vagy megőrzése. Az **egészségügyi rendszer** tehát az általa körülhatárolt tevékenységekkel jellemezhető: felügyelet (egészségpolitika, programok, szabályozás), erőforrás teremtés (munkaerő, gyógyszer stb.), szolgáltatásnyújtás, finanszírozás (források, pooling, allokáció) [1].

A **Harvard School of Public Health** szakértői szerint az egészségügyi rendszer olyan alapvető általános összetevőkkel határozható meg, amelyek megmagyarázzák a rendszer eredményeit, az összetevők szakpolitikai eszközként is használhatók az eredmények módosítására. Az egészségügyi rendszerek szabályozó pontjai: a finanszírozás, a kifizetési módok, az egészségügyi ellátás szervezete. [2]

Az egészségügyi rendszer célja az elérhetőség (esélyegyenlőség – méltányosság), a minőség és a hatékonyság (és fenntarthatóság) biztosítása, a beteg elégedettség, a pénzügyi kockázat elleni védelem és a lakosság egészségi állapotának javítása.

3.2. Az egészségügyi rendszerek típusai

A különböző egészségügyi rendszereket hasonló csoportokba lehet besorolni. Hagyományos tipológia szerint az osztályozás a finanszírozás mechanizmus típusa szerint történik.

Az **egészségügyi finanszírozás mechanizmus típusa szerinti modellek**, pl. Beveridge-modell, Bismarck-modell, vegyes (magánfinanszírozásra alapuló) modell.

Modell	Az egészségügy finanszírozása	Példa
Beveridge (nemzeti egészségügyi rendszer)	adó	Egyesült Királyság (1990 előtt kelet-európai országok, illetve volt szovjet utódállamok, Szemasko-modell)
Bismarck (társadalombiztosítási rendszer)	kötelező járulékfizetés	Németország
Vegyes	magánfinanszírozásra alapuló	USA

Az egészségügy adóból és a kötelező járulékokból történő finanszírozása több országban van jelen, pl. Magyarországon is. Az intézményi jellemzők szerinti tipologizálásban az **OECD hat csoportot** hozott létre, a szolgáltatás nyújtásában a piaci mechanizmusok dominálnak (1–3 csoport), a másik 3 csoportban (4–6) az állami szolgáltatók. A kórház irányítási formák szerinti tipologizálással centralizált, decentralizált és dekoncentrált rendszerek szerinti besorolás alapján lehet megkülönböztetni.

Az **European Hospital and Healthcare Federation** és **Dexin** által publikált tanulmányban az egészségügyi irányítási rendszerek öt típusa különböztethető meg.

- 1) a regionális egészségügyi irányítási rendszer;
- 2) a helyi és regionális önkormányzatok finanszírozásért és tervezési, végrehajtási funkciókért felelősek;
- 3) a helyi és regionális önkormányzatok működtetési funkciókkal rendelkeznek;
- 4) nagymértékben centralizált egészségügyi irányítási rendszer;
- 5) teljesen centralizált egészségügyi irányítási rendszer tartozik [3].

3.3. A magyar egészségügyi rendszer felépítése

A hazai egészségügyi rendszer mai formáját alapvetően a 90-es évek elején vette fel, de számos eleme már a '60–'70-es évektől kezdve kialakult és a mai napig őrzi formáját.

Az alapellátás gerincét jelentő és 1992-ben létrejövő háziiorvosi rendszer előzménye a körzeti orvosi rendszer volt, de az országos védőnői hálózat már az 1940-es évektől kezdve működik, ugyanis az anya-és gyermekvédelem érdekében 1915-ben alakult az országos Stefánia Szövetség, 1927-ben a Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat, 1941-ben egyesültek. Az 1990-es évektől az aktív és krónikus szakellátást külön szabályozzák.

Számos szolgáltatás és annak hálózata ugyanakkor csak a '90-es évek közepétől működik: pl. művese-ellátás, otthoni szakápolás, nagyértékű diagnosztikai (CT, MRI, és PET) ellátás. Miközben a korábbiakban nagy jelentőségű gondozóintézeti hálózat (tüdő-, bőr- és nemibeteg, onkológiai stb. gondozók) 2012-től megszüntetésre, illetve beolvasztásra került a járóbeteg szakellátásba. Több újkeletű ellátási forma is megjelent pl. nappali kórház, egynapos sebészet.

3.3.1. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS

A beteg számára a lakóhelyén, illetve annak közelében biztosítani kell, hogy választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön. Az egészségügyi alapellátás biztosítása helyi közszolgáltatás körében nyújtandó feladat, mely a helyi önkormányzatok feladat és hatásköre. A települések képviselőtestületei meghatározzák az alapellátási körzeteket, több ellátandó település esetében kijelölik a körzet székhelyét. Az így kialakított körzetekben működő alapellátók biztosítják az egészségügyi ellátórendszer védelmi vonalát, melynek célja többek között az egyén egészségi állapotának figyelemmel kísérése, egészségügyi felvilágosítása és nevelése szakorvoshoz történő irányítása a betegség megállapítása, kezelési terv készítése vagy terápiás ellátás céljából [4].

A háziiorvosi ellátás

A házi orvos személyes és folyamatos orvosi ellátást nyújt az egészségi állapot megőrzése, a betegségek megelőzése és gyógyítása céljából. Az orvosok, fogorvosok képzésével kapcsolatos részletes szabályokat a 22/2012 (IX.14.) EMMI rendelet tartalmazza. A házi orvos – egyéb szakvizsga hiányában – háziiorvosi szakvizsgával töltheti be pozícióját, a háziiorvosi feladatokat, és kompetencia listát külön miniszteri rendelet szabályozza. A házi orvos rendelési időben a betegeket, sürgős ellátást igénylő eset kivételével, az érkezés igazolt sorrendjében fogadja. A házi orvos legalább **a rendelési ideje** egy részében, illetve a tanácsadás során előre programozható betegellátás keretében előjegyzés alapján végzi a betegek szűrését, gondozását és ellátását. A folyamatos ellátás keretében a házi orvos hetente legkevesebb 15 órát, de munkanapokon naponta legkevesebb 2 órát rendel. A házi orvosok feladataikat, az önkormányzattal, az önkormányzati feladatokat ellátó egészségügyi intézménynél, közalkalmazotti jogviszonyban vagy az önkormányzattal kötött szerződés értelmében gazdálkodó szervezeti formában magánorvosként látják el. Ugyanakkor a betöltetlen háziiorvosi szolgálatok száma növekszik, 2005. februárban 149 volt, 236 település lakosságának ellátása helyettesítéssel megoldott (forrás OEP). Az Állami Számvevőszék jelentése szerint 2011 januárjában a betöltetlen felnőtt és egyes praxisok száma már 161 volt.

A házi orvos feladatkörébe tartozik az egészségnevelésben és az egészségügyi felvilágosításban való részvétel a terhesgondozásban való közreműködés, védőoltás és azzal kapcsolatos tennivalók intézése. Ezen felül részt vesz az ügyeleti szolgálat ellátásában és szükség esetében halott vizsgálatot végez [4, 5].

A házi gyermekorvosi ellátás

A házi gyermekorvosi ellátás a 14. életévét be nem töltött személyek számára biztosított, ezen felül a 14–18 év közötti személyeket is elláthatja. A házi gyermekorvos feladata az újszülöttek, a veszélyeztetett csecsemők és gyermekek szükség szerinti látogatása, ezen túlmenően intézetben kívüli szülés esetén az újszülöttnak a szülés megtörténtétől számított 4–7 napon belül történő meglátogatása. A házi gyermekorvos feladatai közé a csecsemők és gyermekek gyógyító-megelőző alapellátása is beletartozik, beleértve a tanácsadást a gyermekintézményekbe történő felvétel előtti orvosi vizsgálatát valamint a gyermekápolás címén a jogosult keresőképtelen állományba vételét [4, 5].

A fogorvosi alapellátás

A fogorvosi alapellátás keretében a fog- és szájbetegségek vizsgálata, kezelése és gondozása zajlik, melynek során a fogorvos további feladata a fogászati szűrővizsgálatok elvégzése, a góckutatás, a terhesek fogászati gondozása, és a sürgősségi fogászati ellátás [4, 5].

A teljes körű fogászati alap-és szakellátás – a fogtechnikai költségek kivételével – térítésmentes:

- 18 éves korig,
- 18 éves kor betöltését követően, a középiskola, szakképző iskola nappali tagozatán folytatott tanulmányok ideje alatt,
- a várandósság megállapításától a szülést követő 90 napig,
- 62 éves életkor felett.

A 18 éves kor alatti betegek a beavatkozás árának részleges térítése mellett jogosultak fogszabályozó készülékre, oly módon, hogy a fogorvosi munka térítésmentes, a fogszabályozó készülék árához nyújtott támogatást az OEP eszközönként határozza meg, és közleményben teszi közzé.

Az alapellátási ügyelet

Az ügyeleti szolgálat a háziorvosoknak a sürgős – a következő rendelési időig nem halasztható – orvosi tevékenységek elvégzése céljából szervezett szolgálata. Az alapellátási ügyelet megszervezése adott településen élő lakosság számára a helyi önkormányzatok feladata. Az ügyeleti szolgálatot a területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvos az önkormányzattal, illetve intézményével kötött szerződésének megfelelően látja el. A területi ellátási kötelezettség nélkül háziorvosi tevékenységet végző orvos az ügyelet működtetőjével kötött szerződésben rögzített feltételek szerint működik közre az ügyelet ellátásában. Szakmapolitikai törekvés az alapellátási ügyelet és a fekvőbeteg-ellátó egységeknél szervezett sürgősségi ellátás együttes megszervezése. A legnagyobb problémát az ügyelet megszervezésében a humánerőforrás hiánya jelenti, többféle lehetőség áll rendelkezésre az ügyelet megszervezésére. Az egyik az ügyeleti szolgálat, mely lehet

- a) **változó** – ha az adott napon az ügyeletet ellátó háziorvos rendelője az ügyelet helyszíne – vagy **állandó telephelyen** – adott ügyeleti körhöz tartozó háziorvosok ugyanazon a helyszínen látják el az ügyeleti szolgálatot.
- b) A másik lehetőség a **központi ügyelet**, melynek működtetése a mentőszolgálat együttműködésével – diszpécserszolgálat működtetésével – valósul meg.

Számos önkormányzat az ügyeleti szolgálat működtetésére külön szerződést köt az egészségügyi szolgáltatást biztosító gazdasági társasággal (kft, bt), így a társaság kötelezettsége a személyi feltételek biztosítása.

A sürgősségi ellátás átalakulása következtében néhány településen már megvalósult az alapellátási ügyelet és a Sürgősségi Betegellátó Osztályok egymáshoz közeli illetve egy épületen belüli működtetése is.

Az ügyeletet teljesítő orvos többek közt ellátja a rendelőben – hívásra otthonában, tartózkodási helyén – megjelent járó és vagy fekvőbeteget, sérültet. A heti pihenő és munkaszüneti napokon gondoskodik a folyamatos gyógykezelésre szoruló betegekről, ellátja a halottakkal kapcsolatos előírt feladatokat. A hatósági megkeresésre a betegnél (sérültnél) általános orvosi vizsgálatot végez, véralkohol-vizsgálathoz vért vesz, drogtesztet, illetve egyéb szükséges vizsgálatokat végez. A sérült kérelmére orvosi látellelet készít, és azt kiadja a hatóság részére, illetőleg a külön jogszabályban foglalt térítési díj megfizetését követően a sérültnek. Az ügyelet rendjét a rendelőben, illetve azon kívül kifüggesztett, jól olvasható tájékoztatón kell közölni a lakossággal.

A sürgősségi fogorvosi feladatok rendelési időn kívüli ellátására ügyeleti szolgálatot vagy készenlétet kell szervezni. A fogászati ügyelet és készenlét rendjét a fogászati alap, illetve szakellátást végző egészségügyi szolgáltatók váróhelyiségeiben ki kell függeszteni. A fogászati ügyelet körébe beletartozik a fogeltávolítás, vérzéscsillapítás, idegentest-eltávolítás, törött fog lecsiszolása, gyökércsatorna megnyitása, az előzőekhez szükséges érzéstelenítés és a fogászati röntgen [6].

A védőnői ellátás

A védőnői ellátás az alapellátásban – területi védőnői és iskolai védőnői ellátás, szakellátásban – szülészeti osztályokon, valamint az ÁNTSZ Családvédelmi Szolgálatában is biztosított.

A területi védőnői területi ellátás körzetenként került kialakításra úgy, hogy mintegy 250 gondozott jusson egy védőnőre. A védőnő fontos feladata a nővédelem, ezen belül a családtervezéssel kapcsolatos tanácsadás, az anyaságra való felkészülés segítése, a várandós anyák gondozása, család-

látogatás, családgondozás, helyes életvitelre történő oktatás. Kiemelt feladata a gyermek fejlődését veszélyeztető tényező észlelésekor az, hogy haladéktalanul értesítse a háziorvost, illetve a gyermek-jóléti szolgálatot a veszélyeztetett gyermek és családjának fokozott gondozásba vétele érdekében [7].

Védőnői ellátás típusa	Szolgáltatások száma 2010-ben (OEP)
iskolai	1032
területi	1022
vegyes	2782

Az iskolaorvosi ellátás

Az iskola-egészségügyi ellátás iskolaorvos és védőnő együttes szolgáltatásából áll, amelyet fogorvos és fogászati asszisztens közreműködésével látnak el. Az iskolaorvos részt vesz a nevelési-oktatási intézmények egészségnevelő programjain, elvégzi a pályaalakmassági vizsgálatot, pályaválasztási tanácsadással segíti az érintett korosztályt, felügyeli a testnevelést [8].

Otthoni szakápolás

Az otthoni szakápolás a szakképzett ápoló által végzett tevékenység, melyet a biztosított otthonában vagy tartózkodási helyén, kezelőorvos rendelésére végez. Az otthoni hospice ellátás is szakellátás.

Az otthoni szakápolást végző szolgáltató és az otthoni hospice ellátást végző szolgáltató szakmai vezetőjének képesítési követelményét is rögzíti az otthoni szakápolási tevékenységről szóló 20/1996. (VII.26) NM rendelet. [9]

A rendelet szabályozza a gyógytornát, az ultrahang- és elektroterápiás kezelést, a beszédterápiát, a dietoterápiát végző személy képesítési és szakmai gyakorlati feltételeit is.

Betegszállítás

A betegszállítás célja, hogy a mentőápolói felügyeletet nem igénylő esetekben az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést biztosítsa az orvos elrendelése alapján. Előfordul, hogy betegszállítás azért kerül igénybevétele, mert az egyén csak speciális testhelyzetben szállítható, vagy tömegközlekedési eszközt nem tud igénybe venni – pl. mozgásában korlátozott –, vagy közforgalmú járművet nem tud igénybe venni, pl. fertőzésveszély.

A betegszállítás a társadalombiztosítás által finanszírozott természetbeni ellátás, melynek felügyeletét, koordinálását az OMSZ végzi. A betegszállító szolgáltatók az OEP-pel szerződnek.

3.3.2. A JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁS

A járóbeteg szakellátás olyan szakellátás, amely kizárólag járóbetegek számára nyújt ellátást. A járóbeteg szakellátás elérhetőségét úgy kell biztosítani, hogy az ne veszélyeztesse a beteg egészségügyi állapotát, vagyis tömegközlekedési eszközök igénybevétele megközelíthetőnek kell lennie. A járóbeteg szakellátás feladata a beteg folyamatos ellátása, melyet saját jelentkezése alapján beutaló nélkül, vagy beutalóval vehet igénybe.

A beteg orvosi beutaló nélkül veheti igénybe a bőrgyógyászati, szemészeti és gyermekszemészeti, onkológiai, nőgyógyászati és gyermeknőgyógyászati, urológiai, általános sebészeti és baleseti sebésze-

ti, pszichiátriai és addiktológiai, fül-, orr-, gégeészeti, valamint csecsemő- és gyermek fül-orr-gégészeti szakrendeléseket. Nem szükséges beutaló a különböző társadalombiztosítási vagy szociális ellátásokra való jogosultság megállapításához előírt vizsgálatok igénybevételéhez sem. A járóbeteg-szakellátás során a beteg fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegsége esetén szakorvosi gondozásban részesül. A járóbeteg-szakellátást nyújtó intézmények tevékenységüket önállóan, vagy más intézményekkel együtt, működési engedély alapján végzik. A járóbeteg-szakellátás feladata a megelőzés, az egyes betegek gyógykezelése, szakorvosi gondozása, ideértve az otthoni szakápolás elrendelését és a rehabilitációt is. A járóbeteg-szakellátás kompetenciakörébe tartozó olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozások végzése is beletartozik, amelyeket követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges, valamint intézeti háttérrel igénylő ellátás szükségessége esetén a beteg fekvőbeteg-gyógyintézetbe történő beutalása. Speciális szakmai, diagnosztikus, illetve terápiás háttér szükségessége esetén a beteget más járóbeteg-szakrendelésre vagy szakambulanciára történő beutalásáról, szakorvosi konzíliumok elvégzéséről gondoskodik.

A fentiek kivül – betegségek gyakorisága alapján – speciális járóbeteg-szakellátás keretében – amely különleges szaktudást, illetve speciális anyagi, tárgyi és szakmai felkészültséget igényel – biztosítani kell az ellátáshoz szükséges diagnosztikai és terápiás háttérrel. A járóbeteg-szakrendelést nyújtó egészségügyi szolgáltató az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló rendeletben foglaltak szerint szakrendelés, gondozó, szakambulancia, rendelőintézet, mobil egészségügyi szolgálat állomás illetve központ, laboratórium, diagnosztikai központ, hospice szolgálat szakma, vagy szakképesítés elnevezés használatára jogosult. A járóbeteg-szakellátás keretein belül végezhető kórházi ellátást kiváltó ellátások, azaz az egynapos sebészet, a nappali kórházi ellátás és az otthoni szakellátás [10].

A magánszolgáltatók jelentős szerepet töltenek be **a CT, MRI, PET képalkotó diagnosztika, a laboratóriumi vizsgálatok**, és a **művese-ellátás (vesepótló kezelés)** biztosításában az OEP-el kötött szerződés keretében, külön-külön is 20 Mrd Ft nagyságrendben.

3.3.3. A FEKVŐBETEG SZAKELLÁTÁS

Az általános fekvőbeteg szakellátás a betegnek a lakóhelye közelében, fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátása. Ennek igénybevétele a beteg folyamatos ellátását végző orvos, a kezelőorvos vagy az arra feljogosított más személy beutalása, valamint a beteg jelentkezése alapján történik. Az ellátás lehet folyamatos benntartózkodás mellett végzett diagnosztikai, gyógykezelési, rehabilitációs vagy ápolási célú fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás, ideértve a hosszú ápolási idejű ellátásokat is, az előzőekben foglalt céllal, meghatározott napszakokban történő ellátás. A fekvőbeteg szakellátás körébe tartozik az olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozás is, amelyet követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges, illetve a megfigyelési idő alatt, szükség esetén, a további azonnali egészségügyi ellátás biztosított. A fekvőbeteg szakellátások között megkülönböztetünk aktív, krónikus, rehabilitációs és ápolási célú fekvőbeteg-szakellátásokat.

Az aktív fekvőbeteg szakellátás

Az aktív fekvőbeteg ellátás, a fekvőbeteg szakellátó intézményben történő gyógyító, megelőző, rehabilitáló tevékenység, amelyben az ápolási idő előre tervezhető, többnyire rövid időtartamú. Az

ellátás célja az egészségi állapot mielőbbi helyreállítása, vagy ha ez nem lehetséges, az állapot stabilizálása, szövődmények kialakulásának megakadályozása.

Az aktív ellátáson belül az ellátás típusa szerint kerül sor **sürgősségi (akut) ellátás**, illetve **választott (elektív) ellátás** biztosítására. A folyamatos egészségügyi ellátás biztosításához egyéb egészségügyi ellátási forma keretében működik az **ügyeleti ellátás**. Az ügyeleti ellátás több szinten biztosított (sürgősségi fogadóhely, sürgősségi betegellátó osztály) illetve osztályos szintű ügyeleti ellátás.

Az **egynapos ellátás** során a gyógyintézetben 24 óránál rövidebb ellátási időt igénylő speciális egészségügyi ellátás biztosított (ld. az egyéb egészségügyi ellátások formáinál).

Az egészségügyi szolgáltató, amennyiben az orvostudományi vagy egészségtudományi képzést folytató egyetem részeként látja el, akkor klinika, amennyiben egy szakterületen legalább 5 napon keresztül napi 6 órában biztosítja a beteg nappali elhelyezésére szolgáló helyiséget akkor a **nappali kórház** a helyes megnevezés.

A **kúraszerű ellátás** során a gyógyintézeti keretek között olyan egészségügyi ellátás végzése történik, amely során beavatkozásokat végeznek az egészségi állapot mielőbbi helyreállítása, állapot stabilizálása céljából (részletesen ld. az egyéb egészségügyi ellátási formáknál)

A krónikus fekvőbeteg szakellátás

Krónikus ellátásnak minősül az, amelynek célja az egészségi állapot stabilizálása, fenntartása, illetve helyreállítása. Az ellátás időtartama, illetve befejezése általában nem tervezhető és jellemzően hosszú időtartamú.

A **rehabilitációs** fekvőbeteg szakellátás során az egészségi (testi vagy szellemi) állapot helyreállításához szükséges utókezelést, gondozást fekvőbeteg gyógyintézeti keretek közt biztosítják.

Az **ápolási célú** fekvőbeteg szakellátás célja, hogy az aktív orvosi ellátásra nem szoruló, és a családi gondozást átmenetileg nélkülözők számára nyújtson ellátást, illetve lehetőség szerinti rehabilitációt az egyéni szükségletekhez igazodóan. Az ápolás azoknak az ápolási és gondozási eljárásoknak az összessége, amelyek feladata az egészségi állapot javítása, az egészség megőrzése, fejlesztése és helyreállítása, a beteg állapotának stabilizálása, a betegségek megelőzése, a szenvedések enyhítése a beteg emberi méltóságának a megőrzésével, környezetének az ápolási feladatokban történő részvételre való felkészítésével és bevonásával.

A **hospice ellátás** célja a hosszú lefolyású, halálhoz vezető betegségben szenvedő személy testi, lelki ápolása, gondozása, életminőségének javítása, szenvedéseinek enyhítése és emberi méltóságának haláláig való megőrzése. A hospice ellátás magában foglalja a haldokló beteg hozzátartozóinak segítését is a betegség fennállása alatt és a gyász időszakában is.

A pszichiátriai betegek ellátása

A **pszichiátriai betegek** gyógykezelésével és gondozásával az egészségügyről szóló CLIV. törvény külön fejezetben foglalkozik.

Az addiktológiai ellátás

Az **addiktológiai ellátás** során az addiktológiai (hózzászokás) betegek (drog, alkohol, kábítószer, játékszenvedély) ellátása történik.

A kórház, az országos intézet elnevezése

A több szakmai főcsoportba tartozó szakmában aktív és krónikus, illetve aktív vagy krónikus betegellátást nyújtó, diagnosztikai háttérrel működő egészségügyi szolgáltató esetén a **kórház**, az egy szakmacsoporton belül speciális, magas szintű szakmai tudás rendelkezésre állása, és az ahhoz kapcsolódó gyógyító, módszertani, kutatási és oktatási tevékenység gyakorlása esetén az **országos intézet** elnevezés használatos az intézmény vonatkozásában.

A Ritka Betegségek Szakértői Központ

Ez a ritka betegségben szenvedő betegek diagnosztikai és terápiás ellátását végző más, ritka betegségeket ellátó járó- és fekvőbeteg szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatókkal együttműködik, a betegutak megszervezését biztosítja, speciális, multidiszciplináris szolgáltatást nyújt, a betegellátási tevékenységen túl kutatási és oktatási tevékenységet végez, valamint a ritka betegségben szenvedő betegek és az elérhető szolgáltatások regisztrációját végzi, az egészségügyért felelős miniszter kijelölése alapján a Ritka Betegségek Szakértői Központ elnevezés használatára jogosult.

Progresszivitás az egészségügyi rendszerben

A fekvőbeteg ellátást végző intézmények beosztása specializálódás szerint lehet kórház és szak-kórház, szervezési szempontból osztályszerkezetű vagy mátrix kórház, vagy progresszivitási szintek alapján is beosztható. Ez utóbbinak magyarázata az, hogy az aktív fekvőbeteg szakellátás során az eltérő egészségi állapotú betegek differenciált ellátásához különböző progresszivitási szinteken működő ellátórendszer kiépítésére volt szükség. Az így kiépült rendszerben megkülönböztetünk városi kórházakat, melyek az alapszakmákban – sebészet, belgyógyászat, gyermekgyógyászat stb. – nyújtanak alapszintű ellátást, megyei kórházakat, melyek több szakmában képesek szolgáltatni egyes területen specializálódva, és regionális és országos intézményeket, melyek bizonyos ellátások tekintetében elnevezésében is jelzett területeken nyújtanak specializált ellátást.

Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló [9] rendelet a progresszivitás elkülönítését jogszabályi szinten is megfogalmazza. E szerint tehát megkülönböztetünk

- progresszivitás alapszintjét (I.) az adott ellátást nyújtó szolgáltatónál biztosítani kell,
- a „II” ellátási szint – progresszivitás középszintje – melyet egy megyei, illetve fővárosi adott szolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltatónak biztosítani kell,
- valamint „III” ellátási szint, – progresszivitás felső szintje –, melyet az adott ellátást regionális vagy országos szinten az egészségügyi szolgáltatónak biztosítani kell [4, 10].

Az ellátórendszer szereplőinek feladata, hogy a befejezett egészségügyi ellátást a megfelelő progresszivitási szinten biztosítsa.

Az egyéb egészségügyi ellátási formák

Az egyéb egészségügyi ellátások körébe tartozik az ügyeleti ellátás, a mentés, vérellátás. Korszerű ellátási formák közé tartozik az egynapos sebészet, a kúraszerű ellátás, nappali kórházi ellátás.

Az **ügyeleti ellátás** célja az egészségügyi szolgáltatók napi munkarend szerinti munkaidő befejezésének időpontjától a következő napi munkarend szerinti munkaidő kezdetéig a beteg vizsgálata, egészségi állapotának észlelése, alkalmoszerű és azonnali sürgősségi beavatkozások elvégzése, illetőleg fekvőbeteg-gyógyintézetbe történő sürgősségi beutalása, valamint a külön jogszabályokban meghatározott eljárásokban való részvétel. A sürgősségi ellátás között szintén korszerű ellátási forma a 6–24 órás sürgősségi ellátás.

A **mentés** állami feladat, amely az azonnali egészségügyi ellátásra szoruló betegnek a feltalálási helyén, mentésre feljogosított szervezet által végzett sürgősségi ellátása, illetve az ehhez szükség szerint kapcsolódóan – az egészségi állapotának megfelelő ellátásra alkalmas – legközelebbi egészségügyi szolgáltatóhoz történő szállítása, valamint a szállítás közben végzett ellátása.

A mentés költségeit az állami költségvetésből fedezik, térítésmentes ellátás, amely mindenkit megillet. Mentést kezdeményezhet kezelőorvos, beteg, illetve aki azt észleli, hogy a beteg azonnali ellátásra szorul.

Az Országos Mentőszolgálat (OMSZ) végzi ezt a tevékenységet, melynek tehát feladata az életmentés, a sürgős esetek ellátása. Az OMSZ hierarchikus szervezet, első számú felelős vezetője a főigazgató. Az OMSZ 7 regionális igazgatóságra tagozódik, 230 mentőállomás működik, a hívásokat a regionális diszpécserközpont fogadja.

A vérellátás

A vérellátás szintén állami feladat, amelynek alapja, hogy a lakosság önkéntesen ad vért. A vérellátás biztosítását, a vérkészlet felügyeletét, azzal való gazdálkodást az Országos Vérellátó Szervezet (OVSZ) végzi. Az OVSZ 6 regionális és 20 területi intézményből áll, az OVSZ élén főigazgató áll. Véréadások szervezését az OVSZ-n kívül a Magyar Vöröskereszt is végzi.

Az irányított véradásra napjainkban nagyobb figyelmet szükséges fordítani. Az irányított véradás során a véradó konkrét személyt nevez meg, akinek a vért szánja. A szakmai szabályok teljesülése esetén az OVSZ a megnevezett személy kezelőorvosával együttműködve gondoskodik a véradó szándékának teljesüléséről.

Az OVSZ jelentős feladattal bír a transzplantációk végrehajtása során, vezeti a transzplantációs várólistákat (szív, máj, vese, tüdő, felnőtt csontvelő, gyermek csontvelő). Az OVSZ feladata a Magyar Csontvelődonor Regiszter vezetése is. Az OVSZ 2015. március 1-től az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) kerül, de továbbra is kiemelten kezeli az országos vérellátást, megtartva önálló költségvetési jogállását.

Az OVSZ 2011-ben kötött együttműködési megállapodást írt alá az Eurotransplant International Foundation szervezettel – amely hét ország transzplantációs központjait, laboratóriumait és donorkórházait tömörítő kiszolgáló szervezet – és ezáltal a nemzetközi szervcserebe hazánk is bekapcsolódott. Az Eurotransplant elkötelezett a rendelkezésre álló donorszervek lehető legjobb felhasználása tekintetében és annak a leginkább megfelelő recipiensnek kiutalásában.

Az egynapos sebészet és a kúraszerűen végezhető ellátások

Az **egynapos sebészeti ellátás** olyan speciális, a kórházi kezelést kiváltó ellátás, amely speciális – a kórházi körülményekhez hasonló – feltételeknek megfelelő intézményben 24 óránál rövidebb ellátási időt igényel. Az egynapos sebészeti és a kúraszerűen végezhető ellátások szakmai feltételeit a 16/2002 (XII.12.) ESzCsM rendelet állapítja meg. Az egynapos sebészeti ellátás keretében végezhető beavatkozásokat a „Az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV.2) NM rendelet 9. sz. melléklete sorolja fel. Alapvető feltétel, hogy a beteg 24 óránál kevesebb időt tartózkodik a beavatkozást végző egészségügyi intézményben.

A **kúraszerű ellátás** keretében a fekvőbeteg-ellátási háttérrel igénylő, előre meghatározott időben és számban végzett azon gyógyító ellátások, amelyek egymással összefüggő kezelési sorozatot alkotnak. Ambuláns formában végezhető, a beteg egy kezelés esetén 24 óránál kevesebb ideig tartózkodik az intézményben rendszeres megfigyelés alatt.

Fenti ellátások tehát végezhetőek:

- fekvőbeteg- szakellátást nyújtó szolgáltatónál.
- egyéb olyan egészségügyi szolgáltatónál, amely az adott szakterület aktív fekvőbeteg-intézményével szerződést kötött a szövődményes eset ellátására, és ez a fekvőbeteg-intézmény 30 percen belül elérhető átlagos járműforgalmat figyelembe véve.

Az orvostechnikai eszközellátás, a gyógyszerellátás, a pszichoterápia és klinikai szakpszichológia, a nem konvencionális gyógyító- és életminőség-javító eljárások, egyéb gyógyászati ellátások, egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység részletes ismertetésére jelen tanulmányban nem kerül sor [4].

Minőségbiztosítás az egészségügyben

A minőségügyi rendszer célja az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítása. E cél elérése érdekében a minőségügyi rendszer magában foglalja a minőségi követelmények meghatározását, ezek teljesítésének nyomon követését, ellenőrzését, értékelését, akkreditálását, illetve tanúsítását és a folyamatos minőségfejlesztést. Az egészségügyi szolgáltatás megfelelő minőségének alapvető feltétele, hogy azt kizárólag jogszabályban meghatározott személyi és tárgyi feltételekkel rendelkező szolgáltató nyújtsa, valamint az ellátás során érvényesüljenek a jogszabályban foglalt vagy egyéb szakmai szabályok, így különösen a tudomány mindenkori állását tükröző és bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvek, ezek hiányában a megalapozott, széles körben elfogadott szakirodalmi közlésekre, vagy szakmai konszenzusra támaszkodó szakmai ajánlások.

Megkülönböztetünk **belső és külső minőségügyi rendszert**. A belső minőségügyi rendszert az egészségügyi szolgáltatóknak kell bevezetnie és működtetnie, melynek többek közt célja a szolgáltatások minőségének folyamatos fejlesztése, a szolgáltatás folyamatainak megismerése és részletes tervezése, ideértve a lehetséges hibák megelőzésének tervezését is. A szolgáltatás során felmerülő hiányosságok időben történő felismerése, a megszüntetéséhez szükséges intézkedések megtétele és ezek ellenőrzése, a hiányosságok okainak feltárása, az azokból fakadó költségek, károk csökkentése, a szakmai és működési követelményeknek való megfelelés és a saját követelményrendszer fejlesztése.

A külső minőségügyi rendszer működése az egészségügyi szolgáltatók működési engedélyezési rendjére épül. A szolgáltatások biztonságos nyújtásához szükséges követelményeknek, az egyes szolgáltatások szakmai tartalmának, a szolgáltatások értékelési szempontjainak, az alkalmazott eljárások dokumentációs rendszere és adatszolgáltatás minőségi követelményeinek meghatározásán, nyilvánosságra hozatalán és rendszeres felülvizsgálatán, továbbá az egészségügyi szolgáltató hatósági szakfelügyeletén, valamint szakmai minőségértékelésén, az akkreditációs rendszeren, valamint a megfelelésig-tanúsítás rendszerén keresztül valósul meg [4].

3.4. Az egészségügy szervezése és irányítása

3.4.1. AZ ÁLLAM FELELŐSÉGE

Az állam felelős a lakosság egészségi állapotáért. Az egészséghez szükséges feltételrendszer kialakításával a közösségek és az egyének számára egészségi állapotuk védelme és fejlesztése, valamint szükség esetén lehetséges mértékű helyreállítása válhat lehetővé. Az állam felelősségi körébe tartozik az egyén egészségügyi ellátáshoz való joga gyakorlásához az egészségügyi ellátórendszer megfelelő mennyiségű, minőségű, eloszlású, összetételű és hatékonyságú működésének általános (szervezési, intézményi, oktatási, kutatási) feltételeinek megteremtése, működtetésének biztosítása. Az államnak az egyén egészségügyi ellátáshoz való joga gyakorlásához a kötelező egészségbiztosítási rendszer működtetését biztosítani szükséges. Az emberi méltóság és az önrendelkezési jog teljes körű védelmét kell biztosítani az egészségügyi intézményrendszer működése során. Állami szinten az egészségpolitikai cél-, feladat- és eszközrendszert meg kell határozni. Az állami kötelezettség részét képezi az egészségfejlesztés alapvető feltételeinek biztosítása, az egészségügyi ellátórendszer, az egészségügyi ellátási kötelezettség és felelősség meghatározása is. Az egészségpolitika céljait szolgáló finanszírozási, fejlesztési és információs rendszer kialakítása és fejlesztése is állami kötelezettség. Az állam az egészségügyi szolgáltatások szakmai feltételrendszerének meghatározásában, (ideértve az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítását és ellenőrzését is) is kötelezettsége van. Az állam az egészségügyi képzés, szakképzés és továbbképzés rendszerét szabályozza, az egészségügyi kutatási tevékenységet támogatja, szervezi és koordinálja. Az egészséges életmód választásához szükséges ismereteknek az oktatási rendszerbe történő integrálásáért is felelősséggel tartozik. Az egyéni és a társadalmi érdekek összehangolása a ritka, a kiemelkedő költségigényű, illetve az új módszerek és eljárások alkalmazásánál, az egészségügyi válsághelyzeti ellátás, a nemzeti vérkészlettel való gazdálkodás, a népegészségügyi és az egészségügyi igazgatási tevékenység feltételeinek biztosítása is az állami felelősség és kötelezettség körébe tartozik. Az állam a fekvőbeteg szakellátás és a járóbeteg szakellátás feltételrendszerét meghatározza. Az állam az éves költségvetési törvényben meghatározott módon a központi költségvetésben és az Egészségbiztosítási Alap költségvetésében biztosítja a megfelelő szintű és minőségű egészségügyi ellátások működésének fedezetét. A központi költségvetésben kell biztosítani többek között a Magyarországon lakóhellyel rendelkező várandós és gyermekágyas anya részére a család- és nővédelmi gondozás keretében az egészségi állapotának védelmét és magzata egészséges fejlődésének ellenőrzését szolgáló szűrővizsgálatokat, a magzat egészséges fejlődését biztosító életmódról való tájékoztatást, a szülésre, szoptatásra és csecsemőgondozásra való felkészítést.

További ellátások biztosítása is az alapsomag része, a Magyarország területén tartózkodó személy elhalálását követően a halottvizsgálat, illetve a halottakkal kapcsolatos orvosi eljárásokkal összefüggő ellátások, valamint a vérellátás megszervezése, illetve a vér és vérkészítmények rendelkezésre állása. A népegészségügyi feladatok mellett szerepel még az egészségügyi válsághelyzeti ellátás, a Magyarországon lakóhellyel rendelkező személy részére nyújtott, sürgősségi és kötelező gyógykezelés máshonnan meg nem térülő, az egészségügyi ágazati szakmai képzések támogatása [4].

Az egészségügy szervezésével és irányításával kapcsolatos feladatok ellátásáért, valamint az ezekkel összefüggő jogok gyakorlásáért és kötelezettségek teljesítéséért való felelősség az országgyűlést, a kormányt, a minisztert, az egészségügyi államigazgatási szervet, a helyi önkormányzatokat, az egészségügyi szolgáltatók további fenntartóit, az egészségbiztosítási szerveket, valamint a térségi egészségsszervezés államigazgatási szervet terheli.

Az állam a rendelkezésére álló eszközökkel támogatja és elősegíti az egészségügy területén működő szakmai kamaráknak és más köztestületeknek, valamint szakmai érdekképviseleti szervezeteknek, szakmai egyesületeknek és más civil szervezeteknek az egészségügyi törvényben foglaltakkal összhangban levő tevékenységét.

Az államigazgatás szervek a lakosság egészségi állapotának javítása céljából, illetőleg a jobb életminőség érdekében elősegítik a meghatározott célok és alapelvek érvényesülését, valamint az egészségkárosító környezeti, társadalmi és egyéb hatások elleni eredményes fellépést [4].

Az ágazat megújítására folyamatos törekvés eredményeként 1999–2005 között, mint lehetséges modell került működtetésre az IBR (Irányított Betegellátási Rendszer), a program számos értékelése megtörtént. [11]

Az egészségügyi ágazat fejlesztését szolgálja a „Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben” című TÁMOP 6.2.5. B program, melynek célja az egészségügyi szervezési és intézményfelügyeleti funkciók megújítása, illetve kialakításán keresztül a hatékonyság javítása, a területi egyenlőtlenségek mérséklése, a mindenki számára hozzáférhető, jó minőségű ellátást nyújtó egészségügyi rendszer megteremtése. A fejlesztések közvetett módon hozzájárulnak a lakosság munkavégző-képességének javulásához, illetve a lakosság számára helyben elérhető ellátások bővüléséhez és minőségének javulásához.

3.4.2. AZ ORSZÁGGYŰLÉS FELADATAI

Az Országgyűlés az egészségüggyel kapcsolatosan figyelembe veszi és érvényesíti a lakosság egészségének védelmét, a betegségek megelőzéséhez és az egészség fejlesztéséhez fűződő érdekeket és az ehhez rendelt egészségpolitikai célokat. Az Országgyűlés időről-időre (általában éves rendszerességgel) értékeli a lakosság egészségi állapotának az általános helyzetét [4].

Az egészségügyi ágazattal kapcsolatos legfontosabb jogszabályokat az alábbi táblázat szemlélteti.

Eütv.	Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény
Ebvt.	A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény
Eü. adatkezelésről szóló tv.	Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény

Tbj. tv.	A társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény
Költségvetési törvény	Magyarország 2015. évi központi költségvetéséről szóló 2014. évi C. törvény

3.4.3. A KORMÁNY FELADATAI

A Kormány az egészségügy szervezésével és irányításával összefüggő feladatkörében meghatározza az egészséget támogató kormányzati politika, ezen belül az egészségpolitika elveit, céljait és főbb irányait, valamint irányítja és összehangolja az egészségügyi államigazgatási feladatok végrehajtását. A kormány rendeleti úton szabályozza a hozzáférés szabályait (pl. Ebtv végrehajtási rendeletei), a finanszírozási technikákat, a gyógyszer és technológia befogadás rendszerét, a kapacitásbővítés, kapacitás változás szabályait stb.

A kormány gondoskodik az egészségügyet érintő nemzetközi szerződésekből foglalt kötelezettségek teljesítéséről, illetőleg jogok érvényesítéséről, valamint az államot terhelő kártalanítási és megtérítési kötelezettségek teljesítéséről.

Az egészségügyi válsághelyzet esetén gondoskodik a veszély elhárításához szükséges feltételek biztosításáról, továbbá ellátja az annak elhárítását célzó tevékenységek általános irányítását, valamint törvényességi felügyeletet gyakorol az egészségbiztosítási szervek tevékenysége felett [4].

3.4.4. A MINISZTER FELADATAI

A miniszter az egészségügyről szóló törvény szerint, valamint a kormány egészségpolitikai döntéseinek megfelelően ellátja az egészségügy ágazati irányítását.

A miniszter ellátja az egészségügyi képzéssel, szakképzéssel, szakirányú szakképzéssel és továbbképzéssel összefüggő szakmai feladatokat, meghatározza az egészségügyi szolgáltatások szakmai követelmény rendszerét, támogatja és összehangolja az egészségügyi ágazat feladatkörét érintő tudományos kutatótevékenységet.

A miniszter irányítja az egészségügyi tevékenység ágazati irányításához és egységes működéséhez szükséges nyilvántartási és információs rendszert, további feladata egészségügyi szakmai felügyelet gyakorlása körében módszertani és szakmai irányítási feladatok ellátása, kapcsolatot tart a nem állami fenntartású egészségügyi szolgáltatók fenntartóival, figyelemmel kíséri és véleményezi azok szakmai fejlesztési programját, továbbá egységes szempontok kidolgozásával irányítja az intézményfelügyeleti tevékenység végzését.

A miniszter irányítja az egészségügy területén működő országos intézeteket, valamint az állam tulajdonába, illetve fenntartásába tartozó fekvőbeteg szakellátást vagy fekvőbeteg- és hozzá kapcsolódó járóbeteg-szakellátást végző egészségügyi szolgáltatókat. A miniszter rendeleti úton szabályozza számos ellátási forma részletes szakmai szabályait, az elvégezhető feladatokat, tevékenységeket (pl. IVF, otthoni szakápolás, egynapos sebészet).

A miniszter meghatározza és összehangolja a gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök, orvostechnikai eszközök előállításával, forgalmazásával és rendelésével kapcsolatos tevékenységeket, valamint

meghatározza az egészségügyi rendszer teljesítményértékelésére vonatkozó részletes szabályokat, a teljesítményértékelés intézményrendszerét, az egyes indikátorok meghatározásának és gyűjtésének, valamint az egészségpolitikai döntéshozatal során az értékelések felhasználásának szabályait.

A miniszter ágazati irányító jogköre kiterjed minden egészségügyi tevékenységre, illetőleg – jogállásától függetlenül – minden egészségügyi szolgáltatóra. Tevékenységét az Egészségügyi Tudományos Tanács, a szakmai kollégiumok, valamint országos intézetek segítik.

A miniszter az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzésért való feladatkörében az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzésben résztvevőkre tekintettel támogatást nyújthat. A miniszter az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 151§ (1) bekezdése szerint az egészségügy területén működő civil szervezetekkel a Nemzeti Betegfórum útján is kapcsolatot tart [4].

3.4.5. A NEMZETI BETEGFÓRUM

A Nemzeti Betegfórumot az adott betegségben szenvedő személyeket képviselő civil szervezetek alkotják. A Nemzeti Betegfórum a miniszter részére javaslatot tesz, felkérésre véleményez, elemzést, értékelést készít. Az adott betegséggel, betegségcsoporttal összefüggésben érdekképviselőt lát el, kapcsolatot tart az egészségügyi szakmai kollégium adott tagozatával, a civil, érdekképviselői szervezetekkel, az illetékes egészségügyi szakmai kamarákkal, a vallási közösségekkel, valamint az alapítványokkal. [4]

3.4.6. A HELYI ÖNKORMÁNYZATOK FELADATAI

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 152. § (1) bek. szerint a települési önkormányzat az egészségügyi alapellátás körében gondoskodik a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátásról, a fogorvosi alapellátásról, az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátásról, a védőnői ellátásról, az iskola-egészségügyi ellátásról. [4]

Az önkormányzati rendszer és a területi közigazgatás 2010–2013 között átalakult. Az egyik kényszerhelyzetet az önkormányzatok törvényességi ellenőrzésének megoldatlansága jelentette, a másik szabályozási kényszerhelyzet az önkormányzati szféra finanszírozási problémáival függött össze, amely különösen a megyei önkormányzatok által fenntartott intézmények (pl. kórház) esetében igényelt azonnali beavatkozást, 2012-ben megtörtént a kórházak államosítása.

A települési önkormányzat (község, város, megyei jogú város) képviselő-testülete megállapítja és kialakítja az egészségügyi alapellátások körzeteit. Több településre is kiterjedő ellátás esetén a körzet székhelyét az érintett települési önkormányzatok egyetértésben állapítják meg.

A helyi önkormányzat az egészségügyi szakellátási intézményműködtetési kötelezettségének részeként gondoskodik a tulajdonában, illetve fenntartásában lévő, közfinanszírozott egészségügyi szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató működtetéséről.

A helyi önkormányzat gondoskodik a tulajdonában, illetve fenntartásában lévő egészségügyi szolgáltató számára – az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló törvény alapján – megállapított közfinanszírozott szakellátási feladatok ellátásáról, a tulajdonában lévő, közfinanszírozott egészségügyi

szakellátási feladat ellátására szolgáló vagyonhoz kapcsolódó – az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló törvény alapján a helyi önkormányzat rendelkezési joga alá tartozó szakellátási kapacitással ellátandó – közfinanszírozott egészségügyi szakellátási feladatok ellátásáról. A helyi önkormányzat meghatározott vagyona az intézményműködtetési kötelezettség keretében ellátandó egészségügyi szakellátási feladat teljesítését szolgálja. A helyi önkormányzat az alapellátási körzetekről nyilván tartást vezet.

A települési önkormányzat együttműködik a lakosságra, közösségekre, családi, munkahelyi, iskolai szintekre irányuló egészségfejlesztési tevékenységekben az ezeket végző szervezetekkel és személyekkel, valamint támogatja és aktívan kezdeményezi ezen tevékenységeket.

A települési önkormányzat a környezet- és település-egészségügyi feladatok körében gondoskodik a köztisztasági és településtisztasági feladatok ellátásáról, biztosítja a külön jogszabályban meghatározott rovarok és rágcsálók irtását, folyamatosan figyelemmel kíséri a település környezet-egészségügyi helyzetének alakulását és ennek esetleges romlása esetén – lehetőségeihez képest – saját hatáskörben intézkedik, vagy a hatáskörrel rendelkező és illetékes hatóságnál kezdeményezi a szükséges intézkedések meghozatalát.

A települési önkormányzat képviselő-testülete dönt a gyógyiszap és gyógyforrástermék kitermeléséről, kezeléséről, az elismert gyógyvíz, a gyógyiszap és a gyógyforrástermék palackozásáról, csomagolásáról, valamint forgalomba hozataláról, illetve engedélyezi e tevékenységeket. [4]

3.5. Az egészségügyi intézmények fenntartása

Az egészségügyi intézmények fenntartójának hatáskörét képezi az egészségügyi intézmény szakmai felügyelete, az egészségügyi intézmény költségvetési irányítása, így az alapítói jogok, a létesítés, az átalakítás, illetve a megszüntetés gyakorlása, az intézmény költségvetésével kapcsolatos, külön jogszabályban meghatározott, az irányító szerv jogkörébe tartozó jogok gyakorlása, az intézmény vezetője tekintetében a vezetői megbízás adása, a vezetői megbízás visszavonása vagy – költségvetési szerv esetében, ha a vezetővel a Munka Törvénykönyve vezető állású munkavállalóra vonatkozó rendelkezései alkalmazásával munkaviszonyt kell létesíteni – a munkaviszony létesítése és megszüntetése, valamint az egyéb munkáltatói jogok gyakorlása. [4]

Fenntartói hatáskör az intézmény gazdasági vezetője tekintetében a vezetői megbízás adása, a vezetői megbízás visszavonása vagy – költségvetési szerv esetében, ha a vezetővel a Munka Törvénykönyve vezető állású munkavállalóra vonatkozó rendelkezései alkalmazásával munkaviszonyt kell létesíteni – a munkaviszony létesítése és megszüntetése, valamint a díjazás megállapítása.

Fenntartói hatáskör az intézmény működését szabályozó dokumentumok (pl. szervezeti és működési szabályzat, házirend, szakmai program, munkaterv) jóváhagyása, az intézmény működésének szakmai, illetve költségvetési ellenőrzése, szakmai feladatok ellátása (szakmai fenntartói jogok).

Az egészségügyi intézmény fenntartója köteles biztosítani az általa fenntartott egészségügyi intézményben az egészségügyi szolgáltatás nyújtásához szükséges szakmai feltételeket, valamint az egészségügyi intézmény működőképességét és szükség szerinti fejlesztését.

Fontos, hogy az állam tulajdonában és fenntartásában levő egészségügyi intézmények esetében egyes fenntartói jogok, valamint az államháztartásról szóló törvényben felsorolt, az egyes költség-

vetési szervekre vonatkozó irányítói hatáskörök a fenntartói jogok gyakorlására rendeletben kijelölt szervezet részére jogszabályban meghatározottak szerint átadhatóak.

Az állam tulajdonában és fenntartásában lévő fekvő- és járóbeteg szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók esetében – azon egészségügyi szolgáltatók kivételével, amelyek nem az egészségügyért felelős miniszter irányítása alá tartoznak, vagy fenntartásában vannak –, a miniszter kizárólagos jogkörébe tartozik a fenntartói jogkört gyakorló szervezet javaslatára:

- az alapítói jogok – létesítés, átalakítás, megszüntetés – gyakorlása,
- a jogszabályban meghatározott mértékű kapacitás módosulását eredményező szervezeti változások jóváhagyása,
- a költségvetési irányítás tekintetében az intézmények éves költségvetési keretszámainak megállapítása és költségvetésének jóváhagyása, valamint
- az államháztartási törvény és végrehajtási rendelete szerint az irányító szerv jogkörébe tartozó és a középírányító szerv részére át nem adott intézkedések megtétele.

Az állami egészségügyi felsőoktatási intézmény egészségügyi szolgáltatója tekintetében az egészségügyért felelős miniszter a fenntartói jogkör gyakorlójaként jár el – a fenntartó javaslatának és véleményének figyelembevételével – az egészségügyi szolgáltató szakmai felügyelete tekintetében.

Az egészségügyi szolgáltató által kötendő egészségügyi ellátási szerződés jóváhagyásában az egészségügyi szolgáltató kapacitásainak tartós kihasználatlanság miatti csökkentésében, szakmai összetételének megváltoztatásában. Az egészségügyért felelős miniszter jár el az egészségügyi szolgáltató ellátási területének módosításában, az egészségügyi szolgáltató szakellátási kapacitásainak átcsoportosításában, váratlan esemény vagy előre nem látható módon bekövetkező ellátási szükséglet miatt szükséges többletkapacitásra kötendő finanszírozási szerződés kezdeményezésében.

Az egészségügyért felelős miniszter jár el az egészségügyi szolgáltatónak az Egészségbiztosítási Alapból származó bevételeit tartalmazó számla megterheléséhez való hozzájárulásában a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló törvény, valamint az ennek végrehajtására kiadott kormányrendelet szerint meghatározott esetben.

Az egészségügyi szolgáltató működését szabályozó dokumentumot jóváhagyja, az egészségügyi szolgáltató működési engedélyének módosítása iránti kérelmet előzetesen jóváhagyja az egészségügyi szolgáltató által végezhető szakmák, az ellátás progresszivitási szintje és formája, az ágyszám és a heti rendelési idő tekintetében.

Hozzájárul az egészségügyi szolgáltató működési engedélyében szereplő egészségügyi szolgáltatás szüneteltetéséhez és annak meghosszabbításához. Az állami egészségügyi felsőoktatási intézmény egészségügyi szolgáltatóját érintő fejlesztési célú pályázathoz szükséges fenntartói nyilatkozatot tesz.

Az állami egészségügyi felsőoktatási intézmény egészségügyi szolgáltatója a finanszírozási szerződés megkötéséről, módosításáról, megszűnéséről a fenntartóját és az egészségügyért felelős minisztert is tájékoztatja [4, 12].

3.6. A kórházi felügyelő tanács és kórházi etikai bizottság

A területi ellátási kötelezettség körében fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézményekben kórházi felügyelő tanács és kórházi etikai bizottság működik.

A bekezdés hatálya alá nem tartozó fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézmény – a külön jogszabályban foglalt rendelkezések értelemszerű alkalmazásával – kórházi felügyelő tanácsot hozhat létre, valamint kórházi etikai bizottságot működtet.

A kórházi felügyelő tanács a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézmény által nyújtott egészségügyi szolgáltatással összefüggő feladatkörében véleményt nyilvánít, és javaslatokat tesz az intézmény működésével, fenntartásával és fejlesztésével kapcsolatos kérdésekben, biztosítja a kapcsolattartást az intézmény vezetése és az érintett lakosság között, képviseli az érintett lakosság érdekeit az intézmény működésében, valamint figyelemmel kíséri az intézmény működését.

A kórházi felügyelő tanács négy, öt, nyolc, kilenc, tíz, tizenkettő, tizenhárom, tizenhat vagy tizenhét tagból álló testület. A tagok felét, vagy – ha a testület páratlan számú tagból áll – a tagok egyszerű többségét az egészségügyi intézmény ellátási körzetében, az egészségügy területén működő civil szervezetek küldötteiből kell megválasztani. A felügyelő tanács többi tagját – egyenlő arányban – az intézmény választott küldöttei és a fenntartó által delegált tagok alkotják. A tanács elnökét a civil szervezetek küldöttei közül kell megválasztani. Szavazategyenlőség esetén az elnök szavazata dönt.

A kórházi etikai bizottság feladata az intézményen belül felmerülő etikai ügyben való állásfoglalás, a betegjogok érvényesítésében való közreműködés, a szerv- és szövetátültetés a törvényben szabályozott kivételes eseteiben a jóváhagyás megadása, amit az intézmény szervezeti és működési szabályzata a bizottság hatáskörébe utal.

A kórházi etikai bizottság legalább öt, legfeljebb tizenegy tagú testület. Tagjait az egészségügyi intézmény vezetése kéri fel azzal, hogy a bizottság összetétele biztosítsa a bizottság elé kerülő ügyek sokoldalú (orvosi, pszichológiai, jogi, vallási stb.) megítélését. Az egészségügyi közszolgáltató költségvetési szerv, amennyiben a társadalombiztosítás pénzügyi alapjaiból származó éves támogatás értékű bevétele meghaladja az 5000 millió forintot és forrásainak legalább 75%-a – együttesen – a társadalombiztosítás pénzügyi alapjaiból, átvett pénzeszközökből, saját bevételből, illetve pénzügyi műveletekből származik, vagy éves finanszírozási hitelfelvételének összege eléri vagy meghaladja a költségvetési szerv jóváhagyott éves költségvetésének 15%-át, vagy az alapító a költségvetési szervnek vállalkozó közintézeté vagy gazdasági társasággá történő átalakítását tervezi, az átalakulásról szóló döntés meghozatalát megelőzően köteles üzemgazdasági (eredmény) szemléletű könyvvizetésre a módosított teljesítményszemléletű kettős könyvvitel vezetése mellett. A feltételek meglétének hiányában az egészségügyi közszolgáltató költségvetési szerv az irányító szerv döntésének megfelelően kötelezhető az üzemgazdasági (eredmény) szemléletű könyvvizetésre [4].

3.7. Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) országos hatáskörű szerv, az Országos Tisztifőorvosi Hivatalból – vezetője az országos tisztifőorvos – és az irányítása alatt álló országos intézetekből áll. A közigazgatási reform eredményeképp az ÁNTSZ feladatainak egy része a megyei kormányhivatalokhoz került. Az országos tisztifőorvos szakmailag irányítja a fővárosi és megyei kormányhivatalokban működő népegészségügyi feladatokat ellátó szakigazgatási szerveket.

Főbb feladatai közé tartozik az egészségügyi-járványügyi felügyelet, közegészségügyi ellenőrzések, a közegészségügyi szabályok érvényesülésének vizsgálata, laboratóriumok működtetése, védőoltások, szűrővizsgálatok elrendelése, járványokkal összefüggő készletgazdálkodás, járványügyi nyilvántartás, egészségügyi intézmények járványügyi felügyelete, nosocomialis fertőzések nyomon követése. Népegészségügyi feladatai körében foglalkozik:

- a lakosság egészségi állapotának nyomon követésével,
- az egészségkárosító hatások megelőzésével, csökkentésével,
- az egészséges életmód megteremtésével,
- egészséges életkörülmények kialakításával, megbetegedési bejelentési és nyilvántartási rendszer kialakítással,
- epidemiológiai elemzéseket végez,
- foglalkozik az egészségügyi követelmények, határértékek tudományos megalapozásával.

A környezet- és település-egészségügyi feladatai körébe tartozik a szennyezettségi, egészségügyi határértékek kimutatása, emberi tevékenységgel, veszélyes anyagokkal kapcsolatos egészségügyi követelmények meghatározása, táplálkozási ajánlások, engedélyezések.

Az egészségfejlesztés feladatok között szerepel az alapellátási tanácsadás, csecsemő-, anya- és növédelem, mentálhigiénés tevékenység, szűrővizsgálatok, Családvédelmi Szolgálat működtetése.

Az ÁNTSZ egészségügyi igazgatási és koordinációs feladatokkal is rendelkezik, az ellátórendszer szervezetével, szervezésével kapcsolatos javaslatlételi kötelezettsége van, szakmai felügyeletet gyakorol a gyógyszerforgalom felett és az egészségügyi szolgáltatók felett, egészségügyi szolgáltató tevékenységet engedélyez, mikroszintű szakmai fejlesztési elképzeléseket véleményez, rendkívüli helyzetben közvetlenül intézkedik, az Országos Etikai Tanács és a megyei etikai tanácsok titkársági feladatait ellátja.

Az ÁNTSZ az önkormányzati testületi üléseken tanácskozási joggal vehet részt, az egészségi állapottal összefüggő adatok térítésmentes megkérésének jogosítványával rendelkezik. Az ÁNTSZ munkatársa mindenhová beléphet, az ellenőrzéseket mindenki köteles ellenszolgáltatás nélkül tűrni és elősegíteni. Intézkedések végrehajtását rendelheti el, valamint hiányosságok megszüntetését, egészségkárosító anyagok megsemmisítését, egészségkárosító tevékenységek korlátozását, felfüggesztését határozatban elrendelheti. Bírságot szabhat ki, figyelmeztetést alkalmazhat, szükség esetén más szervek intézkedését is kezdeményezheti, számos kérdéskörben szakhatóságként működik közre. Az ÁNTSZ központi hivatal, hierarchikus szervezet, vezetője az egészségügyi miniszter közvetlen irányítása alatt és széleskörű munkáltatói jogköre mellett tevékenykedő országos tisztifőorvos. A központi szerve az Országos Tisztifőorvosi Hivatal és az országos intézetek, melyek részben önálló költségvetési

szervként működnek. A területi szervek részben önállóan gazdálkodó regionális intézetek, melyek vezetője a regionális tisztifőorvos. Közvetlen irányítása alá tartozik a kistérségi, illetve fővárosi kerületi intézet, amely nem rendelkezik önálló feladatkörrel. Vezetője a kistérségi tisztifőorvos, akit az országos tisztifőorvos egyetértésével a regionális tisztifőorvos nevez ki. [13]

3.8. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár az egészségügyi miniszter (egészségbiztosításért felelős miniszter) által irányított központi hivatal, élén főigazgató áll, akit a miniszterelnök nevez ki és ment fel az egészségügyi miniszter javaslatára.

Feladatai között az Egészségbiztosítási Alap vonatkozásában az Alaphoz tartozó vagyonnal kapcsolatos nyilvántartási, illetve jogszabályban meghatározott vagyonkezelői, pénzügyi feladatok tartoznak, az Alapból finanszírozott ellátások megállapításának és folyósításának jogszabályban meghatározott feladatokat végez. Az OEP ellátja a külön jogszabály alapján végzett, nem az Alapból finanszírozott ellátásokkal kapcsolatos igazgatási feladatokat is. Az OEP önállóan gazdálkodik, az előirányzatok felett teljes jogkörrel rendelkezik. Igazgatási szervei a fővárosi és megyei egészségbiztosítási pénztárak, valamint a Vasutas Társadalombiztosítási Igazgatóság. Az OEP feladatai között keverednek a biztosítói, a hatósági és az állami döntés-előkészítő szerepek, folyamatosan felülvizsgálja az elszámolások fogadását, feldolgozását, ellenőrzését, a finanszírozási összegek tényleges kiutalását. Az OEP jelentős ellenőrzési apparátust tart fenn, jogszabályokat hajt végre, minimális vagy semmilyen lehetősége nincs az ellenőrzések, vagy egyéb tevékenysége nyomán a szolgáltatókkal szemben olyan eszközök bevetésére, mint a minőségi vagy árverseny alkalmazására, a hatékony ellátás preferálása a finanszírozásban, szerződési feltételek érdemi alakításában. Az OEP állami hatóságként jelenik meg a gyógyszer-finanszírozás, szociális, illetve méltányossági ügyekben, az egészségbiztosítás pénzügyi ellátásainak körében, döntései közigazgatási határozatoknak minősülnek.

Az egészségügyi tárcánál néhány fős szervezeti egység foglalkozik az egészségbiztosítással kapcsolatos szakpolitikai döntések előkészítésével, melyhez az adatgyűjtést- és feldolgozást az OEP végzi [10].

3.9. Az Állami Egészségügyi Ellátó Központ

Az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) az egészségügyért felelős miniszter irányítása alá tartozó, központi hivatalként működő központi költségvetési szerv. Az ÁEEK-t a Főigazgató vezeti, gyakorolja a megyei önkormányzatok konszolidációjáról, a megyei önkormányzati intézmények és a Fővárosi Önkormányzat egyes egészségügyi intézményeinek, a települési önkormányzatok fekvőbeteg-szakellátó intézményeinek átvételéről, az állam fenntartásába, illetve tulajdonába került egészségügyi intézmények, továbbá az országos gyógyintézetek és az Országos Vérellátó Szolgálat felett az egyes fenntartói jogokat, a gazdasági társaságok tekintetében a tagsági jogokat, valamint az alapítványok esetében az alapítói jogokat. A fekvőbeteg szakellátást nyújtó intézmények részére történő gyógyszer-, orvostechnikai eszköz- és fertőtlenítőszer beszerzések országos központosított rendszeréről szóló rendelet szerint központi beszerző szervezetként jár el, fenntartói jogok gyakorlójaként előzetesen jóváhagyja

az egészségügyi szolgáltató működési engedélyének módosítása iránti kérelmét az ellátás progresszív szintje és formája tekintetében, ellátja az egészségpolitika kialakításához és a döntés-előkészítéshez szükséges, valamint a támogatási forrásokból megvalósuló fejlesztések, európai uniós közösségi kezdeményezések és programok tervezésével és lebonyolításával kapcsolatos feladatokat, továbbá részt vesz az egészségügyi ellátórendszer és az ellátó kapacitások fejlesztését célzó innovációs projektek, valamint társulási és együttműködési programok kialakításában és végrehajtásában. Ellátja a fenntartásába tartozó egészségügyi intézmények vonatkozásában az informatikai, infrastrukturális és elemzési kapacitásokhoz szükséges fejlesztésekhez kapcsolódó koordinációs és végrehajtási feladatokat, jogszabályban foglalt feladatkörében statisztikai adatokat gyűjt és elemez, a kormány által meghatározott szakkérdésben szakértőként jár el, ellátja a jogszabályban, az alapító okiratában vagy hatósági határozatban meghatározott egyéb feladatokat. Érvényesíti, illetve – módszertani segítséget is nyújtva – érvényesíteti a közfeladatok ellátására vonatkozó követelményeket, és az erőforrásokkal – így az előirányzatokkal, a létszámokkal és a vagyonnal – való szabályszerű és hatékony gazdálkodás követelményeit, továbbá számon kéri, ellenőrzi e követelmények érvényre juttatását. Javaslatot tesz az éves költségvetésükre és azt megküldi a miniszternek, meghatározza gazdálkodásuk részletes rendjét, meghatározza az előirányzataik felhasználására vonatkozó irányelveket, szervezi, irányítja és ellenőrzi a szakmai feladatok végrehajtásához szükséges pénzügyi feltételeket, előkészíti és jóváhagyásra a miniszternek megküldi az egészségügyi szolgáltatókat érintő éves és az európai uniós tervezési ciklusokhoz igazodó többéves fejlesztési tervet, jelentős igényeltérés esetén elvégzi annak módosítását. Előkészíti és jóváhagyásra a miniszternek megküldi az egészségügyi szolgáltatók szakellátási kapacitásait és ellátási területeit érintő – a legalább az adott egészségügyi szolgáltató lekötött kapacitásának 10%-át elérő mértékű, vagy az adott szolgáltatónál szakmacsoport közfinanszírozásának megszűnését eredményező – módosításokat, feladatátadásokat, átcsoportosításokat bemutató éves tervet és annak módosítását. Előkészíti és jóváhagyásra a miniszternek megküldi az egészségügyi szolgáltató lekötött kapacitásának 10%-át elérő, vagy azt meghaladó tervezett funkcióváltást. Előkészíti és a miniszternek megküldi az egészségügyi intézmény vezetőjének, gazdasági igazgatójának kinevezését vagy megbízását és felmentését vagy a megbízásának visszavonását. Összegyűjti, ellenőrzi az intézmények gazdálkodására vonatkozó kötelező, rendszeres és ad hoc jellegű adatszolgáltatásokat, szükség szerint összesítve továbbítja azokat a miniszter által vezetett minisztérium részére, előkészíti és jóváhagyás céljából megküldi a miniszternek a miniszter által vezetett minisztérium költségvetési fejezetének a gyógyító-megelőző ellátás szakintézményeire vonatkozó címén belül az előirányzat- és létszám-átcsoportosításokat. Jogosult a közbeszerzéseket összevontan lefolytatni, valamint az intézmények közbeszerzési eljárásaival kapcsolatban folyamatba épített és utóellenőrzéseket végezni. [14]

3.10. Az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ

Az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ (OBDK) ellátja a betegek, az ellátotti- és gyermeki jogok védelmét. Az OBDK elősegíti az érintettek tájékoztatását a jogaikról és az elérhető szolgáltatásokról. Segíti a panaszjog gyakorlását, közvetíti a szolgáltató és a kérelmező közötti vitás kérdések rendezésében. Az OBDK kezeli a jogutód nélkül megszűnt egészségügyi intézmé-

nyekben keletkezett egészségügyi dokumentációt: nyilvántartást vezet, az iratokat őrzi és archiválja, irat-betekintési jogot biztosít a beteg számára. Az OBDK hatósági jogkörrel is rendelkezik, nyilvántartást vezet képviselőiről, nyomon követi a beteg tájékoztatással kapcsolatos szabályok érvényesülését. Az OBDK a határon átnyúló egészségügyi ellátás nemzeti kapcsolattartó pontja is. [15]

Az OBDK működteti a minőségügyi szakfőorvosi rendszert 2015. március 1-től.

3.10.1. A BETEGJOGI KÉPVISELŐ

A betegjogi, ellátottjogi és gyermekjogi képviselőt foglalkoztató szerv keretei között látja el feladatait. A betegjogi képviselő csak olyan személy lehet, aki büntetlen előéletű, nem áll egészségügyi tevékenység gyakorlását kizáró foglalkozástól eltiltás hatálya alatt, felsőfokú végzettséggel rendelkezik, valamint megfelel a jogszabályban meghatározott képesítési és összeférhetlenségi szabályoknak. A betegjogi képviselő a (2)–(5) bekezdésben foglaltaknak megfelelően ellátja a betegek e törvényben és a betegjogi, ellátottjogi és gyermekjogi képviselőt foglalkoztató szervekről szóló jogszabályban meghatározott jogainak védelmét és segíti őket e jogaik megismerésében és érvényesítésében.

A betegjogi képviselő tevékenysége különösen az alábbiakat foglalja magában: segíti a beteget az egészségügyi dokumentációhoz való hozzájutásban, azzal kapcsolatos megjegyzések, kérdések feltételében. Segíti a betegnek panaszja megfogalmazásában, kezdeményezheti annak kivizsgálását, a beteg írásbeli meghatalmazása alapján panaszt tehet az egészségügyi szolgáltató vezetőjénél, fenntartójánál, illetve – a beteg gyógykezelésével összefüggő ügyekben – eljár az arra hatáskörrel és illetékességgel rendelkező hatóságnál, és ennek során képviseli a beteget, rendszeresen tájékoztatja az egészségügyi dolgozókat a betegjogokra vonatkozó szabályokról, azok változásáról, illetve a betegjogok érvényesüléséről az egészségügyi szolgáltatónál.

A betegjogi képviselő egyedi ügyekben kizárólag a betegtől kapott meghatalmazás keretei között járhat el.

A betegjogi képviselő a tevékenysége során az egészségügyi szolgáltató működésével kapcsolatban észlelt jogsértő gyakorlatra és egyéb hiányosságokra köteles felhívni a szolgáltató vezetőjének, illetve fenntartójának a figyelmét, és azok megszüntetésére javaslatot tesz. A felhívás eredménytelensége esetén a betegjogi képviselő jogosult az illetékes szervhez, illetve személyhez fordulni.

A betegjogi képviselő különös figyelmet fordít az életkoruk, testi vagy szellemi fogyatékoságuk, egészségi állapotuk, illetve társadalmi-szociális helyzetük miatt kiszolgáltatott helyzetben lévők betegjogi védelmére, valamint az egyenlő bánásmód követelményének érvényesítésével kapcsolatos panaszokra, meghatalmazás alapján képviseli a beteget a követelmény megsértésének megállapítására irányuló hatósági eljárás során.

A betegjogi képviselő a beteg tartós, a betegjogi képviselő eljárásának megindítását is korlátozó, egészségügyi okból történő akadályoztatása esetén a beteg hozzátartozójának meghatalmazása alapján is eljárhat.

A betegjogi képviselő – az ellátás zavartalanságát nem veszélyeztetve – illetékességi körében jogosult: az egészségügyi szolgáltató működési területére belépni, a vonatkozó iratokba betekinteni, az egészségügyben dolgozókhöz kérdést intézni.

A betegjogi képviselő köteles a betegre vonatkozó orvosi titkot megtartani, és a beteg személyes adatait a vonatkozó jogszabályok szerint kezelni. [4]

3.11. Az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet

Az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (továbbiakban OGYÉI) az Országos Gyógyszerészeti Intézet és az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet összeolvadásával jött létre. Az egészségügyért felelős miniszter irányítása alá tartozik, központi hivatalként működő költségvetési szerv, „Az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény”, valamint „Az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló 1991. évi XI. törvény” alapján, a részletes feladatköréit a 28/2015(II.25.) Korm. rendelet tartalmazza. A korábban a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség-és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) által ellátott technológia-értékelési feladatok szintén átkerültek az OGYÉI szervezetébe. A GYEMSZI jogutódja az ÁEEK (részletesen a 3.9. fejezetben).

3.12. Az Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ

Az átalakulások részeként az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal (EEKH) utódszervezete az **Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ**, melynek célja az ügyintézésel járó adminisztratív terhek csökkentése, az ügyfélbarát szolgáltatás nyújtása, az elektronikusan intézhető ügyek körének bővítése.

3.13. Az Országos gyógyintézetek és főbb feladataik

A rendszerváltást követően az országos intézetek állami tulajdonban maradtak, a tulajdonosi jogokat az egészségügyért felelős miniszter gyakorolta. A teljesség igénye nélkül néhány intézet bemutatása:

Országos Onkológiai Intézet

Az intézet feladata a daganatos járó és fekvőbetegek diagnosztikai és terápiás szakorvosi ellátása és gondozása.

Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet

Az intézet a légzőszervi megbetegedésekkel kapcsolatban, valamint komprehenzív módon a tüdőrák ellátásának teljes keresztmetszetét biztosítja.

Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet

Az intézet feladata mind a felnőtt mind a gyermek lakosság esetében a szív-és érrendszeri betegségek teljes spektrumának komplex kardiovaszkuláris kivizsgálása, és non-invazív, invazív terápia biztosítása.

IRODALOM

1. http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html
2. <http://www.hsph.harvard.edu/health-care-financing/publications>
3. <http://www.hope.be>
4. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény
5. A háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II.25.) EüM.rendelet
6. Az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről szóló 47/2004. (V.11.) ESzCsM. rendelet
7. A területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V.21.) ESzCsM rendelet
8. Az iskola-egészségügyi ellátásról szóló 26/1997. (IX.3.) NM rendelet
9. az otthoni szakápolási tevékenységről szóló 20/1996. (VII.26) NM rendelet
10. A járóbeteg-szakrendelést nyújtó egészségügyi szolgáltató az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003 ESzCsM rendelet
11. Boncz I, Evetovits T, Dózsa Cs, Sebestyén A, Gulácsi L, Ágoston I, Endrei D, Csákvári T, Getzen TE. The Hungarian Care Managing Organization Pilot Program. Value Health Regional. 2015; 7:27-33.
12. A társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak és a társadalombiztosítás szerveinek állami felügyeletéről szóló 1998. évi XXXIX törvény
13. Az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló 1991. évi XI. törvény
14. Az Állami Egészségügyi Ellátó Központról szóló 27/2015. (II. 25.) Korm. rendelet
15. Az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központról szóló 214/2012. (VII.30.) Korm. rendelet

4. HATÉKONYSÁGI MUTATÓK AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

(CSÁKVÁRI TÍMEA, ÁGOSTON ISTVÁN, ENDREI DÓRA)

4.1. Bevezetés

Az egészségügyet ma a fejlett országok mindegyikében hasonló tendencia jellemzi: a gazdaság fejlődése rohamosan fejlődő eszközállományt, gyógyszereket, terápiákat ad, melyek az egészségügyi ellátások eredményességét és egyre szélesedő skáláját eredményezi. Ennek köszönhetően ezekben az országokban az emberek várható átlagos élettartama egyre kitolódik, életüket pedig a lehető legtovább szeretnék egészségesen, a lehető legjobb egészségi állapotban tölteni. Az országok alapjogként definiálják az egészséghez való jogot az emberek számára, melyhez az állam feladata az ezt az igényt kielégítő, magas színvonalat biztosító egészségügyi ellátórendszer működtetése. A feloldhatatlannak tűnő problémát az okozza, hogy a fejlett országok legtöbbször idősödő társadalom jellemzi, ez pedig jelentős többletterhet ró az aktív korú lakosságra és a fenntartókra egyaránt. A helyzet várhatóan csak súlyosbodni fog: az előrejelzések szerint 2060-ra meg fog duplázódni a 65 éven felüliek száma az Unió térségében, arányuk pedig a mostani kb. 17%-ról 30%-ra nő. [1] A várható élettartam jelenleg nagyjából 2,5 évvel nő évente, így 2070-re akár a 100 éves várható életkor sem lehet ritka! Roos tanulmányából kiderül, hogy az Egyesült Államokban a 85 év feletiek kezelése kétszer annyi kiadással jár a Medicare számára, mint a 75-84 év közöttiek, és háromszor akkorával, mint a 65-74 évesek ellátásai. [2]

A fenntartók egészségügyre fordítható bevételei korántsem nőnek olyan mértékben, mint az ebből finanszírozott kiadások. Annak érdekében, hogy az egyre szűkebb erőforrásokat mégis a lehető legnagyobb egészségnyereségre tudják fordítani, a döntéshozóknak szükségük van az egészség-gazdaságtan tudományágára, azon belül is az egyre nagyobb szerepet kapó hatékonyságelemzésekre.

4.2. A hatékonyság mérésének alapjai: az input és output mutatók összevetése

A hatékonyság mérésére használatos eljárások számos formája ismert, alapját azonban mindegyiknek ugyanaz adja, bármely ágazatra is alkalmazzuk azokat. Ehhez szükséges, hogy kiválasszuk azt az egységet, melynek hatékonyságát mérni szeretnénk, majd feltérképezzük azok változóit. A változók bemeneti (input) és kimeneti (output) mutatók, eszközök lehetnek, melyek többé-kevésbé képet adnak arról, hogy milyen erőforrásból milyen terméket (szolgáltatást) állít elő adott egység. Az egészségügy tekintetében input lehet például a munkaerő, felhasznált orvosi eszközök, gyógyszerek, ágyak száma stb. Outputként definiálható a kezelt betegek száma, vagy a szolgáltatók finanszírozásához szükséges különböző súlyszámok, pontszámok. A későbbiekben a hatékonyságelemzéshez használható változók szélesebb köre is ismertetésre kerül.

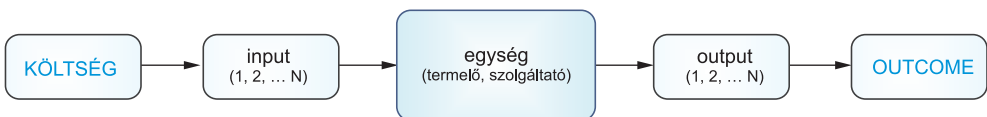
Az egészségügyben az elemzések alanya is sokféleképp értelmezhető. Akadnak tanulmányok, melyek egyéni szinten látják az egységet (például orvosok [3, 4]), vannak, akik elemzékora különböző szolgáltatókat (járóbeteg-szakellátók, kórházak) veszik alapul. Jacobs [5] szerint két fontos kritérium teljesülése szükséges egy hatékonyság-elemzés egységének megválasztásakor: legyen a szó szoros értelmében döntéshozó egység (**Decision Making Unit, DMU**), legyen képes hatással lenni saját hatékonysági szintjére és szükség esetén változtatni azt; illetve vegyen részt a teljes termelési folyamatban, melyet az elemzés vizsgál. Ez utóbbi feltétel alapján az elemzés tárgya akár egy mesterséges, több alanytól is származó adattal rendelkező egység is lehet, ha másképp e kritérium nem teljesülne.

Természetesen az egységek hatékonyságát nem csak az általuk felhasznált inputok határozzák meg. Külső környezeti, szocio-demográfiai vagy gazdasági tényezők is befolyásolhatják, akár pozitív, akár negatív mértékben a megtermelt output-szintet. Az elemzések során tehát, amennyiben lehetőség (adat) áll az elemzők rendelkezésére, érdemes megvizsgálni e tényezőket is. [6] Az ellátórendszer igénybevételét, ez által hatékonyságát befolyásolhatják különböző területi sajátosságok (lakosság életkora, morbiditási jellemzői, jövedelmi helyzete, a terület gazdasági fejlettsége, környezeti állapota).

Fontos kiemelni azt a tényt, hogy az egység által felhasznált bemeneti és kimeneti eszközök nem képesek száz százalékos pontossággal meghatározni a hatékonysági szintet. Akár két, egyébként ugyanolyan összetételű és mennyiségű inputokat felhasználó egység között is lehetnek hatékonyságbeli különbségek, melyek az egységek működéséből fakadnak. Annak leírására, hogy a vizsgált elem milyen módon alakítja át az inputokat outputtá, a **termelési függvény** adja meg. A termelési függvény az inputokat külön-külön vizsgálja, és azok kombinációjából megadja azt a lehetséges maximális kimeneti mennyiséget, amit az egység képes megtermelni inputnövelés nélkül. A termelési mellett a **költséggfüggvény** is sokszor használt képlet az egység működésének szemléltetésére, ekkor az inputokat egyetlen mérhető változó, a felhasznált költség fogja adni. Ez a függvény használatos annak a minimális költségszintnek a meghatározására, melyből adott mennyiségű output állítható elő.

A következőkben bemutatásra kerülnek olyan paraméteres és nem paraméteres hatékonyságmérő módszerek, melyek a fenti változókból kiindulva, de eltérő képletekkel határozzák meg az egység hatékonyságát. A paraméteres eljárások lényegét az adja, hogy szükség van a fent említett termelési- vagy költséggfüggvényre, majd abból kiindulva adja meg, hogy a vizsgált egység hatékony-e, és ha nem, milyen mértékben tér el az ideális állapotától. A nem-paraméteres módszerek nem igénylik a függvények ismeretét, csupán az ismert változók segítségével számolják ki a hatékonysági szintet. Mindkét eljárásnak vannak előnyei és hátrányai, melyek részletezve is lesznek a további fejezetekben.

A 4. fejezetben az egészségügyben mérhető hatékonyságtípusok ismertetése után megfelelő példákon keresztül mutatjuk be az egészségügyi technológiák gazdasági elemzésének főbb típusait, és azok gyakorlati hasznosításának előnyeit és hátrányait. Ehhez a témakörhöz szorosan kapcsolódik az egészség-gazdaságtani elemzések készítésének szakmai irányelve felépítésének és tartalmának vázlatos ismertetése.



1. ábra. Egy termelő/szolgáltató egység működésének modellje. Forrás: saját szerkesztés

Végezetül az 5. fejezetben a legelterjedtebb nem-paraméteres hatékonyság-elemzési eljárás, a **Data Envelopment Analysis (DEA)** felhasználási lehetőségei és értelmezése lesz olvasható.

4.3. Gazdaságosság – hatékonyság – eredményesség

A fogalom megértéséhez tisztázni szükséges a gazdaságosság, hatékonyság és eredményesség jelenléte közti különbségeket (2. ábra.), ugyanis ezek a szavak nem használhatók egymás szinonimájaként. E szavak egészségügyben használatos értelmezésével számos tanulmány foglalkozik. [7, 8, 9, 10]

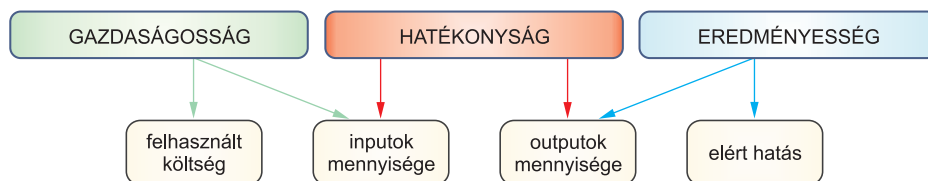
A **gazdaságosság (economy)** azt jelenti, hogy adott outputszint mellett, mi az a minimális inputmennyiség, ami a kimenetet még nem befolyásolja. Ennél a fogalomnál tehát egyetlen tényező a fontos, a minél alacsonyabb erőforrás-felhasználás. [11]

A **hatékonyság (efficiency)** a gazdaságosság fogalmát annyival egészíti ki, hogy már a termelés/ szolgáltatás kimenetét is górcső alá veszi. Akkor tekinthető egy egység hatékonynak, ha a felhasznált erőforrás és az abból készült termék mennyisége arányban áll egymással. [11]

Az **eredményesség (effectiveness)** vizsgálatakor kizárólag a kimeneti oldal mennyiségét és még fontosabb: színvonalát vizsgálják. Akkor tekinthető a vizsgálat alanya eredményesnek, ha a lehető legjobb hatást, eredményt volt képes előállítani a rendelkezésére álló outputokból, melyet nem pénzben fejeneznek ki, hanem a betegek mérhető egészségi állapot javulásában, életévek megmentésében, életminőség javulásban stb. [11]

Mindhárom tényező mérésére szükség van az egészségügyben, a fejezet azonban a hatékonyság mérésével foglalkozik tovább.

Ha a technikai hatékonyságot a felhasznált inputok és az előállított outputok arányaként definiáljuk, akkor elmondható, hogy két egység összehasonlítása során kétféleképp is eldönthetjük, melyikük rendelkezik magasabb hatékonysági szinttel, attól függően, hogy a bemenetek vagy a kimenetek mennyiségét vesszük állandónak. Ha a rendelkezésre álló eszközök, munkaerő, pénz stb. szintjét vesszük állandónak, akkor az a cél, hogy a végtermék szintjét annyival növeljük, hogy az még éppen ne eredményezze az inputok növekedését, vagyis adott legkisebb ráfordításból kihozzuk a maximálisan elérhető kimeneti szintet. Fordított esetben egy adott outputszint mellett, az inputok mennyiségének olyan mértékű csökkentése, eredményhez való igazítása a cél, hogy outputcsökkenést éppen hogy ne okozzon. A mérés típusát úgy kell megválasztani, hogy előtte mérlegelni kell: melyik oldalra van nagyobb befolyása a vizsgált egységnek? A hatékonyság növelése érdekében az inputok, vagy outputok számát tudják könnyebben megváltoztatni? Összességében a témával kapcsolatos publikációk



2. ábra. Gazdaságosság, hatékonyság és eredményesség kapcsolata. Forrás: [12]

megismerése után megfigyelhető, hogy a fejlettebb rendszerek az input-, a fejlődő országok az output-orientációt preferálják. Előbbi a kimeneti oldal (például elszámolt pontok, pénzösszegek, ápolási napok száma, egyes esetekben a beavatkozások száma) növelése kiadásnövekedést eredményezne, így itt inkább a bemenetek számát próbálnák igazítani a kialakult termelési szinthez. Utóbbi esetben még van lehetőség a kialakulófélben lévő egészségügyi ellátó-hálózat miatt az outputszint növelésére, míg a „kezdetlegesebb” eszközök számát csökkenteni nem volna bölcs döntés.

4.4. Az egészségügyben is mérhető hatékonyságtípusok

Az elemzéshez választott, illetve az elemző rendelkezésére álló változók köréből, többféle szempontból is megadható, hogy adott egység hatékonyan működik-e vagy sem. A továbbiakban bemutatásra kerülnek azok a hatékonyságtípusok, melyeket az egészség-gazdaságtani elemzések során is használni lehet.

Leggyakrabban a **technikai hatékonyság** mérésével lehet találkozni az elemzésekben. Ekkor azt a minimális inputszintet vagy maximális outputszintet határozzák meg, melyet az egység elérhetne a rögzített változói kör (input vagy output) mellett. Használata elterjedtségének több oka is van. A tényleges és legfontosabb kimeneti jelzője az egészségügynek a beteg egészségnyeresége, mely minőségi jelző, nehezen mérhető. Könnyebben számszerűsíthető viszont a szolgáltatónak azon adata, hogy adott időegység alatt hány beavatkozást végzett el, vagy hány beteget fogadott (vagy bocsátott el) (**admission, discharge**).

Az **allokációs hatékonyság** az egység rendelkezésére álló javainak legoptimálisabb megosztását képes mérni abból a szempontból, hogy milyen összetételű inputmennyiség mellett a lehető legnagyobb nyereséget elérni. Az allokációs hatékonyságot leginkább az egészségügyi rendszerek egyes ellátási szintjei, ellátás típusai közötti arányok vizsgálata fejezi ki leginkább. Hazai viszonyok között tipikus allokációs kérdések például, hogy elegendő forrás jut-e a rendszeren belül a prevencióra, alapellátásra, rehabilitációra, palliatív ellátásra? Vagy túlzott mértékű-e a kórházi, vagy gyógyszer-támogatási kiadások részesedése az összes kiadásokon belül?

Az allokatív hatékonyság szintjei:

- **Makrogazdasági szint.** Itt az egészségügy és egyéb ágazatok (pl. oktatás, rendvédelem, mezőgazdaság) közti optimális forráselosztást jelenti a fogalom.
- **Rendszerszint.** Itt már csak az egészségügy van fókuszban, a kérdés pedig az, milyen elosztással tudjuk a legnagyobb nyereséget elérni az ágazaton belül (például mely szolgáltatásokat kell közfinanszírozottá tenni és melyeket nem).
- **Ellátások szintje.** Ez az egyes egészségügyi szolgáltatások támogatásának mértékét, módját adja meg.

Adott forrásallokációt akkor mondhatunk Pareto-hatékonyak, ha az erőforrások újraelosztása már nem eredményezne veszteséget egy szereplőnél sem, viszont lenne legalább egy olyan szereplő, akinek az újraelosztás nyereséget hozna. Az egészségügyben, mivel előző optimumot nehéz elérni

(tehát adott forrást úgy elosztani, hogy azzal senki se járjon rosszul), alkalmazzák a Káldor-Hicks hatékonyság fogalmát is, mely az előzőeknél valamelyest lazább kritériummal bír. Egy forrásallokáció akkor tekinthető Káldor-Hicks hatékonynak, ha azok, akik az újraelosztással rosszabbul járnak, kárpótolhatók azok által, akik jobban jártak. Ez a fogalom tehát megengedi azt, hogy legyenek olyan szereplők, akik számára az allokáció veszteséges, de feltételezi, hogy a veszteségük kompenzálható mások nyereségéből.

Az allokatív hatékonyság, mint cél az egészségügyben sokkal kevésbé jelenik meg, mint például a termelési hatékonyság elérésének célja. Az ellátórendszer finanszírozása kialakításakor elsősorban a hatékonyság és méltányosság kell, hogy cél legyen. Nagy kiemeli, hogy előbbi alapelv egyelőre csak technikai értelemben érvényesült a teljesítményelvű finanszírozás bevezetésével, az allokatív hatékonyságon azonban nem segít. [13] Franciaország is jó példa. Bár az OECD országok között az egyik legalacsonyabb az elkerülhető halálesetek száma, és a megelőző ellátásokra is sokat költenek, mégis még mindig túl nagy a fekvőbeteg szakellátás részesedése a kasszából, vagy a fekvőbetegként ellátott szürkehályog-műtétek száma (mely egynapos sebészet útján is gyógyítható), ami bizonyos fokú elégtelen allokációs hatékonyságra utal. [14] Az allokációs hatékonyságot Nagy szerint ezt csak egy ellátási forma szerint nem elkülönülő, hanem egységes finanszírozási rendszer tudná garantálni, melynek segítségével lehet a fejkvóta-alapú díjszabás. [13]

Pauly szerint allokatív szempontból soha nem is tud ténylegesen hatékony lenni egy ország ellátórendszere, az erkölcsi kockázat, mint biztosítási piacon megjelenő piaci kudarc miatt. [15]

Ha egy egység, vagy egységcsoport technikailag és allokációs szempontból is meg lett vizsgálva, akkor az egység **gazdasági hatékonysága** került kifejezésre. [11]

A **mérethatékonyság, vagy méretgazdaságosság (economies of scale)** meghatározásából kiderül, hogy az egység optimális méretben végzi-e a termelést. A méret az egység szempontjából többféleképpen is értelmezhető: foglalkoztatottak számát, területe nagyságát, egészségügyi intézmények esetében az ágyszámot stb. Fontos megemlíteni, hogy a technikai- és mérethatékonyság egymástól eltérhetnek, ugyanis az egység feldolgozhatja a rendelkezésére álló összes inputot, így lehet technikailag hatékony, ám mérete nem megfelelő.

Választékgazdaságosságról (economies of scope) akkor beszélhetünk, ha több szolgáltatás nyújtása esetén alacsonyabb költséget eredményez, ha azokat ugyanazon berendezések, eszközök, kapacitások segítségével, együttesen állítják elő. Vagyis, ha több szolgáltatás adott mennyiségét egy szolgáltató alacsonyabb teljes költséggel képes előállítani, mint ha az egyes termékeket különböző szolgáltatók külön állítanák elő. [16] Ennek képlete:

$$cs_1(y_1, 1, y_1, 2) + cs_2(y_2, 1, y_2, 2) > cd(y_1, 1 + y_2, 1, y_1, 2 + y_2, 2)$$

E szerint, ha a szolgáltatások (y) kevesebb költséggel (c) járnak akkor, ha együtt állítják elő, mint akkor, ha külön, akkor adott egység választékgazdaságos.

A **költséghatékonyság** a ráfordítás és az elért haszon arányát méri. Ez kétféleképpen is kifejezhető. Költséghatékony egy egység akkor, ha adott költséggel a lehető legnagyobb egészségnyereséget éri el, vagy ha a célul kitűzött egészségnyereséget a lehető legkisebb költséggel állítja elő.

4.5. Hatékonyságmérésre használható módszerek az egészségügyi technológiák elemzésében és értékelésében

Korábban említésre került, hogy egy vizsgált egészségügyi intézmény teljesítményét kvalitatív és kvantitatív mutatókkal is lehet jellemezni. [11] Alapvetően két részre osztják a hatékonyságelemző módszereket. Ezek lehetnek gazdasági elemzések, ahol kettő vagy több egészségügyi eljárás hatékonyságát hasonlítják össze különböző szempontok alapján. A másik módszer a benchmark-elemzés, melynek alapját az ellátó intézmények, mint egységek hatékonyságának mérése adja.

4.5.1. GAZDASÁGI ELEMZÉSEK

A **gazdasági elemzések** (economic evaluations) különböző szolgáltatások egészségnyereségét hasonlítják össze. Ha egy-egy terápia, gyógyszer, diagnosztikai eljárás eredményességét, hatását kell megállapítani az elért haszon és rá költött kiadások függvényében, az elemzők a gazdasági elemzések egyikét választják.

4.5.1.1. Költségminimalizálási elemzés (cost minimization analysis, CMA)

A legegyszerűbben alkalmazható gazdasági elemzési forma. Lényege, hogy az azonos kimenettel rendelkező terápia, diagnosztikus eljárásokat, gyógyszereket hasonlítja össze a használat során felmerült különböző költségek szerint. Kimenetként az egészségnyereséget veszik alapul, melynek egyezőségét mérik, vagy feltételezik például korábbi randomizált kontrollált vizsgálatok, meta-analízisek eredményei alapján. Ha a beigazolódott, hogy a vizsgált gyógyszerek/eljárások azonos eredmény érhető el, azt kell megállapítani, melyik a költséggazdaságosabb – ezt a gyártás, adagolás, felhasználás során felmerülő költségek mérésével teszik meg.

Példa:

Keus és társai [17] költségminimalizálási elemzést végeztek egy randomizált kontrollált vizsgálat körében, hogy összehasonlítsák a laparoszkópos és kis-bemetszéses (SIC) módszerrel végzett kolecszektómia során felmerült költségeket. A szerzők a két műtéti eljárást összehasonlító meta-analízisek alapján nem találtak jelentős különbséget az outcome-okban (halandóság, komplikációk, ápolási idő). Külön direkt és indirekt költségeket is meghatároztak a vizsgálat során: közvetlen költségként a kórházi felvétel, műtétek, járóbeteg szakrendelésen felmerült költségek jelentek meg, közvetett költségként pedig a keresőképtelenség okozta jövedelemkiesés szerepelt.

A kutatásban végül 120 beteg esett át laparoszkópos, 137 beteg pedig SIC-műtéten. Mindkét csoportban meghatároztak egy főt, aki kiugró értékekkel rendelkezett – a kapott eredményeket prezentálták e személyek kizárásával és a nélkül is. Az 1. táblázat a kizárás utáni eredményeket összesíti:

1. táblázat. Laparoszkopos és SIC módszerrel végzett műtétek összehasonlítása.

Költségek	LC n=119	SIC n=136	Különbség	p
Direkt	2291	2079	212	0,006
Járóbeteg ellátás	454	458	-4	0,669
Műtét	1099	896	203	<0,001
Kórházi ápolás	567	597	-30	0,346
Komplikáció	20388	17423		
Indirekt	3440 (n=50)	3040 (n=51)	400	0,315
Összesen	3736	3218	518	0,034

Az eredmények alapján megállapították, hogy a SIC módszer kisebb költségvonzattal jár, mely leginkább a műtéti eljárás ráfordításain látszik.

4.5.1.2. Költséghatékonyság elemzés (cost effectiveness analysis, CEA)

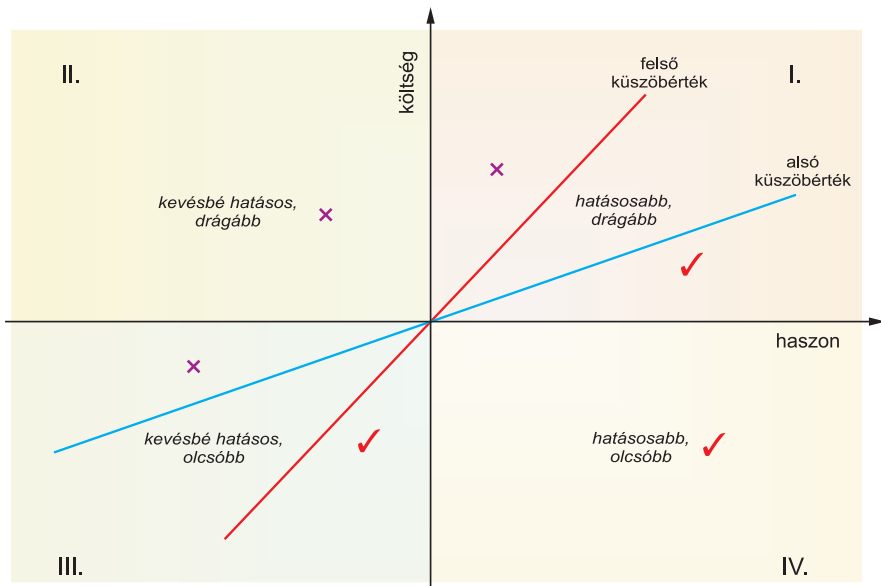
Ezt az elemzési formát szintén több eljárás vagy gyógyszer összehasonlítására használják oly módon, hogy az elért hatást vetik össze a ráfordítással. A hatást valamilyen természetes egységben mérik, ez lehet köztes (pl. testsúlyváltozás, vérnyomásváltozás), vagy végállapotot jelző mutató (pl. nyert életevek száma, gyógyultak száma), míg a ráfordítást pénzben jelenik meg. Fontos kiemelni, hogy ez az elemzési forma csak olyan beavatkozások esetében használható, melyek ugyanolyan dimenzióban mérhetők. Ezek az elemzések elvégezhetőek finanszírozói, szolgáltatói vagy beteg szemszögből is.

A költséghatékonyság elemzésekben a két változóból egy hányadost számolnak, ez az inkrementális költséghatékonysági hányados (**incremental cost effectiveness ratio, ICER**), melyet a következőképp kapnak meg:

$$ICER = C_{új} - C_{komparátor} / E_{új} - E_{komparátor},$$

ahol C a költséget, E az elért egészségnyereséget jelzi. A hányados megmondja, hogy mennyi többletköltséggel jár egységnyi nyereségnövekedés. A költségek és haszon, illetve az ICER ismeretében dönthetünk a felől, hogy az új eljárás költséghatékonyabb-e a réginél, a 3. ábrán látható módon:

A II. és IV: kvadránsba tartozó eseteknél egyértelmű a döntés: amelyik eljárás kevésbé hatásos, és nagyobb költséggel jár, mint a komparátor eljárás, elutasításra kerül, míg ha az új eljárás nagyobb hasznot tud előállítani kevesebb költséggel, elfogadják. Az I. kvadránsba azok az esetek tartoznak, melyek ugyan nagyobb költséggel, de nagyobb nyereséggel is járnak, a III. kvadránsban pedig a kisebb költségű és kevésbé hatásos esetek vannak. Utóbbi két esetben fontos az ICER ismerete.



3. ábra. A költség-hatékonyság elemzések kvadránsai. Forrás: saját szerkesztés Inotai et al. ábrája alapján [18]

4.5.1.3. Költség-hasznosság elemzés (cost utility analysis, CUA)

A hányados nevezőjében, ha minőséggel korrigált életév szerepel, akkor megkapjuk a költség-hasznossági rátát (**incremental cost-utility ratio, ICUR**), ami a költség-hasznossági elemzések alapja. Ilyen életév lehet a QALY, mely egy megnyert életével, vagy a DALY, mely egy elvesztett életévet jelöl. Egyéb mértékegységben mért hatások esetén (pl. költség/megszerzett életév, LYG) költség-hatékonysági elemzés készült. A gyakorlatban a legtöbb CEA-t kiegészítik a költség/QALY értékekkel, így sok esetben egyszerre végeznek költség-hatékonysági és hasznossági vizsgálatot is.

Az elemzés nagy előnye, hogy akár több eltérő célú program összehasonlítása is elképzelhető, a döntéshozók munkáját segítve azzal, hogy eldöntsék, egységnyi outcome, mely program által érhető el a legolcsóbban.

Példa:

Nagy et al. [19] az Exelon tapasz (rivasztigmin) költség-hatékonysági elemzését végezték el, mely Alzheimeres betegek kezelésére használható. Az elemzés finanszírozói és társadalmi oldalról is vizsgálta a költségeket. A vizsgálat modelljét a Sheffield-i egyetem kutatócsoportja fejlesztette ki, ezt alkalmazták a hazai költség-hatékonysági elemzéshez. E szerint a betegség lefolyása az ún. MMSE skálán mérhető, mely a kórt egy 1–30-ig terjedő ponttal jellemzi. Ez lehetőséget ad a betegség súlyosságának kategorizálására – minél alacsonyabb egy beteg pontszáma, annál előrehaladottabb állapotban van.

A szerzők az elért hasznos három változóval szemléltetik: megnyert MMSE pont, ellátó intézményben töltött napok száma, QALY. A költségek között számoltak a gyógyszeres, kezelési, intézményi és

intézményen kívüli ellátás költségével. Az elemzés ötéves időtávra készült, évi 5%-os diszkontrátát használva. A költséghatékonyságot jellemezték egy MMSE pontra, valamint egy QALY-ra jutó költségekkel, utóbbi miatt a tanulmány jó példát ad a költséghasznossági elemzésre is. Az eljárás komparátora a gyógyszer nélküli standard kezelés volt. Az eredményeket a 2. táblázat foglalja össze (beteg/5 év):

2. táblázat. Az Exelon tapaszt és a standard ellátás összehasonlítása.

	Exelon tapaszt	Standard ellátás	Változás
QALY	1,6241	1,5165	0,11
MMSE pontszám	86,18	79,01	7,1
Gyógyszerköltség (Ft)	472.691	0	472.691
Monitorozási költség (Ft)	27.875	34.277	-6.402
Intézményi ellátási költség (Ft)	470.141	500.901	-30.759
Intézményen kívüli költség (Ft)	545.677	558.914	-13.237
Összesen (Ft)	1.516.385	1.094.092	422.293
költség/QALY			3.924.450
költség/MMSE pont			59.461
Elkerült intézményi ellátási napok száma			17

Az adatok alapján megállapították, hogy öt év alatt egy beteg 0.11 minőséggel korrigált életévet nyer, míg egy QALY megszerzéséhez szükséges többletköltség 3.924.450 Ft.

Az elemzés során érzékenységi analízist is végeztek több változóra vonatkoztatva. A halálozási ráta változása, intézményi ellátás költségének változása, vagy a diszkontálási ráta változása. E szerint az ICUR értéke 3.5 és 5.1 millió Ft között mozoghat különböző scenáriók esetén.

A szerzők megállapították, hogy az Exelon tapaszt költséghatékonynak mondható, ugyanis még az érzékenységi elemzéssel kapott értékek esetén is alig érte el az akkori, Magyarországon meghatározott ICER-határértéket (5–8 millió Ft/QALY).

4.5.1.4. Költséghaszon elemzés (cost benefit analysis, CBA)

A költséghaszon elemzés lényege, hogy az összehasonlítandó eljárások által elért egészségnyereségeket is pénzben fejezik ki, és azt tekinti hasznos eljárásnak, amelynél a haszon pénzértéke nagyobb, mint a költsége. Előnye, hogy akár teljesen eltérő céllal működő eljárások is összehasonlíthatók (például egy kilométer autópálya építése, vagy egy városi kórház fejlesztése jár nagyobb haszonnal a lakosság számára?). Ennek ellenére az itt elért haszon pénzben kifejezése problémás, ezért az egészségügyre vetítve ritkán használják – a Minisztérium irányelve nem is ajánlja költséghaszon-elemzések készítését. [20]

A 3. táblázat vázlatosan mutatja be, hogy az egyes hatékonyság elemzésekben mi a költség és mi a hatékonyság mérőszáma, illetve milyen előnyei és hátrányai vannak az egyes módszerek alkalmazásának.

3. táblázat. Az egészség-gazdaságtani elemzések összehasonlítása. Forrás: Saját szerkesztés Venturini-Johnson alapján [21]

Elemzés	Költség egység	Haszon egység	Eredmény	Előnye	Hátránya
CMA	pénz	nem mérik, azonosnak feltételezik	megadja a kevesebb költséggel járó eljárást	a legkönnyebben alkalmazható	ha a kimenetek egyezőségét nem mérik, az eredmény félrevezető lehet
CEA	pénz	természetes köztes-, vagy végpont (pl. LYG, gyógyultak száma, elkerült állapotromlás)	megadja a választott mutató egységnyi változásának költségvonzatát	az egészségnyereség mutatóinak széles skálája alkalmazható	csak azonos kimenettel rendelkező eljárások mérhetők
CUA	pénz	minőséggel korrigált életév (QALY, DALY)	megadja egységnyi életév változásának költségvonzatát	akár különböző eljárások összemérésére is alkalmas	az egészségnyereség mérése bonyolult
CBA	pénz	pénz	megadja az egészségnyereséget pénzben kifejezve	akár különböző ágazatok programjainak összemérésére is alkalmas	az egészségnyereség pénzben történő kifejezése bonyolult

4.5.1.5. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséhez

Ideális esetben egy országnak kell, hogy legyen egy irányelv arra vonatkozóan, hogyan kell egységesen elvégezni és értelmezni az egészség-gazdaságtani elemzéseket, mit jelent egy ország számára a költséghatékonyság fogalma. Minden országban más és más határt húznak meg az költséghatékonysági küszöbnek, amely megadja, hogy a költségesebb, de hatásosabb szolgáltatások mikortól tekinthető költséghatékonyságban egy másik szolgáltatáshoz viszonyítva. Ez az érték természetesen adott ország gazdasági fejlettségétől függ.

Hazánkban 2002-ben fogalmazták meg az első ilyen jellegű ajánlást, aktualizálva csak 2013-ban lett legközelebb [22]. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelvének célja, hogy egységesítse a hazánkban készülő egészség-gazdaságtani elemzéseket, biztosítsa azok magas színvonalát, megbízhatóságát és átláthatóságát, hogy az ágazat vezetőinek jó segítségére legyen a döntéshozatalban. Az új ajánlás már kimondja, hogy tartalmát háromévente felül kell vizsgálni, hogy mindig releváns ismereteket adjon a szakemberek számára.

A jelenleg érvényben lévő szakmai irányelv meghatározza a javasolt elemzések fajtáit, majd tételesen leírja, mit kell tartalmaznia az elemzéseknek.

Az ajánlott elemzések: költségminimalizációs elemzés, költséghatékonyság elemzés, költség-hasznosság elemzés. Költség-haszon elemzések készítése nem ajánlott.

Az elemzések **gyógyszerkészítményekre, terápiás eljárásokra, orvostechnikai eszközökre** is fókuszálhatnak (korábban az orvostechnikai eszközök nem szerepeltek az ajánlásban).

Az elemzés célját kell, hogy szolgálja a **vizsgálat nézőpontjának** megválasztása. Az ajánlás kiemeli, hogy a hazai elemzések elsődlegesen finanszírozói (OEP) szempontból kell, hogy készüljenek. Ennek oka, hogy a legtöbb elemzés az új eljárások közfinanszírozhatóságát vizsgálja. Egyes eljárásoknál azonban társadalmi aspektusból is lehet elemzéseket végezni (pl. szűrőprogramok), ekkor viszont minden társadalmi költségtényezőt be kell vonni a számításokba. Szolgáltatói nézőpont használata csak az előbbi kettő kiegészítéseként javasolt, önmagában nem.

Az új eljárás **komparátorának** (rutin eljárás) megfelelő **megválasztása** is fontos. Ha több olyan rutin eljárás is létezik, melyek azonos hatásossággal bírnak, azok közül a legolcsóbb eljárást kell választani. Az elemzés alapjául szolgáló eljárások mindegyikét be kell mutatni, akár az új, akár a rutin eljárásról legyen szó – kitérve a megfelelő indikációra, kontraindikációra stb.

A vizsgált eljárás hatásossága legyen bizonyítva, mely bizonyítékok randomizált kontrollált vizsgálatokból kell, hogy származzanak. Elsősorban olyan RCT-k eredményei legyenek feltüntetve, mely elemzők által választott új és komparátor eljárásokat hasonlítják össze. Ha ez nem lehetséges, lehetőség van az indirekt összehasonlításra is – amikor az új és rutin eljárást prezentáló klinikai eredmények nem egy vizsgálatból származnak, de a külön tanulmányokban ugyanazon komparátorral kerülnek összevetésre. Ha ez sem biztosítható, hálózatos meta-analízis végezhető.

A vizsgálat kiegészítése ajánlott egyváltozós **érzékenység elemzéssel**, de többváltozós elemzés is végezhető.

Érzékenységi elemzés (sensitivity analysis): olyan elemzés, mely megmutatja, hogyan változ-na a kapott eredmény (hatékonysági arányszám) egyes változók csökkenésekor vagy növekedésekor. Az érzékenység elemzésre példát találunk a költséghatékonysági elemzés pont alatt.

Amennyiben az elemzés 1 évnél hosszabb időtávval számol, a költségek és a haszon **diszkontálása** szükséges, melynek értékére **3,7%-ot** javasolnak. Érzékenységi analízis esetében 0–5% közötti rátát kell alkalmazni.

Költséghatékonysági- és hasznossági elemzésekben a domináns eljárás kivételével (IV. kvadráns) minden esetben szerepeltetni kell a **hatékonysági arányszámokat** (ICER, ICUR).

Az ajánlás megadja, hogyan kell értelmezni a kapott arányszámokat, a bruttó haza termék (GDP)-hez viszonyítva:

- a. **költséghatékonny egy eljárás akkor, ha a hányados kisebb, mint az egy főre jutó GDP kétszerese.**
- b. **nem költséghatékonny egy eljárás akkor, ha a hányados nagyobb, mint az egy főre jutó GDP háromszorosa**

Mindezek alapján a magyarországi egészség-gazdaságtani elemzéseknek az alábbi séma szerint kell elkészülniük:

1. A kielégítetlen egészségügyi szolgáltatátszükséglet bemutatása
2. Az eljárások (új, komparátor) megnevezése bemutatása
3. Az egészségjavulásra vonatkozó klinikai eredmények bemutatása
 - A részletes költséghatékonysági elemzés
 - Az elemzés típusa (CMA, CEA, CUA)
 - Az elemzés nézőpontja (finanszírozói, szolgáltatói, társadalmi)

- Az elemzés által lefedett időhossz
 - A költséghatékonysági elemzésben használt végső egészség javulásra vonatkozó adatok
 - Költségelemzés, modellezés, diszkontálás
 - Költséghatékonysági arányszámok
 - Érzékenységi elemzések
 - Alcsoportelemzés (indokolt esetben)
 - Más hasonló témájú vizsgálatok eredményei
4. A vizsgált eljárás bevezetésének hatásai az egészségügyi kiadásokra, illetve a méltányosságra (általában 3–5 éves távlatban, diszkontálás nélkül bemutatva)
 5. Következtetések
 6. Az érdekviszonyok explicit feltüntetése (pl. tanulmány szponzora, szerzők munkaviszonya)
 7. Hivatkozások
 8. Mellékletek

4.5.2. BENCHMARK-ELEMZÉSEK

A hatékonyság megállapításának másik területe az úgynevezett benchmark-elemzés (**benchmarking analysis**), ahol több, ugyanolyan vagy hasonló profilú egységet vizsgálnak, majd felállítanak egy sorrendet – megállapítják a hatékony egységek körét, illetve ezekhez viszonyítva a nem hatékony egységek számát és az ideális állapottól való eltérés mértékét. Efféle vizsgálatok elvégzésére több módszert is kifejlesztettek: ilyen például a legkisebb négyzetek módszere, a Total Factor Productivity meghatározása, Fisher- vagy Törnquist-index, Stochastic Frontier Analysis. Jelen fejezetben mégis az egészségügyi ellátórendszerben leginkább elterjedt módszer, a **Data Envelopment Analysis** bemutatására kerül sor.

4.5.2.1. A Data Envelopment Analysis

A DEA elemzés alapját Farrell munkássága adta, ám mai formáját Charnes, Cooper és Rhodes fejlesztették ki. [23] Dózsa et al. [24] tanulmányukban részletesen is ismertetik a módszert. E nem paraméteres, determinisztikus eljárás lényege, hogy a profittal nem rendelkező szervezetek adatait inputokra, azaz erőforrásokra, illetve outputokra, azaz eredményre osztja. Az **adott döntéshozó egység (Decision Making Unit, DMU)** hatékonyságát e két adat, vagy adatcsoport hányadosa adja meg. A kapott mutatók értéke 0 és 1 között helyezkedhet el: 0 a nem hatékony, 1 az abszolút hatékony szervezeteket jelöli. Ezen számok segítségével felállítható egy hatékonysági görbe, az ettől való távolság adja meg az egyes DMU-k hatékonysági értékét. A görbén elhelyezkedő intézmények hatékonyan működnek.

A módszer népszerűségét annak köszönheti, hogy képes hatékonyságot számolni olyan DMU-k esetében, ahol az intézmények több inputtal és outputtal rendelkeznek, de termelési függvény nem határozható meg.

A DEA segítségével különböző hatékonysági mutatókat határozhatunk meg, attól függően, hogy az input, vagy az output számát rögzítjük. Ha a bemenetet vesszük állandónak, akkor az elemzés választ ad arra, hogy adott számú input felhasználása esetén mi az a legnagyobb számú output, amely elérhető (**inputorientáció**). Ha azonban az outputok mennyiségét akarjuk változatlanul hagyni, úgy

megkapjuk azt a százalékos értéket, amennyivel csökkenteni kell inputszintünket anélkül, hogy a termelt kimenet csökkenne (**outputorientáció**). Nemzetközi viszonylatban mindkét típust alkalmazzák a kórházak hatékonyságának mérésére.

Az analízis ezen felül képes két további típusal számolni. Választásuk attól függ, hogy a vizsgált döntéshozó egység inputjai azonos, vagy változó beépülési rátával rendelkezik-e, tehát ugyanolyan hatékony az a szervezet, amely 1 inputból 1 outputot termel, mint az, amelyik 2 inputból 2 outputot. [24] Ha a bemeneti egységek azonos mértékben épülnek be, akkor skála-érzéken (CRS), ha változó mértékben, akkor skála-érzékeny (VRS) modellről beszélünk.

CRS modell (Charnes, Cooper és Rhodes)

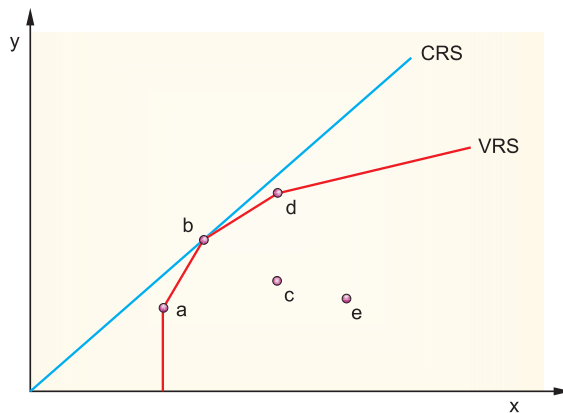
A DEA e számolási módja volt az egyszerűbb, korábban kifejlesztett változat. Ez a modell az egyes inputokat egyenrangúnak, ugyanakkora szereppel bírónak tekinti. Ha az egyik input mennyiségét egy egységgel növeljük, az ugyanolyan mértékben növeli az outputot, mintha egy másik inputot növelünk volna. A valóságban azonban minden forrásnak más és más hatása van a kibocsátás szintjére és minőségére. További hátrány, hogy ez a módszer nem enged következtetni arra, hogy adott döntési egység méretgazdaságos-e, hiszen alpból annak tekinti. Erre utal neve is: konstans megtérülési rátával számol, tehát a csökkenő vagy növekvő megtérülést már nem tudja kezelni, pedig ez az alapja a mérhető hatékonyság megállapításának.

VRS modell (Banker, Charnes és Cooper)

A CRS verziót továbbfejlesztve kialakították a VRS modellt, amely már változó megtérülési rátát feltételez a szervezeteken belül. Ezt a modellt érdemes használni akkor, ha egyszerre több, nem azonos mértékű inputot használ fel az egység a termeléshez.

Az alábbi ábra a két modell kapcsolatát mutatja be.

Az ábrából látható, hogy az 5 egységből, ha CRS modellel vizsgáljuk, mindössze egy termel hatékonyan. A VRS ezzel szemben érzékenyebb a változókra, és három szervezetet is 100%-osnak jelöl. Ezért ajánlatosabb ezt a modellt használni az olyan egységek elemzése során, melyek egyszerre több inputtal és outputtal dolgoznak.



4. ábra. A CRS és VRS modell összehasonlítása. Forrás: saját szerkesztés Tibenszkyné ábrája alapján [25]

A hatékonyság az egyes döntéshozó egységek inputjainak és outputjainak hányadosaként határozható meg. Viszont feltételeznünk kell, hogy az egységek nem biztos, hogy ugyanolyan mértékben, azaz súlyozással használják fel változóikat. A DEA ezt úgy oldja meg, hogy a hatékonyságot a bemenetek és kimenetek súlyozott összegét osztja el egymással.

A DEA segítségével, akár CRS vagy VRS modellt használunk, alapvetően az intézmény **technikai hatékonyságát** kapjuk meg. Ez a mutató arra ad választ, hogy a döntéshozó egység a rendelkezésére álló erőforrásait megfelelően használja-e fel, kihozza-e abból a lehető legnagyobb mennyiségű outputot. A technikailag hatékony szervezetek tehát teljes mértékben kihasználják inputjaikat, kellő számú outputot termelve. Amennyiben egy DMU nem hatékony, értéke nem 100%-os, kétféleképpen növelhető hatékonysága: vagy adott erőforrás-mennyiség mellett próbálja növelni a termelést, vagy csökkenti az inputokat annyira, hogy az outputszintet még ne érintse.

Az elemzés segítségével ezen felül más hatékonysági értékeket is kiszámolhatunk. Meg kell vizsgálnunk, hogy a konstans és változó rátával való számolás után a két érték megegyezik-e. Ha nem, a kiszámolt CRS modell értékét elosztjuk a VRS modellével, ekkor megkapjuk a **mérethatékonyságot**. A **megtérülés rátájával (rate of scale)** mondható meg hogy egy DMU hatékonyságát melyik intézkedés növelheti: ez lehet növekvő, csökkenő vagy konstans. Amennyiben a számítás növekvő rátájú megtérülést mutat (**increasing rate of scale**), az arra enged következtetni, hogy az erőforrások adott egységgel történő növelése az eredményt adott egységénél nagyobb mértékben növeli. Az ilyen intézmények jellemzően túl kicsik, méretük növelésével hatékonyságuk is emelkedne. A csökkenő rátájú megtérülés (**decreasing rate of scale**) jelenléte azt jelzi, hogy az inputok egységgel történő növelése nem eredményez ugyanilyen mértékű emelkedést az outputnál. Ekkor az intézmény túl nagy, és mérete csökkentésével javítható a hatékonysági értéke. A konstans megtérülési rátájú (**constans returns to scale**) DMU-k egységnyi inputnövelés esetén éppen egységnyi outputnövekedést produkálnak, így ők megfelelő méretben végzik munkájukat. [25]

Természetesen az adott hatékonyságtípushoz szükséges változók segítségével az allokációs-, költség- és gazdasági hatékonyság értékei is kiszámolhatók.

4.5.2.2. A DEA alkalmazása az egészségügyben

Ha a DEA-t az egészségügy területén kívánjuk használni, szükséges meghatározni az egyes kórházak inputjait, illetve outputjait. Egyes adatok tisztán csak inputnak tekinthetők, ilyen a kórházi ágyak, illetve az orvosok, egyéb egészségügyi dolgozók száma. A kórház működésének egyértelmű kimenete a meggyógyított, illetve kezelt beteg, amelyet számadatokban az esetszám, súlyszám jelölhet. Ám míg a súlyszám minden esetben output, az esetszámot tekinthetjük input- és outputváltozónak is, attól függően, hogy milyen adatokhoz viszonyítjuk. Az alábbi táblázat a hazai és nemzetközi tanulmányokban előforduló változók körét ismerteti.

3. táblázat. DEA elemzések lehetséges változói köre. Forrás: saját szerkesztés

Humánerőforrást mérő változók
orvosok száma
szakdolgozók száma
gyakornokok száma
adminisztratív, egyéb dolgozók száma
Igénybevételt mérő változók
esetszám
beavatkozásszám
ápolási napok száma
átlagos ápolási idő
Költségadatok
felhasznált eszközök (gyógyszer, kötszer)
működési költség
Komplexitást mérő változók
CMI
súlyszám
Méretet, kapacitást mérő változók
ágyszám
szakrendelések/osztályok száma
Egyéb változók
születések száma
beadott védőoltások száma
terhesgondozások száma
gyermekágyak száma

Összefoglalva a DEA főbb jellemzőit:

- a hatékonyság az inputok/outputok hányadosán alapul,
- képes különböző dimenziójú adatokkal számolni,
- nem szükséges az egység termelési függvényének (változók közötti kapcsolatok) ismerete¹,
- képes hatékonyságot számolni a több kimenettel és bemenettel rendelkező egységek esetében is,

¹ Egyes intézménytípusoknál a termelési függvény nehezen, vagy egyáltalán nem határozható meg, ez eredményezte a DEA elterjedését a hatékonyságmérési vizsgálatokban. Sok esetben, ha nagyobb intézménycsoportot vizsgálunk, feltételezhetjük, hogy az egységek nem ugyanolyan technológiával termelnek, tehát nem lehet termelésük folyamatát egyetlen közös függvénnyel leírni. A DEA a szervezetek tényleges teljesítményét méri.

- érzékeny az adatok változására egységszinten (ki kell zárni a szélsőséges értékeket),
- relatív értékeket határoz meg.

Ugyan a függvény ismerete nélkül, egyszerre több változó adatainak felhasználásával számítja az egyes hatékonysági szinteket, ám az értékek itt is **relatív értékek**, tehát még több változó hozzáadásával az egyes intézmények hatékonysági szintje megváltozhat. A módszerek alkalmazásakor tehát törekedni kell minél nagyobb számú egység figyelembevételére, mivel így nagyobb a valószínűsége, hogy bekerülnek a legjobb teljesítményű szolgáltatók, melyek meghatározzák egy minél realisabb hatékonysági görbét. Ugyanakkor túl nagy adatkör használata esetén az érdektelen vagy a döntéshozó által nem befolyásolható változók is befolyásolhatják az eredményeket.

Amire oda kell figyelni az elemzések során:

1. Inputok és outputok megfelelően legyenek elosztva és kellő mennyiségben álljanak rendelkezésre – lehetőség szerint egynél több változó álljon mindkét oldalon, hiszen a valóságban sosem egy forrásból állítunk elő egy terméket. Az egészségügyi területén felhasználható input- és output-változók köréről Dózsa et al. készített részletes táblázatot, noha úgy érezhetjük, a hatékonyságot befolyásoló változók körét sosem lehet teljeskörűen megállapítani. Egy kutatásban [27] például Spanyolország Extremadura körzetének alapellátási intézményeit vizsgálták oly módon, hogy a hatékonyságelemzésbe bevették még azon külső tényezőket is, melyek közvetetten képesek befolyásolni az egységek termelékenységét. Bebizonyították, hogy e külső tényezők bevonása nélkül igen eltérő eredményeket kapnának az egyes intézetek – szükséges lehet tehát számolni azokkal a változókkal is, melyekre a menedzsmentnek nincs befolyásuk. A szerzők úgy vélték, hogy míg a fekvőbeteg ellátásban a betegek kezelésének egyértelmű határai vannak – felvétel és elbocsátás – addig az alapellátásban ez a határ nem ennyire egyértelmű.
2. A vizsgált egységek száma minél nagyobb legyen, hogy minél nagyobb eséllyel kerüljenek bele azok az intézmények, amelyek teljesítménye kialakítja a hatékonysági görbét. A döntéshozó egységek számának meghatározására nincs egységesen elfogadott szabály, az egyes szakemberek más és más metódus segítségével jelölik meg a statisztikailag elfogadott minta nagyságát. Boussofiane [28] a minimális intézményi kört az elemzéshez felhasznált inputok és outputok szorzatánál húzzák meg. Azadeh [29] szerint az egyes változónként (kimeneti és bemeneti egyaránt) minimum két vizsgált egység kell, hogy szerepeljen az elemzésben. Bazargan [30] szabálya szerint az egységek száma nem lehet kisebb a változók számának szorzatánál, vagy a változók összegének háromszorosánál.
3. Vizsgáljuk meg az elemzés előtt, hogy a bemeneti vagy a kimeneti változókra van nagyobb hatásvonásunk, és a szerint válasszunk input- vagy outputorientált vizsgálatot. Előbbiben az inputok mennyiségét igazítjuk (csökkentjük) egy rögzített outputszinthez, utóbbiban a termelést fokozzuk fel addig a maximális értékig, hogy ahhoz a bemenetek mennyiségét éppen ne kelljen növelni. Egy Sierra Leone-i körzet ellátórendszerét vizsgáló cikkben [31] például azért használtak output-orientált DEA-t, mert a vizsgált szolgáltatók menedzsmentjének nem volt befolyása az inputok, különösen a személyzet számának megváltoztatása felett.
4. Érdemes kizárni a szélsőséges értékekkel rendelkező szolgáltatókat, mert torzíthatja az eredményeket – a túl nagy mennyiségű változót felhasználó intézmények bevonása a kisebb egységek

számára egy elérhetetlen hatékonysági görbét generál, a túl kis forgalmat bonyolító döntéshozók miatt pedig olyan intézmények is rákerülhetnek a görbére, akiknek megfelelő minta megválasztása esetén nem lenne ott a helyük.

Aletras [32] és társai a görög kórházak hatékonyságát vizsgálták, a pontosabb eredmény érdekében pedig az 50 ággyal kevesebbel rendelkező intézményeket kizárták a kutatásból.

5. Álljon rendelkezésre megfelelő mennyiségű adat. Az elemzést megkönnyítheti egy intézményi szintig lebontható adatbázis, mely tartalmazza a legfontosabb értékeket a kutatáshoz. Amennyiben ez nem lehetséges, az adatokat személyes megkereséssel lehet bekérni az intézetektől. A kapott hatékonysági szint megbízhatóságának rovására ilyen esetekben általában csökkentik az intézményi kört.

IRODALOM

1. Eurostat, EuroPop (2010): Convergence scenario.
2. Roos N P, Montgomery P, Roos L L. (1987): Healthcare Utilization in the Years prior to Death. *Milbank Quarterly*, 65;2: 231–54
3. Chilingierian, JonA., and Sherman, H. David (1997): Benchmarking Physician Practices for Cost Containment. *Annals of Operations Research*, Special Issue in Health Applications
4. Ozcan YA, Jiang HJ, Pai CW (2000): Do primary care physicians or specialists provide more efficient care? *Health Serv Manage Res*. 13;2: 90–96.
5. Jacobs R., Smith P. C., Street A. (2006): *Measuring Efficiency in Health Care – Analytic Techniques and Health Policy*. University Press, Cambridge
6. Kontodimopoulos N., Moschovakis G., Aletras V.H., Niakas D. (2007): The effect of environmental factors on technical and scale efficiency of primary health care providers in Greece. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 5:14.
7. Evetovits, T., Gaál P. (2002): A félreérthetőség káros az egészségre, *Egészségügyi Menedzsment* 4;5: 28-33.
8. Evetovits T., Gaál P., A költséghatékonyság értelmezése az egészségügyben: egészség-gazdaságtani alapok Cochrane-tól Culyer-ig, In: Gulácsi L.: *Egészség-gazdaságtan*. Medicina, Budapest
9. Szigeti Sz. (2009): Hatékonyság és annak kormányzati észlelése az egészségbiztosítás reformja során I. rész, *IME*, 8;6: 10–15
10. Szigeti Sz. (2009): Hatékonyság és annak kormányzati észlelése az egészségbiztosítás reformja során II. rész, *IME*, 8;7: 13–18
11. Peacock S., Chan C., Mangolini M., Johansen D. (2001): *Techniques for Measuring Efficiency in Health Services*. Productivity Commission Staff Working Paper, July.
12. <http://www.hants.gov.uk/decisions/decisions-docs/060626-cabine-R0616124854.html> (Megtekintve: 2015. 05. 13.)
13. Nagy B. (2010): Egy hiányzó láncszem? Forráselosztás a magyar egészségügyben; *Közgazdasági Szemle*, 57;4: 337–353
14. OECD 2010, „Health care systems: Getting more value for money”, OECD Economics Department Policy Notes, No. 2
15. Pauly M.V., Mark V., 1968. „The Economics of Moral Hazard: Comment”, *The American Economic Review*, June, 58(3, part 1): 531–537
16. Dózsa Cs. (2010): A kórházak stratégiai válaszai a változó környezetre – Magyarországon a 2000-es években - Doktori (PhD) értekezés, Budapesti Corvinus Egyetem, Gazdálkodástudományi Doktori Iskola

17. Keus, F., de Jonge, T., Gooszen, H. G., Buskens, E., van Laarhoven, C. J. (2009). Cost-minimization analysis in a blind randomized trial on small-incision versus laparoscopic cholecystectomy from a societal perspective: sick leave outweighs efforts in hospital savings. *Trials*, 10:80.
18. Notai A., Kaló Z., Mészáros Á. (2009): Egészség-gazdaságtani elemzések szerepe a döntéshozatal előkészítésében. *Acta Pharmaceutica Hungarica* 79;2: 63-69
19. Nagy B., Brennan A., Skultéty L., Nagy J., Szentesi A., Dessewffy Z., Kalotai Z. (2009): Rivasztigmin hatóanyagú transzdermális tapasz költséghatékonyágának vizsgálata enyhe és középsúlyos Alzheimer-betegség kezelésében; *IME* 8;3: 40-45
20. Kaló Z., Herczeg B. (2004): Költség-haszon elemzés a gyakorlatban: egy szervdonációs program hatékonyságának modellezése; *IME* 3;8: 32-35
21. Venturini, F.; Johnson, K.A. (2002): Introduction to pharmacoeconomic principles and application in pharmacy practice. *Calif. J. Health syst. Pharm.*, 14;1: 6-14.
22. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséhez. 2013. *ÉüK.* 3. szám *EMMI közlemény* 2 (hatályos: 2013.03.01 -)
23. Charnes, A., W.W. Cooper, E. Rhodes (1978): Measuring the efficiency of decision making units. *European Journal of Operational Research* 2;6: 429-444.
24. Dózsa Cs., Ecseki A., Lipták M., Mihalicza P. (2010): A kórházak technikai hatékonyságának elemzése és hazai alkalmazása, *ESKI füzetek* 7.
25. Tibenszkyné F.K. (2007): A hatékonyságmérés informatikai lehetőségei és feltételei a katonai felsőoktatásban. Doktori (PhD) értekezés. Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem, Katonai Műszaki Doktori Iskola
26. Golany, B., Roll, Y., (1989): An Application Procedure for DEA, *Omega*, 237-250.
27. J. M. Cordero-Ferrera, E. Crespo-Cebada, L. R. Murillo-Zamorano (2011): Measuring Technical Efficiency in Primary Health Care: The Effect of Exogenous Variables on Results. *J Med Syst* 35: 545-554
28. Boussofiane, A., Dyson, E. G., és Thanassoulis, E., (1991): Applied Data Envelopment Analysis. *European Journal of Operational Research* 52;1: 1-15.
29. Azadeh, A.; Ghaderi, S.F.; Izadbakhsh, H. (2008): Integration of DEA and AHP with computer simulation for railways system improvement and optimization. *Applied Mathematics and Computation*, 195;2: 775-785.
30. Bazargan, M.; Vasigh, B. (2003). Size versus efficiency: a casestudy of US commercial airports. *Journal of Air Transport Management*, 9;3: 187-193.
31. A. Renner, J. M. Kirigia, E. A. Zere, S. p. Barry, D. G. Kirigia, C. Kamara, L. HK Muthuri, (2005): Technical efficiency of peripheral health units in Pujehun district of Sierra Leone: a DEA application. *BMC Health Services Research*, 5;77
32. V. Aletras, N. Kontodimopoulos, A. Zagouldoudis, D.Niakas (2007): The short-term effect on technical and scale efficiency of establishing regional health systems and general management in Greek NHS hospitals, *Health Policy* 83;2-3: 236-245

5. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK FINANSZÍROZÁSA

(BONCZ IMRE, ENDREI DÓRA, ÁGOSTON ISTVÁN, CSÁKVÁRI TÍMEA,
SEBESTYÉN ANDOR)

Az 1990-es rendszerváltozás előtt a magyar egészségügyi szolgáltatások (ellátások) rendszerére a globális költségvetés szerinti (bázis) finanszírozás volt jellemző. Mind az egészségügyi szolgáltatások nyújtása, mind a finanszírozás állami feladatként szerepelt. A rendszerváltozást követően az egészségügyi szolgáltatások nyújtása az önkormányzatok (kivétel egyetemek és országos intézetek), míg a finanszírozás 1990-től az Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság (OTF) és később 1993-tól az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) feladata lett. Ezzel megvalósult az egészségügyi szolgáltató és a finanszírozó szervezet formális szétválasztása is, és ezzel a köztük lévő viszony PTK alapú szerződéses kapcsolattá vált (purchaser-provider split).

Általában elmondható, hogy hazánkban a globális költségvetést a '90-es évek közepén több éves szabályozási program keretében felváltotta a teljesítmény elvű finanszírozás. Ebben a fejezetben részletesebben a háziiorvosi ellátás, a járóbeteg szakellátás, labor és képalkotó diagnosztika, az aktív és krónikus fekvőbeteg szakellátás finanszírozása kerül bemutatásra. A jogszabályi változások miatt a finanszírozási adatok általában a 2015. májusi állapotot tükrözik.

5.1. Háziiorvosi ellátás finanszírozása

A biztosítottak a társadalombiztosítási kártyájukat (társadalombiztosítási azonosító jel/ TAJ) „leadják” az általuk kiválasztott (szabad orvosválasztás) családorvosnak a háziiorvosi praxisba történő bejelentkezés során. A háziorvosok a hozzájuk leadott kártyák számát havonta jelentik az Országos Egészségbiztosítási Pénztár felé, s ezek után kapják juttatásuk egyik meghatározó elemét, az ún. **kártyapénzt**. A finanszírozás szempontjából nem minden tb kártya egyforma értékű, a kártya tulajdonosának életkora szerint különböző pontszám jár értük, melyet az 1. táblázat szemléltet.

Az **érvényességi idő** lejártát követően, ha az érvényességi időn belül az orvosi vizsgálat nem történt meg, vagy azt a háziorvos a hozzá bejelentkezett biztosítottnál igazolható módon nem kezdeményezte, az esedékes változásjelentésben a biztosítottat ki kell jelenteni. Amennyiben a kijelentést követően orvos-beteg találkozó jön létre, akkor az egyidejű ellátás mellett a biztosított újra bejelenthető.

1. táblázat. Korcsoportonkénti pontszám és érvényességi idő a háziiorvosi ellátásban (2015. május), forrás: 43/1999. (III. 03.) Korm. rendelet.

	pontszám	érvényesség
a) 0–4 év közötti bejelentett biztosított után	4,5 pont	1 év
b) 5–14 év közötti bejelentett biztosított után	2,5 pont	1 év
c) 15–34 év közötti bejelentkezett biztosított után	1,0 pont	3 év
d) 35–60 év közötti bejelentkezett biztosított után	1,5 pont	2 év
e) 60 év feletti bejelentkezett biztosított után	2,5 pont	2 év

A bejelentkezett páciensek számát nem lehet a végtelenségig növelni, hiszen a háziorvos egy bizonyos határ felett már fizikálisan képtelen ellátni a hozzá bejelentkezett betegeket. Emiatt vezették be a **degresszió** fogalmát. Meghatározott pontszám felett a háziiorvosi szolgálat által lejelentett pontokat lefelé módosítják. Vagyis a depressziós küszöb feletti újabb pontok már nem teljes értékűek, azoknak csak egy hányada kerül elismerésre a finanszírozás során. A depressziós ponthatár a körzet típusától, a heti 40 órában alkalmazott további szakdolgozótól vagy szakorvos jelölttől illetve szakorvostól függően 2400 és 4100 pont között változhat.

Az így meghatározott pontokat a rendszer további ún. **szakképzettségi szorzó** révén korrigálja. A szakképzettségi szorzó az alapszakvizsgától, a körzetben eltöltött időtől függően 1–1,3 között változik. Összefoglalva, a **kártyapénz a depresszióval korrigált korcsoportos pontszám és a szakképzettségi szorzó** szorzata. Egy háziiorvosi pontszám forint értékét országosan egységesen havonta határozzák meg az OEP-ben oly módon, hogy a kasszában lévő összeget elosztják az adott hónapban lejelentett pontszámokkal. Ennek megfelelően a pontszám aktuális havi forint értéke ingadozásokat mutat (3. ábra.). A 2003. év elején jelentkező jelentős emelkedés az átlagosan 50%-os központi bérintézkedés hatása.

A **fix díj** nevének megfelelően a háziiorvosi szolgálat működésének fix költségeit hivatott fedezni, így különösen a rendelő fenntartásának költségeit (rezsi, bérleti díj, takarítás, stb.). A fix díj a praxis típusának és létszámának függvényében (felnőtt és vegyes körzetnél: <1200 fő, 1200–1500 fő, 1500<; gyermek körzetnél: <600 fő, 600–800 fő, 800 fő <) 197.000–290.000Ft között változik havonta. A fix-díjat további korrekciós szorzó növelik, amennyiben a rendelőben más E. Alapból finanszírozott tevékenység nem folyik (1,1x), vagy legalább két rendelőben dolgozik a doktor (1,3x). A körzetén belüli minden egyes további rendelőnként 10%, hátrányos helyzetű településeknél 50% a korrekciós szorzó mértéke.

A háziiorvosi szolgáltató havi **területi kiegészítő díja** a település típusától (főváros, város, község, csatolt község, külterületi lakott hely) függően változik havi 26.000–43.000 Ft között.

Az **eseti ellátási díj** azon beteg utáni finanszírozást jelenti, akik nem az adott háziiorvoshoz vannak bejelentve, de a háziorvos ellátja őket. Ennek típusos esete a nyári nyaralás, amikor például a budapesti biztosított (akinek kártyája egy budapesti háziiorvosnál van, s ez a háziorvos kapja utána a fejpénzt) a Balaton parton nyaral, és nyaralás közben akut betegség (pl. rosszullet) miatt felkeres egy ottani háziorvost. Ilyenkor a háziorvos természetesen ellátja a beteget, és az eseti ellátási díjat kapja utána, mely maximálisan 600 Ft lehet.

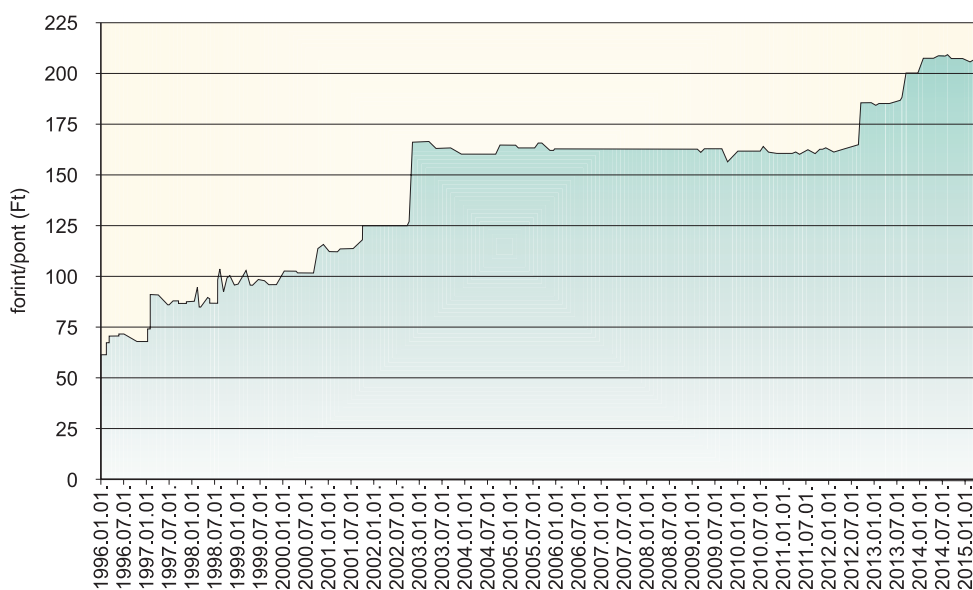
Háziorvosi, házi gyermekorvosi ügyeleti ellátás

Az ügyeleti ellátás a folyamatos ellátás része, melynek biztosítása önkormányzati feladat. Az ügyeletet elláthatja önkormányzati intézmény alkalmazottja, vagy megbízási szerződés útján szerződötött szakorvos, vagy szerződötött egészségügyi szolgáltató cég. Az **ügyeleti díj** az éjszakai, illetve hétvégi (ünnepnapi) ügyeletet hivatott finanszírozni állandó lakosonként 42 Ft-tal, melyet az ellátandó terület lakosságszámától függően korrekciós szorzó módosít. A központi ügyelet OMSZ-szal és a sürgősségi osztállyal közös diszpécierszolgálatlal történő működtetése esetén 10% finanszírozás többlet jár. Az ügyeleti ellátást kisebb ellátási területen egy-két háziorvos végzi, míg nagyobb városokban ezt intézményi szinten is elláthatják.

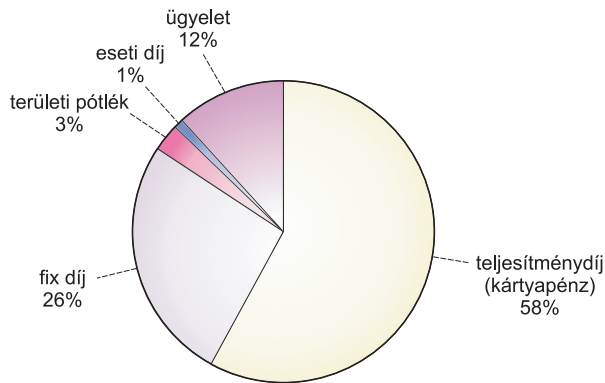
2001. 12. 01. – 2006. 12. 31. között lehetőség volt, hogy a háziorvosi szolgáltatók a **felhalmozási célú kiadásaikhoz támogatást** igényeljenek eszköz- és ingatlanvásárlásra. A támogatást meghatározott szakmai minimumfeltételek közé tartozó gépműszer, berendezés, valamint a távoli-hálózati hozzáférésre alkalmas személyi számítógép és a háziorvosi tevékenység folytatására szolgáló ingatlan után igényelheték. Ezen kiadási tételnek pénzügytechnikailag nem az Egészségbiztosítási Alap, hanem a központi költségvetés volt a forrása.

A háziorvosi szolgáltatóknak 2011. 10. 19. – 2012. 05. 31. között ismét lehetőség nyílt az általuk működtetett praxisban közvetlenül a betegellátást szolgáló eszközök beszerzésére támogatást igényelni praxisonként legfeljebb 1,5 millió Ft összegben. A támogatás fedezetét az OEP által kezelt elköltött előirányzat tartalmazta.

2014 januárjától a háziorvosi szolgáltató havonta szakdolgozónként, legalább heti 40 órában foglalkoztatott szakdolgozó esetén 20.000 Ft, a legalább heti 30 órában foglalkoztatott szakdolgozó ese-



1. ábra. Háziorvosi teljesítménypont forintértékének havi változása (1996–2015), www.oep.hu.



2. ábra. Egy átlagos háziiorvosi praxis éves bevételének megoszlása (2010)

tén 15.000 Ft, a legalább heti 20 órában foglalkoztatott szakdolgozó esetén 10.000 Ft **szakdolgozói kiegészítő díjazás**ra jogosult, amelyet a szakdolgozót közvetlenül megillető bérének, jövedelmének kiegészítésére köteles fordítani.

2015 januárjától a területi ellátási kötelezettségű háziiorvosi szolgáltatásokat 130.000 Ft összegű **re-zsitámogatás** illeti meg.

5.2. A járóbeteg szakellátás finanszírozása

A járóbeteg szakellátásban (beleértve a labordiagnosztikát, CT és MRI vizsgálatokat) a német pontok szerinti tételes elszámolást alkalmazzuk.

A járóbeteg szakellátás finanszírozására bevezetett tételes elszámolás, az OENO kódok és német pontok rendszere a teljesítmény elv alapján működik. Minden egyes orvosi eljárásnak van egy finanszírozási pontértéke és kódja (4. táblázat.), ami az Egészségügyi Világszervezet (WHO) International Classification of Procedures in Medicine (ICPM) kódrendszerére épül. Az orvosi eljárásokhoz a finanszírozás alapját képező pontszám is meghatározásra kerül. Az egészségügyi intézmények minden egyes betegnél végzett vizsgálatokat, eljárásokat havonta lejelentik az Országos Egészségbiztosítási Pénztár felé, az OEP pedig – megfelelő ellenőrzések elvégzése után – megtéríti ezek díját.

2. táblázat. Néhány példa a járóbeteg szakellátási finanszírozási kódokra és pontértékekre

Kód	Tevékenység megnevezése	Pont
11011	Elsősegély	176
11041	Vizsgálat	750
11042	Vizsgálat a rendelőn kívül	878
11047	Alkalmassági vizsgálat tömegsportolásra	654
12151	Anomalosopia	232

12152	Színlátás kvantitatív vizsgálata	257
12601	EKG végtag és mellkaselvezetéssel	308
12602	EKG surface mapping	682
12603	EKG vektorkardiográfia v. Frank-féle elvezetések	302
12604	EKG telemetriával	1.752
12605	EKG Holter monitorizálása	3.120
12606	Transztelefonikus EKG	1.502
12610	EKG nyelőcső elektróddal	621
12620	EKG kerékpár terheléssel	2.272
12621	EKG futószalag terheléssel	2.272
14234	Biopsia gingivae	138
14235	Biopsia palati oris	138
14250	Biopsia medullae ossealis sterni	1.813
14251	Biopsia medullae ossealis crista ossis ilei	13.197
31310	Mellkasfelvétel, AP/PA	679
31311	Mellkasfelvétel, oldalirányú	597
31312	Mellkasfelvétel, kétirányú	923
34440	Mellkas CT vizsgálata natív	5.079
34441	Mellkas CT vizsgálata iv. kontrasztanyag adását követőleg	10.476
34442	Mellkas CT vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyag adását követőleg	15.554
34930	Mellkas MR vizsgálata natív	10.884
34931	Mellkas MR vizsgálata iv. kontrasztanyag adását követőleg	20.006
34932	Mellkas MR vizsgálata natív plusz iv. kontrasztanyag adását követőleg	30.889
35203	Pajzsmirigy szcintigráfia, I-131-gyel	2.587
35204	Pajzsmirigy szcintigráfia, jód-123-mal	6.653
35205	Pajzsmirigy maradványszövet stimulációja rhTSH kezeléssel	133.412

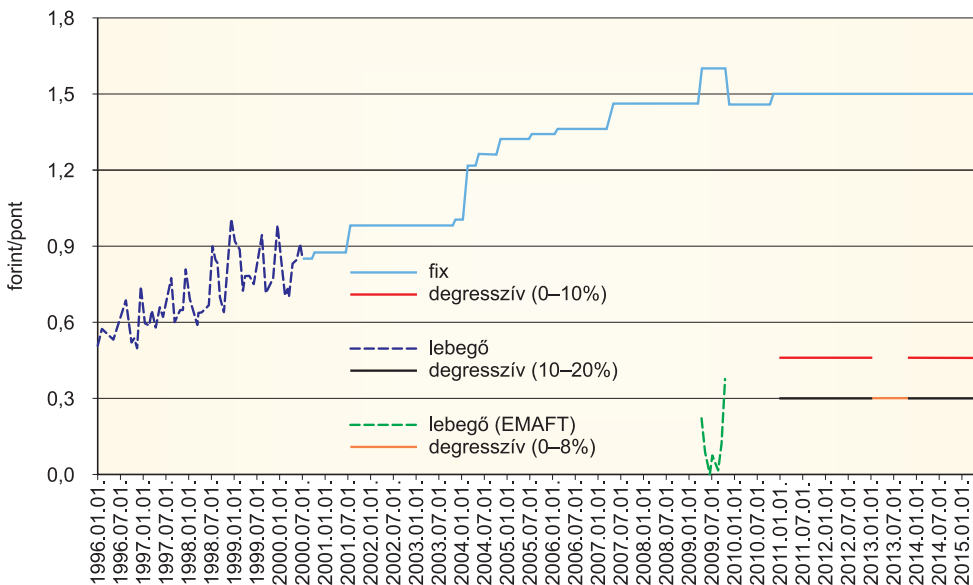
A járóbeteg szakellátás elszámolási rendszere jelentős fejlődésen ment át, megvalósult a beteghez (TAJ számhoz) kötött jelentés (1998), életbe léptek összeférhetlenségi szabályok és ezek kezelésére szolgáló informatikai szűrő programok. A kezdetben vegyes (fix és teljesítménydíjas) finanszírozást felváltotta a teljesítmény elvű finanszírozás. 2000 júniusáig egy járóbeteg teljesítménypont forint értéke havonta változott a havi költségvetési keret és az intézmények által lejelentett összes pontszám függvényében (5. ábra.). Ezen lebegőpontos rendszer a finanszírozói oldal számára lehetőséget biztosított a járóbeteg kassa egyensúlyban tartására, hiszen teljesítmény növekedés esetén nem a kiáramló pénz mennyisége nőtt meg, hanem lecsökkent egy pont forint értéke. Ugyanakkor az intézmények számára igen nehéz volt a bevételi oldal tervezése, hiszen nem lehetett előre tudni, hogy adott hónapban mekkora térítési díjat kap az intézmény. 2000 júliusától megvalósult a járóbeteg pontok fix

tértítése és ezáltal megszűnt a havi ingadozás. Számos folyamat eredményeként 2002-ben pedig elindult az önálló laboratóriumi kassza először az egész kassza levegőpontos rendszerben, majd később, 2006-tól egy fix és egy lebegődíjas finanszírozás kombinációja valósult meg.

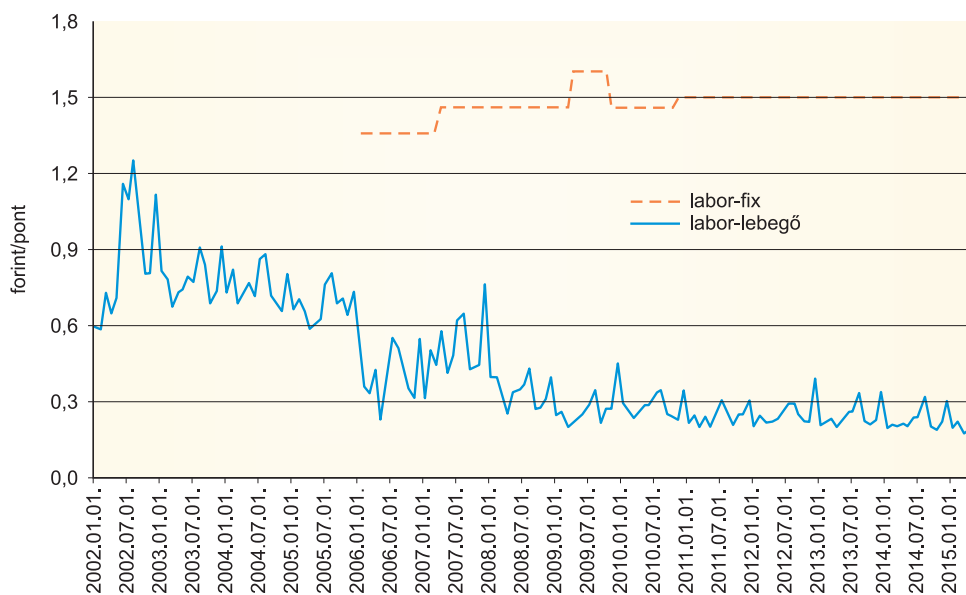
2004-ben bevezetésre került az ún. teljesítményvolumen korlát (TVK) fogalma, mint az alap teljesítmény alapú finanszírozás kiegészítő finanszírozási technikája. Ez a gyakorlatban azt jelentette, hogy az egészségügyi intézmények a járóbeteg és aktív fekvőbeteg szakellátás területén éves kvótát, volumen korlátot kaptak, melyet havi szintre bontva kell alkalmazni, és amiből meg kellett oldaniuk a betegellátást. Amennyiben a kvótát túllépték, 2004–2006. között ún. degresszió került alkalmazásra. A degresszió fogalma szerint 2004 és 2006 júniusa között a 2003. évi teljesítmény 100%-át véve 98%-os bázisnak, az e feletti teljesítmény 0-5%-os növekedés esetén 60%-kal, 5-10%-os növekedés esetén 30%-kal, míg 10% feletti növekedés esetén 10%-kal került kifizetésre. 2006 júliusától a bázisérték 95%-ra változott, és efelett semmi nem került kifizetésre.

A teljesítményvolumen korlát azonban igen erős szakmai és szakmapolitikai támadások kereszt-tüzebe került. Ennek hatására 2009. áprilisától a minisztérium bevezette az előre meghatározott alapdíjjal finanszírozott teljesítmény (EMAFT) szerinti finanszírozást. Mint később kiderült, az EMAFT még nagyobb finanszírozási feszültségekhez vezetett, így csupán a 2009. április és 2009. október közötti 7 hónapban volt használatban. Ezt követően az EMAFT megszűnt, és a finanszírozásban ismét megjelent a TVK.

Amint említettük, a laboratóriumi kasszát 2002-ben leválasztották az általános járóbeteg szakellátási finanszírozásról és önálló kassza formájában került finanszírozásra, mégpedig az ún. lebegőpontos rendszerben. A laborkassza Ft/pont értéke kezdetben elérte vagy meg is haladta az általános járóbeteg szakellátási kassza Ft/pont értékét, azonban hamarosan lényegesen az alá csökkent (0,6–0,7 Ft/



3. ábra. Járóbeteg szakellátás teljesítménypont forint értékének havi változása (1996–2015)



4. ábra. A laboratóriumi ellátás teljesítménypont forint értékének havi változása (2002-2015)

pont). A következő lépésben a laborkasszát két részre választották, az egyik részét fix, előre meghatározott, míg a másik részét lebegőpontos konstrukcióban finanszírozta az OEP 2006. februártól. Ezzel a technikával azt sikerült elérni, hogy a laborkassza fix értéken finanszírozott része hozzávetőlegesen az általános járóbeteg szakellátási kasszának megfelelő Ft/pont értékkel került finanszírozásra, míg a lebegőpontos rész finanszírozása tovább csökkent a 0,25–0,6 Ft/pont sávba.

3. táblázat. A németpont jellegű járóbeteg ellátások finanszírozási technikái és kasszái (2000–2015)

ÉV	CT-MRI		Járó		Járó+Labor együtt		Járó+CT-MRI együtt			Laborkassza		Műese	
	fix	fix	fix	lebegő	fix	lebegő	degresszív	fix	lebegő	alapsz	EPO		
2000.	X	--	--	X	--	--	--	--	--	X	--	--	--
2001.	X	--	X	--	--	--	--	--	--	X	X	X	X
2002.	X	X	--	--	--	--	--	--	--	X	X	X	X
2003.	X	X	--	--	--	--	--	--	--	X	X	X	X
2004.	X	X	--	--	--	--	--	--	--	X	X	X	X
2005.	X	X	--	--	--	--	--	--	--	X	X	X	X
2006.	X	X	--	--	--	--	--	--	X	X	X	X	X
2007.	X	X	--	--	--	--	--	--	X	X	X	X	X
2008.	X	X	--	--	--	--	--	--	X	X	X	X	X
2009.	--	--	--	--	X	X	--	X	X	X	X	X	X
2010.	--	--	--	--	X	--	--	X	X	X	X	X	X
2011.	--	--	--	--	X	--	X	X	X	X	X	X	X
2012.	--	--	--	--	X	--	X	X	X	X	X	X	X
2013.	--	--	--	--	X	--	X	X	X	X	X	X	X
2014.	--	--	--	--	X	--	X	X	X	X	X	X	X
2015.	--	--	--	--	X	--	X	X	X	X	X	X	X

A laboratóriumi kassa mellett 2000–2008. között a CT-MRI vizsgálatok számára is külön kassa volt elkülönítve. 2005-ig a CT-MRI kassa lebegőpontos rendszerben került finanszírozásra, majd ezt követően az általános járóbeteg kasszához kötött fix pontos rendszerben. Technikailag az általános járóbeteg és a CT-MRI kasszák 2009 áprilisától, az EMAFT bevezetésétől kerültek összevonásra. Az EMAFT alkalmazása alatt (2009. áprilistól októberig) fix és lebegőpontos kevert finanszírozással, majd az EMAFT megszüntetését követően fix Forint-pontértékkel. A németpont jellegű járóbeteg ellátások finanszírozási technikáinak és kasszáinak mátrixát a 3. táblázat szemlélteti.

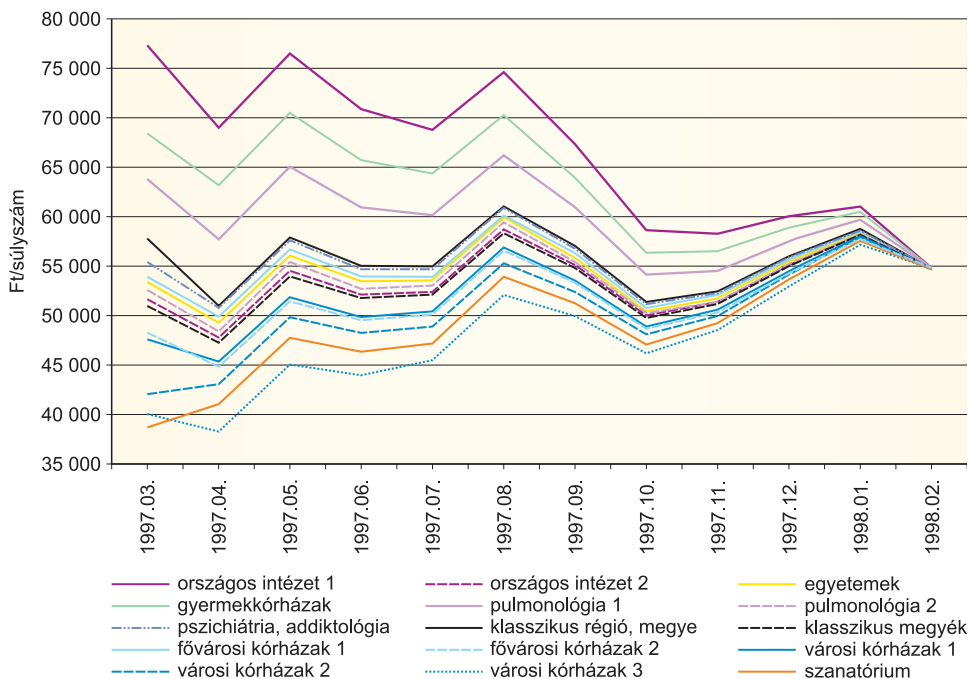
5.3. Az aktív fekvőbeteg szakellátás finanszírozása

Az USA-ban a Medicare rendszerben elsőként alkalmazott Diagnosis-Related Groups (DRGs) rendszer hazánkban Homogén Betegségcsoportok (HBSC) néven került adaptálásra. Homogén betegségcsoportoknak nevezzük az azonos teljesítményértékű ellátási esetek orvosi szempontból is elfogadható csoportját. Ebben a megfogalmazásban az „azonos teljesítményérték” a szakmai ellátás igényesség színvonalával és a munkaráfordítással kifejezhető azonosságot jelenti. Az „orvosi szempontból is elfogadható” csoportok meghatározása pedig arra utal, hogy a csoportok orvos-szakmai szempontból is értelmezhető felosztást jelentenek. Vagyis a betegségeket az ellátásukhoz szükséges **szakmai tudás**, felkészültség és **költségigényesség** szerint sorolják csoportokba.

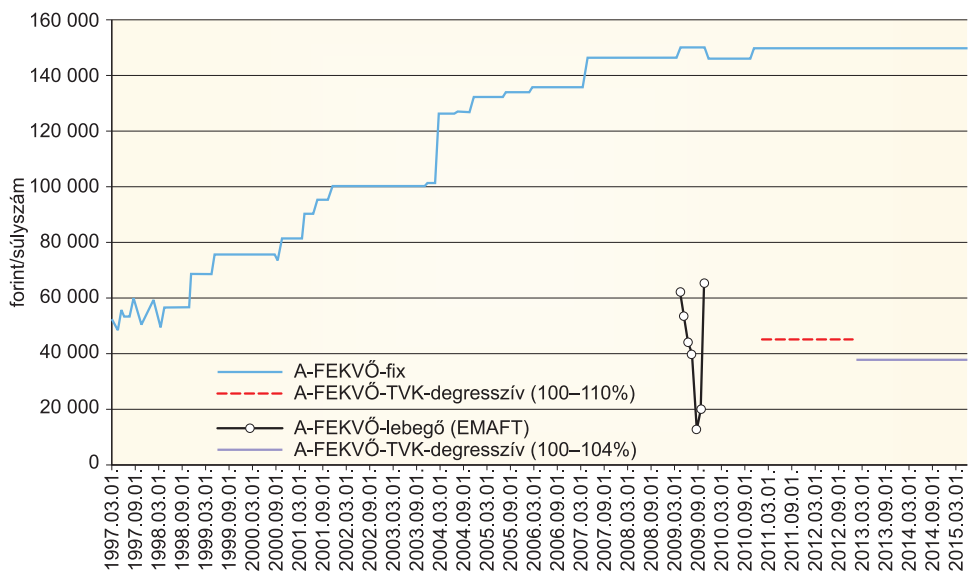
Az egyes betegek adatait a kórházak lejelentik az OEP felé, ahol megtörténik a betegek besorolása az egyes homogén betegségcsoportokba. A besorolás során az alábbi főbb tényezők kerülnek figyelembe vételre: az ápolást indokoló fődiagnózis, a fődiagnózis által indikált beavatkozások, a fődiagnózishoz társult betegségek (szövődmény, kísérő megbetegedés), a beteg életkora, a beteg további sorsa.

A magyar HBSC rendszer története igen hosszú, azonban 3 fő szakaszát ki kell emelni. A rendszer 1993. július 1-től történő bevezetését igen hosszadalmas előkészítő munka előzte meg, mely az adatgyűjtés rendszerének kiépítésére, a költség-adatok elemzésére, a betegségcsoportok kialakítására koncentrált. Az első, 1993–1997 közötti időszakot a díjkiegyenlítő fázisaként lehet bemutatni. Ezen idő alatt az egyes intézmények, intézmény-csoportok eltérő HBSC alapdíjjal (forint/súlyszám) rendelkeztek, melynek indokát az egyes intézmények eltérő költségvetési pozíciói magyarázták (7. ábra.). Ebben az időben jelentek meg azon tudósítások, mely szerint az OEP ugyanazon sérvműtétért az egyik kórházban kétszer annyit fizet, mint a másikban. Ez természetesen nem az akkori OEP felelőtlenségét jelentette, hanem szerves része volt a HBSC rendszer bevezetését követő díjkiegyenlítési periódusnak. A HBSC finanszírozás bevezetése előtt (1980-as évek, 1990-es évek eleje) ugyanis óriási aránytalanságok voltak a kórházak akkori, globális költségvetés jellegű bázis finanszírozásában. Amennyiben ezen aránytalanságokat egyik napról a másikra megszüntették volna az egységes HBSC térítési díjjal, akkor a korábban felülfinanszírozott kórházak egyik-napról a másikra gazdaságilag ellehetetlenültek volna.

A HBSC alkalmazás második szakaszát az országosan egységes alapdíj megjelenése jellemzi. Ezen alapdíj változását szemlélteti a 8. ábra. Itt a korábbi intézménycsoport specifikus Ft/súlyszám térítési díjak megszűntek, és ezek helyébe lépett az egységes térítési díj. Itt már előre meghirdetett díjakról is beszélünk, ami tervezhetővé tette a kórházak számára a költségvetés tervezését.



5. ábra. Aktív fekvőbeteg szakellátás teljesítmény súlyszám forint értékének „díjkiegyenlítése” (1997-1998)

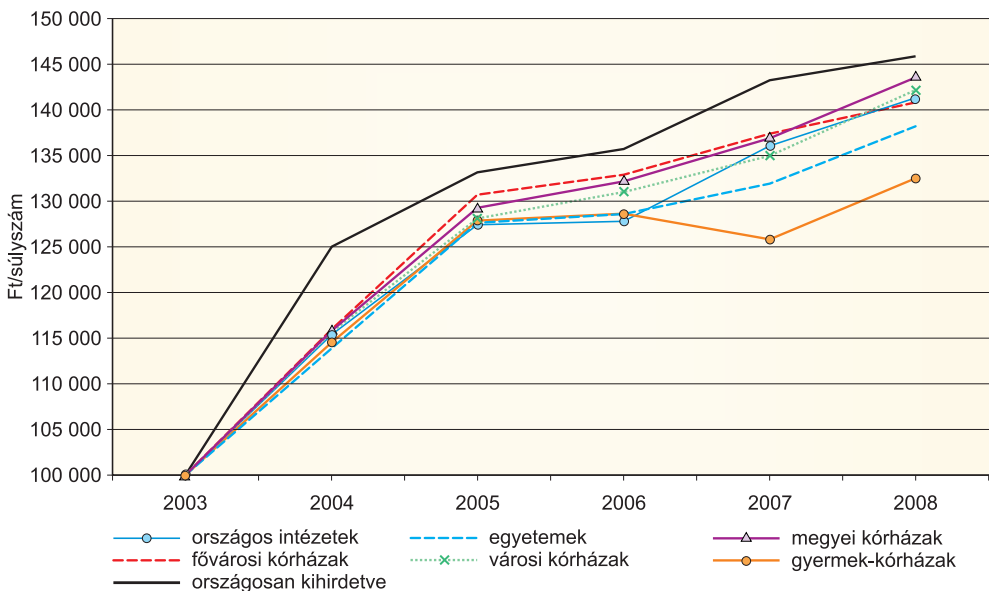


6. ábra. Az aktív fekvőbeteg szakellátás teljesítmény súlyszám forint értékének havi változása (1996–2015)

A harmadik szakasz – részben átfedve a másodikkal – a teljesítmény-volumen-korlát (TVK) bevezetését követően kezdődött (2004-től). Ez ugyanis alapjaiban módosította az elméletben előre meghatartott országosan egységes Ft/súlyszám alapdíjat (9. ábra.). Amennyiben ugyanis a kórházak az előre megadott TVK mennyiségén (súlyszámon) felüli beteget láttak el, akkor azt 2004–2006. között csak részben, majd 2006. nyara után egyáltalán nem finanszírozta az OEP. A járóbeteg szakellátáshoz hasonlóan a HBCs szerint finanszírozott aktív fekvőbeteg szakellátásban is bevezetésre került az előre meghatározott alapdíjjal finanszírozott teljesítmény (EMAFT) szerinti finanszírozás, ami 2009. április és október között volt érvényben. Ennek lebegő díjas része igen alacsony (20.000-60.000 Ft/súlyszám) térítési díjjal került finanszírozásra. A fix díj az EMAFT 7 hónapos alkalmazása során végig 150.000 Ft/súlyszám volt, míg a havonta változó lebegő díj értéke 49.769 Ft és 65.200 Ft között ingadozott.

A HBCs rendszer az 1993-as bevezetését követő évtizedben számos változáson ment keresztül. A rendszer fejlődése során a kezdeti amerikai DRG adaptációból gyakorlatilag önálló magyar HBCs alakult ki. Az önálló költségfelmérés, a diagnózis-műtét megfeleltetés, a saját besorolási algoritmus kialakítása mind hozzájárultak a magyar HBCs fejlődéséhez.

A HBCs rendszer különböző verzióit, azok alkalmazási időszakát és főbb jellemzőit az 5. táblázat mutatja. Kiemelendő az egyes verziók érvényességi idejében mutatkozó óriási különbségek. Míg a HBCs 2.0 verzió 32 hónapig, azaz közel 3 évig volt érvényben, addig a 3.0 és 3.1 verzió csupán 7, illetve 6 hónapot éltek meg. Az érvényességi idő értelmezésekor két ellentétes szempont vetődik fel. Egyik oldalról nem szerencsés a gyakori váltás, hiszen mire sikerül elsajátítani a szereplőknek (finanszírozó, kórházak) az új verzió alkalmazását, addigra már jön a következő. Másik oldalról nem árt a gyakori váltás, mivel így mire megismerésre kerülnek az apróbb trükkök, jön a következő verzió és a trükkök alkalmazására nem marad idő.



7. ábra. A teljesítmény-volumen korlát (TVK) hatása a Ft /súlyszám térítési díjra (2004–2008)

A 4. táblázat néhány példát mutatja be egyes betegségcsoportok jellemzőit. Az ún. alsó és felső határnap közötti ápolási idők esetén a kórház ugyanazon összeget (ugyanazon súlyszámot) kapja az ellátott betegek után. Vagyis abban érdekelt az intézmény, hogy az átlagos ápolási időt a lehetőségekhez képest csökkentse.

4. táblázat. A hazai HBCS rendszer fejlesztésének főbb állomásai (1993-2015)

Verzió	Időszak [jogszály]	Érvényesség	Jellemzők
HBCS 1.0	1993.07.01.–1994.06.30. [9/1993. (IV.2.) NM]	12 hónap	A legelső hazai verzió. Még nem általános érvényű a műtét – BNO kód megfeleltetés.
HBCS 2.0	1994.07.01.–1997.02.28. [6/1994. (IV.1.) NM]	32 hónap	A diagnosizok-műtétek megfeleltetését már tartalmazza. 1996. január 1-től ugyan változtak a besorolási táblázatok a BNO 10. bevezetése miatt, azonban ez tartalmi változást nem jelentett, így nem lett önálló verzió.
HBCS 3.0	1997.03.01.–1997.09.30. [3/1997. (II.13.) NM]	7 hónap	Jelentős változások a csoportok számában, a besorolás tényezőiben és menetében, a szakmailag preferált ellátások kiemelésében
HBCS 3.1	1997.10.01.–1998.03.31. [34/1997. (XI.7.) NM]	6 hónap	Felső határnapok módosítása a garanciális szabályok megfelelő alkalmazásához.
HBCS 3.2	1998.04.01.–1999.04.30. [5/1998. (III.11.) NM]	13 hónap	Új csoportok létrehozása a szívsebészet, haematológia, tüdőgyógyászat terén.
HBCS 4.0	1999.05.01.–2000.05.31. [7/1999. (IV.7.) Eü. M.]	13 hónap	Alapjaiban új verzió. A besorolási szabályok alapját már nem külföldi DRG rendszerek alkotják.
HBCS 4.1	2000.06.01.–2001.03.31. [13/2000. (V.12.) Eü.M.]	10 hónap	Új csoportok a rövid időtartamú, sürgősségi esetekre.
HBCS 4.3	2001.04.01.–2004.01.31. [7/2001. (III.2.) EüM]	34 hónap	Csökken a kisebb megbetegedések társult betegséggel jelzett csoportjainak száma. Életkor szerint új csoportok a nagyobb költségigényű gyermek és néhány felnőtt HBCS csoportra.
HBCS 5.0	2004.02.01.–[3/2004. (I.15.) ESzCsM]		Az átlagosan 50%-os közalkalmazotti béremelés beépítése. Műtétes HBCs-k preferálása.

Az 5. táblázat néhány példát mutat a HBCs rendszerben található betegségcsoportokra és ezek főbb jellemzőire. Összességében több mint 800 darab betegségcsoport létezik Magyarországon.

5. táblázat. Néhány példa a magyar homogén betegcsoportokra (2015. május), forrás: 9/1993.NM rendelet.

Főcsoport	Kód	Betegcsoport	Alsó határnap	Felső határnap	Normatív nap	Súlyszám
01P	001B	Speciális intracranialis műtétek 18 év felett, trauma miatt	2	49	9	6,01625
03P	097A	Tonsillectomia, adenotomia	1	25	3	0,41538
05P	177A	Coronaria bypass, katéterezéssel	4	40	20	10,7111
06P	281B	Lágyék-, köldök-, combsérvműtétek 18 év felett	1	25	4	0,43497
06P	283B	Appendectomia komplikált fődiagnózissal	2	25	7	1,08575
06P	283I	Appendectomia komplikált fődiagnózis nélkül, 18 év felett	2	25	5	0,80667
06P	283J	Appendectomia komplikált fődiagnózis nélkül, 18 év alatt	2	25	5	0,96799
08P	371H	Cementes csípőprotézis-beültetés komplikáció nélkül	2	38	13	3,02019
08P	371K	Hibrid csípőprotézis-beültetés komplikáció nélkül	2	38	14	3,35221
14M	673A	Hüvelyi szülés	3	25	5	0,59785
14M	673B	Hüvelyi szülés patológiás terhesség után	29	64	37	2,9055
14P	671A	Császármetszés	2	38	7	1,22546
14P	671B	Császármetszés patológiás terhesség után	29	60	38	3,67345

Az aktív ellátási esetre jellemző fogalmakat az alábbiak szerint definiáljuk.

Alsó-felső határnap:

Az adott HBSC kezeléséhez szükséges ápolási idő minimális és maximális értéke. E két szélsőérték között az intézmény a teljes HBSC súlyszámért járó díjat megkapja. Az ennél rövidebb ápolási idejű eseteket rövid ellátási esetként, míg a hosszabbakat hosszú ellátási esetként finanszírozzák.

Normatív (átlagos) ápolási idő:

Az ellátási eset időtartama az adott HBSC-ra érvényes alsó és felső határnap között van. Ebben az esetben a finanszírozás szempontjából az adott HBSC ellátására meghatározott súlyszámot számolhatja el.

Rövid ellátási eset:

Időtartama nem éri el az adott HBSC ellátására megszabott alsó határnapot. Itt a teljes ellátási díj nem számolható el, csak az adott HBSC mindenkori aktuális díja és a normatív ápolási idő hánya-

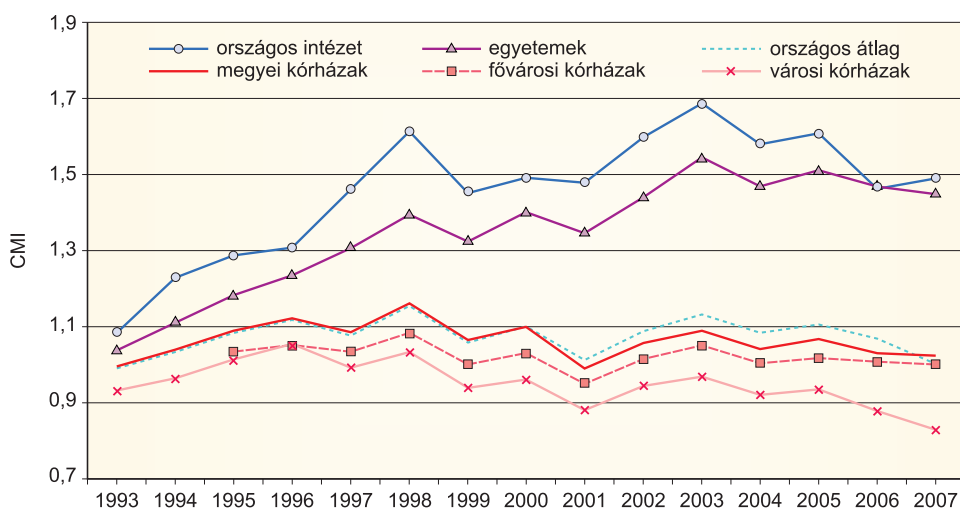
dosaként meghatározott, az adott homogén betegségcsoportra érvényes egy napi díj és a tényleges ápolási idő szorzatának megfelelő összeg.

Eset-összetételi index (Case Mix Index, CMI)

Az eset-összetételi index (továbbiakban CMI) a homogén betegségcsoportok súlyszámainak átlaga, kiinduláskor az országos súlyozott átlag 1 körül alakult. Ezt az átlagot kiszámolhatjuk egy osztály, egy kórház, egy adott ellátási szint (pl. egyetemi klinikák) vonatkozásában egyaránt. Az CMI megmutatja, hogy a vizsgált egység átlagos teljesítménye milyen az országos átlaghoz képest.

Ahogy a HBCS vonatkozásában igaz, hogy a magasabb súlyszám (pl. egy Egyetemi Klinika esetén az 1,45) magasabb szakmai felkészültséget és nagyobb átlagköltségű esetek ellátását jelenti, míg az egynél kisebb CMI (pld egy kisvárosi kórház esetén a 0,85) az alacsonyabb progresszivitási szintű, egyszerűbb esetek ellátására utal.

Megvizsgálva az egyes ellátási szinteket (városi kórház, megyei kórház, egyetemi klinika, országos intézet), azt látjuk, hogy az ellátott esetek bonyolultságával együtt növekszik az eset-összetételi index. Az évek során azonban a szintek közötti különbség (teljesítményolló) jelentősen nőtt. Ez arra utal, hogy a HBCS rendszer a progresszív ellátás alsó szintjén (városi kórházak) lévő intézmények számára kedvezőtlen volt, míg a felső szintek (egyetemi klinikák, országos intézetek) relatíve jól jártak, hiszen az ő CMI értékeik az évek során jelentősen emelkedtek. A HBCS rendszer alapelveivel összhangban megfigyelhető, hogy az igényesebb esetek ellátására ösztönző hatás a felsőbb szintek esetében jelentős CMI érték emelkedésben mutatkozik meg.



8. ábra. A case-mix indexváltozása a különböző ellátási szintek esetén

Ápolási idő

A korábban ismertetett definícióknál láttuk, hogy a normatív ápolási időn belül (az alsó és felső határnap között) ellátott esetek után az adott HBCS-re jellemző költségigényességű súlyszám kerül elszámolásra. Példaként véve a „Lányék-, köldök-, combsérvműtétek 18 év felett” (HBCS 5.0 kód: 281B) homogén betegcsoportot láthatjuk, hogy ennek alsó határnapja 1, felső határnapja 25. E kettő között, a tényleges ápolási időtől függetlenül, a kórház ugyanazt a súlyszámot (0,43497), ezért pedig ugyanazt az összeget (150.000 Ft/súlyszámmal számolva 65.245,5 Ft-ot) kapja a beteg ellátásáért. A HBCS rendszer másik ösztönző hatása itt mutatkozik meg: az intézményeket abban teszi érdekeltté, hogy a szükségesnél tovább ne tartsák bent a betegeket.

Egy intézmény, osztály átlagos ápolási idejét viszonyítani lehet az adott HBCS-k normatív ápolási idejéhez. Ezen két érték hányadosa a standardizált naphányados (SNH). Amennyiben értéke 1-nél kisebb, akkor az intézmény (osztály) átlagos ápolási ideje rövidebb, mint a normatív ápolási idő, vagyis az intézmény költségtakarékos. A SNH 1 feletti értéke ennek fordítottját jelzi.

$$\text{Standardizált naphányados (SNH)} = \frac{\text{átlagos ápolási idő}}{\text{normatív ápolási idő}}$$

Ágykihasználási mutatók

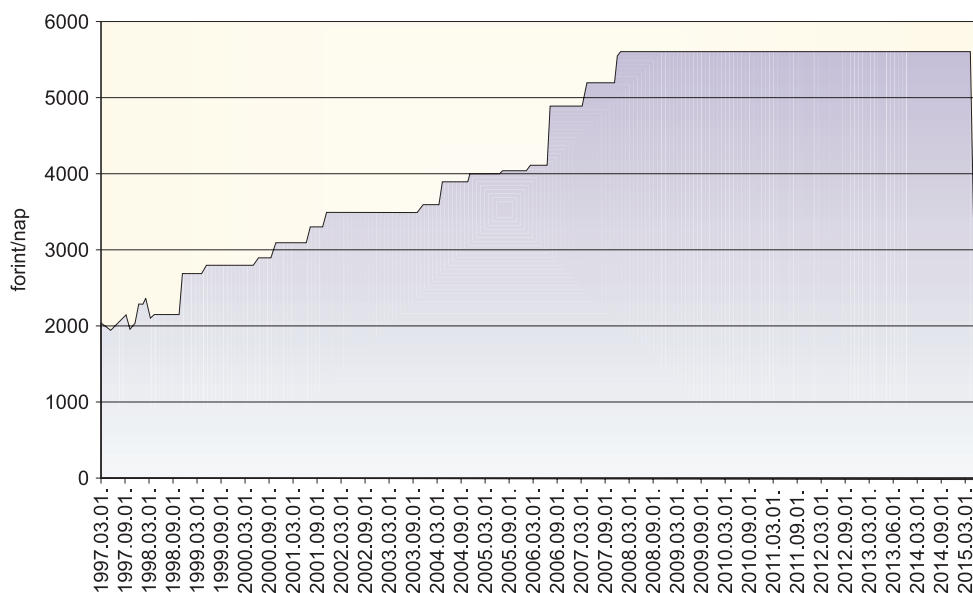
A tényleges ágykihasználás az összes teljesített ápolási napot viszonyítja a teljesíthető napokhoz.

A normatív ágykihasználás pedig az összes teljesített (HBCS) normatív napot a teljesíthető napokhoz viszonyítja.

Az ápolási idő és az ágykihasználási mutatók összekapcsolása is fontos információkat szolgáltat. Két egyforma ágykihasználású (pl. 75%), azonos profilú osztály (pl. sebészet) esetében célszerű megvizsgálnunk a standardizált naphányadost is. Amennyiben a SNH 1-nél kisebb, akkor az osztály rövidebb ideig ápolja betegeit, mint a normatív idő. A SNH 1-nél nagyobb, akkor az osztály túlápolja betegeit, vagyis az ágykihasználási mutatót mesterségesen próbálja meg növelni.

5.4. A krónikus fekvőbeteg szakellátás finanszírozása

A krónikus fekvőbeteg szakellátásban az egy napra és egy betegre megállapított napidíj képezi a finanszírozás alapját, amit az osztály szakfeladatai szerinti szorzókkal korrigálunk. A 2006 júniusában érvényes alapidíj 4.115 Ft/nap/beteg volt, 2015 májusában a napi egy ágyra jutó alapidíj 5600 Ft volt. Ezen alapidíj kerül korrekcióra az ellátás típusa szerint: ápolási osztályon végzett ellátás (1,2-es szorzó), krónikus ellátás (1,5), rehabilitáció (1,6), szakmai minősítésű intenzív rehabilitációs ellátás (2,1), hospice ellátás (1,5), addiktológiai, alkohol- és drogfüggő betegek rehabilitációja (1,6), tetraplég osztályi ellátás (4,0), speciális rehabilitáció (koponya-, gerinc-, agysérültek és szeptikus betegek ellátása) (4,0), légzési rehabilitáció (gépi) (6,7), vegyes profilú ápolási osztályon végzett hosszú idejű ellátás (0,8), pályázattal befogadott hospice ellátás (1,8), szakmai minősítésű intenzív komplex rehabilitációs ellátás (4,1), speciális, komplex intenzív rehabilitáció (koponya-, gerincagysérültek és szeptikus betegek ellátása) (6,6). A krónikus szakellátás finanszírozásának összegét így alapvetően a kórházak ágyszáma, a napi ágykihasználtság és az adott osztály besorolásából eredő krónikus szorzó határozza meg.



9. ábra. A krónikus fekvőbeteg szakellátás alapdíja (1997–2015)

Ezen szabályozást 2006 nyarán alapjaiban módosult. A 2011. januárjában érvényes korrekciós tényezőket az alábbi táblázat tartalmazza. Az alapdíj ezen időszakban 5.600 Ft/nap/beteg volt.

6. táblázat. A krónikus fekvőbeteg szakellátás szorzói (2011. január), forrás: 43/1999. Korm. r.

KÓD	MEGNEVEZÉS	SZORZÓ	
1	Ápolási tevékenység	1	
15	Krónikus ellátás	1,2	
19	Rehabilitációs ellátás	„A” minősítésű	1,8
20		„B” minősítésű	1,4
21		„C” Minősítés nélküli	1,2
17	Központi idegrendszeri sérültek és tartós légzésbénultak rehabilitációs ellátása	3,8	
22	Pályázati úton befogadott hospice ellátás	1,7	

7. táblázat. A krónikus fekvőbeteg szakellátás szorzói (2015. május), forrás: 43/1999. Korm r.

Kód	Megnevezés	Szorzó
1	Ápolási tevékenység	1
15	Krónikus ellátás	1,2
	Rehabilitációs ellátás*	
19	„A” minősítésű**	1,8
20	„B” minősítésű**	1,4
21	„C” Minősítés nélküli	1,2
17	Súlyos központi idegrendszeri sérültek (súlyos agysérültek, gerincvelősérültek), politraumatizáltak, égésbetegek, szepikus sebészeti betegek rehabilitációs ellátása	3,8
22	Hospice ellátás	1,7
23	Kómás és gerincvelősérült betegek korai kiemelt rehabilitációs ellátása	6,6
24	Polymorbid betegek gerontopszichiátriai ellátása	1,6
25	Intermediaer care, intézeti tartós gépi lélegeztetést igénylő betegek krónikus ellátása	3,8
26	Nem rehabilitálható betegek emelt szorzójú krónikus ellátása (nem rehabilitálható vigil kómás betegek, gerincvelő harántsérültek, tartós gépi lélegeztetettek, politraumatizáltak ellátása)	1,8
27	A fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet alapján TBC-s betegek elkülönített, őrzött osztályon történő kezelése	1,6
28	Gyermekek és ifjak addiktológiai, pszichiátriai rehabilitációs ellátása	1,8
29	Krónikus belgyógyászati, nőgyógyászati és pulmonológiai osztályokon, a természetes gyógytényezőkről szóló 74/1999. (XII. 25.) EüM rendelet 13. § (1) és (3) bekezdése szerinti gyógytényezők felhasználásával végzett krónikus ellátás	1,8
30	Pszichiátriai rehabilitáció „C” szint***	1,2
31	Pszichiátriai rehabilitáció „B” szint****	1,4
32	Pszichiátriai rehabilitáció „A” szint*****	1,8

5.5. A teljesítményvolumen korlát

A teljesítmény-elvű finanszírozási technikáknak jól ismert mellékhatása a szolgáltatók által a finanszírozó szervezet (Magyarországon az OEP) felé jelentett teljesítmények jelentős emelkedése. Az intézmények részéről ez érthető, hiszen a fokozódó teljesítmények jelentése révén többletbevételhez jutnak. A finanszírozó számára ugyanakkor egyre nagyobb finanszírozási problémát okoz a teljesítménypörgetés. Annak eldöntése pedig nagyon nehéz, hogy a teljesítménypörgetés mögött mikor található szakmailag feltétlenül indokolt ellátás, illetve ez mikor megy át többletbevétel generálásba.

A Magyarországon a '90-es évek közepétől a 2000-es évek elejéig évről-évre tapasztalt jelentős teljesítmény fokozódás hatására 2004. január 1-től került bevezetésre a teljesítményvolumen korlát

(TVK). A TVK rendszer célja egy olyan fiskális korlát kialakítása volt, melynek révén az intézmények számára egy felső plafon kerül meghatározásra, mely felett az OEP már csak részlegesen finanszírozza a lejelentett teljesítményt (járó pontszám, aktív fekvő súlysúlyszám stb.).

A rendszer 2004-es indulásakor bázisként a 2003. évi teljesítmény 98%-a került meghatározásra. Ezen korlát felett az OEP az indulás éveiben (2004–2006. június 30.) a lejelentett teljesítménynek csak meghatározott részét finanszírozza az alábbi sávok szerint:

- TVK 100%-áig = Ft érték 100%-a
- TVK 100–105% közti része = Ft érték 60%-a
- TVK 105–110% közti része = Ft érték 30%-a
- TVK 110% feletti része = Ft érték 10%-a

A teljesítmény-volumen korlát kialakítása tehát a túlzott teljesítményjelentésre adott válaszreakció volt, mely a finanszírozás számára valóban felső határt tud képezni, ugyanakkor számos intézmény működésében érezhető hatásokat okozhat.

2011. és 2012. évi kifizetéseknél kezdődően az aktív fekvőbeteg szakellátás teljesítményegységének forintértéke 150.000 Ft valamint visszaállították a TVK feletti teljesítmény részleges, degresszív finanszírozását. A TVK felett elért legfeljebb 10% teljesítménytöbbletet az alapdíj 30%-ával térítik.

2013. évtől az alapdíj változatlanul 150.000 Ft/súlyszám szinten tartása mellett lecsökkent a TVK feletti degresszív finanszírozási sáv és a finanszírozási összeg, mely azonos teljesítmények mellett további bevételkiesést okozott a szolgáltatóknak. A TVK feletti degresszív finanszírozási sáv 10%-ról 4%-os mértékre csökkent, és a TVK felett elért legfeljebb 4%-os teljesítménytöbbletet az alapdíj 25%-ával térítik.

5.6. Otthoni szakápolás finanszírozása

Az otthoni szakápolás fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást kiváltó ellátási forma, mely a biztosított otthonában vagy tartózkodási helyén, kezelőorvosának rendelésére, szakképzett ápoló által végzett tevékenység.

Az otthoni szakápolás az erre rendszeresített nyomtatványon rendelhető el (ld. **az ellenőrzés fejezet otthoni szakápolás alfejezetéből**) házi orvos saját kezdeményezésére, kezelőorvosi javaslat vagy intézeti zárójelentés alapján.

Az otthoni szakápolás keretében ápolási tevékenységek legfeljebb 14 vizitre rendelhetők el, amelyek ismételt orvosi vizsgálat alapján – új elrendelő lap kitöltésével – az ápolási tevékenységek esetében az első elrendeléstől számított 12 hónapon belül további három alkalommal megismételhetők.

Szakirányú rehabilitációs tevékenységek – a logopédia kivételével legfeljebb két hónapos időtartamú kúránként – legfeljebb 28 vizitre rendelhetők el, amelyek az első elrendeléstől számított 12 hónapon belül egy alkalommal megismételhetők, azzal, hogy krónikus esetek rehabilitációs tevékenységei csak az akut megbetegedésben szenvedő betegek ellátását követően, a fennmaradó szabad kapacitás terhére láthatók el. A fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást követően ismételt ápolási tevékenységek új elrendelő lap kitöltésével rendelhetők el. Ápolási tevékenységek újabb megbetegedés esetén 14 vizitre ismételt elrendelhetők, amelyek orvosi vizsgálat alapján – új elrendelő lap kitöltésével – eseten-

ként, az első elrendeléstől számított 12 hónapon belül további három alkalommal megismételhetők. Az egy alkalomra elrendelt, az egyik naptári évről a következő naptári évre áthúzódó ellátást abba a naptári évbe tartozó ellátásnak kell tekinteni, amelyik évben az ellátás igénybevétele megkezdődött.

A finanszírozás – az ápolási kategóriánként képzett – vizitdíj alapján történik. A vizitdíj a 3380 forintos alapidj és a beteg önellátó képességének foka szorzójának ismeretében számítható ki. A biztosított ellátására naponta egy vizit számolható el, az egy napon történt többszöri ellátás esetén is.

A szakápolási szolgáltató, aki telephelyén kívül olyan településen lát el biztosítottat, ahol más szakápolási szolgáltató nem működik vagy külterületen lakó biztosítottat lát el területi pótlékra jogosult, mely a vizitdíj 10%-a. 2000 főnél kisebb lakosság számú településen történt szakápolás esetén a területi pótlék a vizitdíj 20%-a.

8. táblázat. Szakápolói, szakirányú terápiás vizitek finanszírozása. Vizitdíj megállapítása a betegellátás típusa, valamint a beteg önellátó képessége szerint (43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 12. számú melléklete)

	Szakápolási ellátás		Szakirányú
A beteg önellátó képességének foka	elrendelhető vizitek száma és az alapidj szorzók		(rehabilitációs)
	1-14-ig	további	tevékenység, alapidj szorzók
Teljes ápolást igénylő esetben	1,0	0,9	0,9
Részleges ápolást igénylő esetben	0,9	0,7	0,8
Önellátásra képes beteg esetében	0,8	0,5	–

Szakápolási fokozatok:

A **teljes** ápolásra szoruló beteg a mindennapi életvitel alaptevékenységei (táplálkozás, tisztálkodás, öltözködés, széklet- és vizeletkontinencia, önálló helyezettváltoztatás/felkelés, lefekvés) közül hármat vagy annál többet más személy igénybevétele nélkül nem képes elvégezni, és szakápolásra szorul.

A **részleges** ápolásra szoruló beteg a mindennapi életvitel alaptevékenységei közül legalább két tevékenységet más személy igénybevétele nélkül nem képes elvégezni, és betegsége miatt szakápolásra szorul.

Az **önellátó** beteg a mindennapi életvitel alaptevékenységeit más személy igénybevétele nélkül képes elvégezni, de ugyanakkor betegsége/krónikus betegsége miatt otthonában szakápolási feladatok elvégzésére van szüksége, pl. stomakezelés, gégetisztítás, lábszárfelekély kezelése, műtét utáni seb kezelése, parenterális táplálás és gyógyszerelés.

5.7. Összefoglalás

A záró fejezetben az egészségügyi finanszírozás két, népegészségügyi szempontból jelentős kihívását kell megemlítenünk. Az első a finanszírozásnak az egészségügyi szükségletekhez való igazodása mind a racionális forrásfelhasználása, mind az igazságosság oldaláról kiemelt jelentőségű. A másik kihívás

a finanszírozási döntéshozatalnak a gazdasági környezet megteremtette pénzügyi lehetőségek és az egészségügyi rendszer oldaláról jelentkező igények közötti egyensúly megteremtése.

A finanszírozási döntéshozatal során a szakmai bizonyítékokon alapuló irányelvek alkalmazása egyre nagyobb szerephez jut. A gazdasági kérdésekben pedig az egészségügyi technológiai értékelés, illetve egészség-gazdaságtani elemzések nyújtanak segítséget az eligazodásban.

Az egészségügyre fordítható források felhasználásában alapvető cél, hogy a rendelkezésre álló forrásokból elérhető egészség-nyereséget optimalizáljuk, és a finanszírozási rendszer hozzájáruljon a lakosság egészségi állapotának javulásához.

IRODALOM

1996. évi LXIII. törvény az egészségügyi ellátási kötelezettségről és a területi finanszírozási normatívákról. Magyar Közlöny, 1996/61. (VII.23.)
1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről. Magyar Közlöny 1997/119 (XII. 23.)
1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól. Magyar Közlöny, 1997. 68. (VII.25.)
2001. évi XXXIV. törvény az egészségügyi szakellátási kötelezettségről, továbbá egyes egészségügyet érintő törvények módosításáról. Magyar Közlöny, 2001/65. (VI.12.)
2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről. Magyar Közlöny, 2006/160. (XII. 22.)
- 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról. Magyar Közlöny, 1997. 107. (XII.1.)
- 361/2006. (XII. 28.) Korm. rendelet az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról. Magyar Közlöny, 2006/165. (XII. 28.)
- 43/1999. (III. 3.) Korm. Rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól. Magyar Közlöny 1999. 17. szám (III.3.)
- 50/2002. (III. 26.) Korm. Rendelet az egészségügyi szakellátási kapacitásmódosítások szakmai feltételéről, eljárási rendjének és az új szolgáltatók befogadásának szabályairól. Magyar Közlöny, 2002/39. (III. 26.)
- 9/1993. (IV.2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről. Magyar Közlöny 1993. 38. szám. (IV.2.)
- Belicza É., Boján F. Teljesítmény mutatók a hazai fekvőbeteg gyógyintézetekben az 1993.július 1 – 1994. június 30. között elbocsátott betegek adatai alapján. EMIKK füzetek 6. szám, Debrecen, 1995.
- Bonczi I, Nagy J, Sebestyén A, Kőrösi L. Financing of health care services in Hungary. Eur J Health Econ, 2004, 5(3): 252-258.
- Bonczi I. An overview of the Hungarian healthcare. Hospital, 2005, 7(3): 41-42.
- Bonczi I., Dózsa Cs. Az egészségbiztosítási és egészségfinanszírozási rendszer változásai 1992-2002. MOTESZ Magazin, 2002, 11(4): 52-55.
- Bonczi I., Horváth B. (szerk.): Az egészségügyi menedzsment és gazdaságtan alapvonalai. főiskolai jegyzet, PTE EFK, Pécs, 2001.
- Bonczi I., Sebestyén A. Az egyetemek szerepe a progresszív betegellátás rendszerében. Orvosi Hetilap, 2003, 144(11):523-528.
- Bondár É. Mekkora a magyar egészségügyi kapacitás nemzetközi összehasonlításban? Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2000; 38(6): 617-635.
- Buda J. Betegségi biztosítás – Szemlények a társadalombiztosítás történetéből. főiskolai jegyzet. PTE, Pécs, 2001.
- Culyer A. J., Newhouse J. P. (edit.): Handbook of Health Economics. Elsevier Science. Amsterdam. 2000.
- Deppe, H.U. Oreskovic S. Back to Europe: Back to Bismarck? Int. J. Health Serv. 1996, 26 (4): 777-802.

21. Gaál P. Lényeges kérdések az egészségügy reformjában: a finanszírozói verseny. *IME: Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, 2007;6(1):8-12.
22. Getzen T. E. *Health Economics*. Wiley, New York, 2003.
23. Gulácsi L. (szerk.): *Egészség-gazdaságtan*. Medicina, Budapest, 2005.
24. Gulácsi L. *Klinikai kiválóság – Technológia elemzés az egészségügyben*. Springer, Debrecen, 1999.
25. Israeli A., Penchas S. Quantity in health care is not always a substitute for quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 1997, 10(1): 27-30.
26. Kincses Gy. A kórházi kapacitástervezés elvi problémái, lehetséges indikátorai. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 1995; 33(2): 153-160.
27. Kincses Gy. *Egészségpolitikai ábra-gyűjtemény*. Praxis Server Kft., 1996., Budapest
28. Klazinga N. *Quality management of medical specialist in The Netherlands*. Belvédère. Overveen, The Netherlands, 1996.
29. Kornai J. *Az egészségügy reformjáról*. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest, 1998.
30. Kornai J., Eggleston K. Egyéni választás és szolidaritás. Az egészségügy intézményi mechanizmusának reformja Kelet-Európában. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2004.
31. Kosztolányi Gy., Decsi T. (szerk.): *Bizonyítékokon alapuló orvoslás*. PTE ÁOK, Pécs, 2002.
32. Kovácsy Zs. *Egészségügyi jog*. Semmelweis Kiadó, Budapest (2008). 332-353.
33. Kroneman M., Nagy J. Introducing DRG-based financing in Hungary: a study into the relationship between supply of hospital beds and use of these beds under changing institutional circumstances. *Health Policy*, 2001, 55(1):19-36.
34. Mihályi P. *Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába*. Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém, 2003.
35. Orosz É. *Félúton vagy tévúton ? – Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái*. Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest, 2001.
36. Réthelyi M. *Szervezetek, vezetők*. SOTE Egyetemi Jegyzet, Budapest, 1997.
37. Rutten F.F.H., Busschbach J.J.V. How to define a basic package of health services for a tax funded or social insurance based health care system ? *Eur J Health Econ*, 2001, 2:45-6.
38. Sebestyén A., Boncz I., Dózsa Cs., Nyárády J. Trochantertáji törések ellátásának költségvizsgálata a műtéti eljárások és a progresszív ellátási szintek szerint finanszírozói szempontból. *Orvosi Hetilap*, 2004, 145(21): 1115-1121.
39. Szócska M. *A menedzsment alapjai*. in Kékes E. et al. (szerk.): *Egészségügyi informatika*. Budapest, Medicina, 2000.
40. Szócska M. *Változtatás-menedzsment, mint az érdekek integrálásának eszköze*. *Kórház*, 1999, 6(3): 26-29.
41. Szócska M., Réthelyi J.M., Normand C. *Managing healthcare reform in Hungary: Challenges and opportunities*. *British Medical Journal*, 2005, 331 (7510):231-233

6. EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI NYILVÁNTARTÁSOK

(GAJDÁCSINÉ HEGYES ENIKŐ)

A magyar társadalombiztosítás rendszere a bismarcki rendszeren alapul, emiatt a kockázatközösség az egyik fő jellemzője [1, 2]. Az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság Magyarországon nem az állampolgárságra épül, hanem a jogviszonyra. Azaz nem feltétlenül minden magyar állampolgár tartozik a társadalombiztosítás hatálya alá, és ugyanígy külföldi állampolgár viszont tartozhat. A járulékfizetés az alapja a jogosultságnak. Ennek a témának a „bibliája” a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény (továbbiakban: Tbj.) [3].

6.1. Az egészségbiztosítási jogviszony

Az alábbi személyek tartoznak a személyi hatály alá:

- **biztosított** az, aki valamilyen munkaviszony jellegű tevékenységet végez (pl. Munka törvénykönyve, KJT alapján, egyházi dolgozó), és aki után foglalkoztatója (egyéni vagy társas vállalkozás esetén saját maga) fizeti meg a társadalombiztosítási járulékot, aki egyben a jogviszony bejelentésére is kötelezett. A biztosított mind természetbeni, mind pedig pénzbeli ellátásokra is jogosult;
- a **jogosult** az, aki után a központi költségvetés teljesíti a járulékfizetést (pl. 18 éves kor alattiak, nappali tagozatos hallgatók, nyugdíjasok), és aki csak természetbeni ellátásokat vehet igénybe, pénzbeli ellátásokra nem jogosult;
- vannak a kötelező egészségügyi szolgáltatási **járulékfizetésre kötelezettek**. Ezen kör a NAV felé teljesít bejelentési kötelezettséget, fizeti az évente változó összegű kötelező egészségügyi szolgáltatási járulékot, és ezért szintén csak a természetbeni ellátások igénybevételére jogosult. Ide azok tartoznak, akik az eddig felsorolt jogosult jogcím egyikébe sem tartoznak, ugyanakkor legalább 1 éve magyarországi lakóhelyük van.
(belföldiség fogalma Tbj. 4.§ u.) pontja);
- a fenti körnél valamivel szűkebb körű **természetbeni ellátásra jogosult az**, aki a fenti jogosult körbe nem tartozik/tartozhat, de legalább szállásbejelentővel rendelkezik és a megyei kormányhivataloknál **megállapodást köt** a természetbeni egészségügyi ellátások igénybevételére. Az általa fizetett havi díj a mindenkori minimálbér felnőtt esetében 50, gyermek esetében 30%-a. A kvázi teljeskörű jogosultság csak a díjfizetés 6. hónapját követően áll be, azt megelőzően csak sürgősségi ellátásra jogosult.

1. táblázat. Biztosítottak átlagos száma (Forrás: OEP statisztika évkönyv 2013)

Év	Biztosítottak átlagos száma, ezer fő/hó	Biztosítottak lakónépességen belüli aránya, %
1995	4 232	41,0
1996	4 080	39,6
1997	3 889	37,8
1998	3 886	37,9
1999	3 818	37,3
2000	3 843	37,6
2001	3 836	37,7
2002	3 845	37,8
2003	3 900	38,5
2004	3 879	38,4
2005	3 881	38,5
2006	3 908	38,8
2007	3 904	38,8
2008	3 941	39,3
2009	3 809	38,0
2010	3 844	38,4
2011	3 893	39,1
2012	3 934	39,7
2013	3 947	39,9

A **nyilvántartási feladatok ellátása** az egységes és elkülönült egészségbiztosítás alaptevékenysége. Az egészségbiztosítási nyilvántartás egyedülálló, történetiséget is magában foglaló biztosított/jogosulti adatokat tartalmazó rendszer, amelynek fő funkciója az egészségbiztosítás ellátásaira való jogosultság közhiteles formában történő nyilvántartása. A biztosítottakra vonatkozó adatok, az Egészségbiztosítási Alap (továbbiakban: E. Alap) bevételeinek és kiadásainak tervezésénél, és a nemzetközi költségelszámolásoknál is fontos kiindulópontot jelentenek, így a pontos és egységes nyilvántartási rendszer az E. Alap védelmének elengedhetetlen eszköze.

Jogosultság igazolása

Az egészségbiztosítási szolgáltatásra való jogosultságot a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatónál az 1996 óta létező Társadalombiztosítási Azonosító Jelet megjelenítő Hatósági Igazolvánnyal, röviden TAJ kártyával igazoljuk. A TAJ kártya meglete azonban nem feltétlenül jelenti egyben a jogosultságot is, hiszen ehhez jogviszonynak, jogosultságnak is társulnia kell. 2007 tavasza óta jogszabály erejénél fogva orvos-beteg találkozó alkalmával a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatónak meg kell győződnie a beteg jogosultságáról. Ez a jogviszony ellenőrzés a szolgáltatók és az OEP közötti online kapcsolaton keresztül – OJOTE – valósul meg. Az OJOTE az OEP által vezetett közhiteles egészségügyi

2. táblázat. Egészségügyi szolgáltatásra jogosultak száma korcsoportos bontásban 2013. év végén (Forrás: OEP statisztika évkönyv 2013)

Korcsoport	Születési év	Egészségügyi szolgáltatásra jogosultak		ebből: külföldiek száma, ezer fő
		száma, ezer fő	megoszlása, %	
0–17 éves	1996–2013	1 735,6	18,3	10,4
18–22 éves	1991–1995	526,8	5,6	3,4
23–39 éves	1974–1990	2 245,5	23,7	39,5
40–61 éves	1952–1973	2 883,3	30,5	35,9
62 év felett	1951 és előtte	2 075,4	21,9	13,0
Összesen		9 466,7	100,0	102,2

nyilvántartásból „veszi” a jogviszonyra vonatkozó adatot. A kezelőorvos a lámpaszínek visszajelzése alapján tudja eldönteni, hogy az ellátásra a beteg jogosult-e. A jogviszony ellenőrzés alkalmával 4 **lámpaszínt** kaphat válaszul az egészségügyi szolgáltató:

zöld – érvényes TAJ szám, rendezett jogviszony
piros – érvényes TAJ szám, rendezetlen jogviszony
kék – érvénytelen TAJ szám, a beteg más államban biztosított
barna – érvénytelen TAJ szám, a beteg pl. külföldön letelepedett magyar

A térítésmentes ellátásra való jogosultságot az veheti igénybe közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatónál, aki zöld, vagy piros lámpával rendelkezik. A kék és barna „lámpások”, mivel érvénytelen a TAJ számuk, tekintve, hogy nem tartoznak a magyar társadalombiztosítás hatálya alá, térítést fizetnek a számukra nyújtott ellátásokért.

6.2. A legfontosabb egészségbiztosítási nyilvántartások

6.2.1. TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSI AZONOSÍTÓ JEL (TAJ)

A **Társadalombiztosítási Azonosító Jel** (köznapi elnevezése TAJ szám) bevezetésére 1996-ban került sor, mely alapvetően az egészségbiztosítás, a társadalombiztosítás és a szociális ellátás során használt kilenc számból álló azonosító, melyet az OEP képez [4, 5].

Magyarországon a bevezetést követően hivatalból TAJ számot kaptak mindazok, akik 1996-ban a személyi adat- és lakcímnnyilvántartás szerint belföldinek minősültek. Ezt követően:

- külön **igénylés nélkül**, hivatalból kap TAJ számot minden Magyarországon született lakóhellyel rendelkező újszülött, illetve

- b) **külön igénylés alapján** a magyar társadalombiztosítás hatálya alá tartozó biztosított vagy egészségügyi szolgáltatásra jogosult személy.

A **TAJ nyilvántartás** TAJ számhoz kötötten tartalmazza a TAJ számra jogosultak személyes adatait, lakcímét, bejelentett tartózkodási helyét, nemét, családi állapotát és a TAJ érvényességi állapotát, valamint mindezek változását kronológiai sorrendben. Továbbá az adatok változásához kapcsolódóan a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatalával való kapcsolatot, kódokat, dátumokat.

6.2.2. BSZJ-RENDSZER

A közhiteles egészségbiztosítási nyilvántartás adatkezelője az egészségbiztosítási szerv, melynek egyik alap nyilvántartása a **biztosított személyek jogviszonyait nyilvántartó – BSZJ – rendszer**. A BSZJ nyilvántartás az érintett személy jogviszonyait adott foglalkoztatóhoz/bejelentésre kötelezethez kapcsoltn tartja nyilván. A leírtakból kifolyólag is látszik milyen fontos, hogy lehetőleg naprakész, pontos adatokat tartsunk nyilván a foglalkoztatók/bejelentők adatait tároló és azonosító FOGLINFO rendszerben.

Az, hogy ki minősül foglalkoztatónak egy taxációs felsorolásban található a Tbj. vonatkozó rendelkezéseiben.

1. bármely jogi és természetes személy, egyéni vállalkozó, egyéb szervezet, költségvetés alapján gazdálkodó szerv, bármely személyi egyesülés, ha biztosítottat foglalkoztat,
2. a szakképzésről szóló törvényben meghatározott tanulószervezős alapján szakképző iskolai tanulmányokat folytató tanuló esetén a tanulószervezős megkötésére jogosult szervezet,
3. társas vállalkozó esetén a társas vállalkozás,
4. az álláskeresési járadékban, keresetpótló juttatásban, vállalkozói járadékban, valamint munkanélküli-járadékban, álláskeresést ösztönző juttatásban, nyugdíj előtti álláskeresési segélyben (a továbbiakban együtt: álláskeresési támogatás) részesülő, biztosítottnak minősülő személy esetén az ellátást folyósító szerv,
5. a gyermekgondozási segélyben, a gyermekgondozási díjban, a gyermeknevelési támogatásban, az ápolási díjban részesülő személyek esetében a segélyt, a támogatást, illetve a díjat folyósító szerv,
6. a Kincstár számfejtési körében a helyi önkormányzatok nettó finanszírozásának hatálya alá tartozó munkáltatók esetében a járulék megállapításával, bevallásával, megfizetésével, a nyilvántartással és adatszolgáltatással, valamint a biztosítottak bejelentésével összefüggő, a Tbj. és az adózás rendjéről szóló 2003. évi XCII. törvényben (továbbiakban: Art.) előírt kötelezettségek tekintetében a kincstár,
7. a munka törvénykönyvéről szóló 2012. évi I. törvény (a továbbiakban: Mt.) XVI. fejezete szerinti munkavégzés esetén – ha jogszabály másként nem rendelkezik – a kölcsönbeadó, [6]
8. több munkáltatóval létesített munkaviszony (Mt. 195. §) esetén az Art.-ban meghatározott munkáltató,
9. a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény szerinti munka-rehabilitáció (a továbbiakban: munka-rehabilitáció) keretében munka-rehabilitációs díjat folyósító szociális intézmény.

Tekintettel arra, hogy a magyar társadalombiztosítási rendszer egy bejelentésen alapuló rendszer, fontos tisztázni, hogy adott személy vonatkozásában ki is a bejelentésre kötelezett:

- A Tbj. 4. §-a szerinti foglalkoztató,
- az egyéni, illetve társas vállalkozó, az őstermelő, valamint
- a Tbj. 56/A. § (1) bekezdése szerinti foglalkoztatottak biztosítási kötelezettséggel járó jogviszonyaival összefüggő jogszabályban meghatározott nyilvántartás vezetési és bejelentési kötelezettségét a foglalkoztató az Art. szerinti képviselő útján, ennek hiányában – a biztosítás kezdetét megelőzően az állami adóhatóságnál történt bejelentkezés megtörténte esetén – közvetlenül saját maga teljesíti. Art. szerinti képviselő hiányában és az állami adóhatóságnál történt bejelentkezés elmulasztása esetén a foglalkoztatott természetes személy köteles a jogszabályban meghatározott nyilvántartás vezetésére és a biztosítási jogviszonyról bejelentést teljesíteni.

Hogyan és milyen adatokat kell bejelenteni a biztosítási jogviszonyról?

A Tbj. 44. § (3) bekezdése értelmében a foglalkoztató a biztosítási jogviszonnal kapcsolatos bejelentési kötelezettségét az Art. 16. §-ában foglaltaknak megfelelően az állami adóhatóságnak teljesíti. Az Art. 16. § szerint a munkáltató és a kifizető (ideértve a kiegészítő tevékenységet folytatót nem minősülő, a Tbj. – 4. § b) pontja szerinti egyéni vállalkozót, a biztosított mezőgazdasági őstermelőt, és a Tbj. 56/A. §-a szerinti kötelezettet saját biztosítási jogviszonya tekintetében) – adóazonosító és TAJ számának, nevének, elnevezésének, székhelyének, telephelyének, lakóhelyének, továbbá jogelődje nevének és adószámának közlésével – az illetékes elsőfokú állami adóhatóságnak elektronikus úton vagy az erre a célra rendszeresített nyomtatványon jelenti be, az általa foglalkoztatott biztosított családi és utónevét, születési idejét, adóazonosító jelét, a biztosítási jogviszonyának kezdetét, kódját, megszűnését, a biztosítás szünetelésének időtartamát, a heti munkaidejét, a FEOR-számát.

A bejelentést két alkalommal kell megtenni:

- a) a biztosítás kezdetére vonatkozóan a biztosítási jogviszony első napját megelőzően, de legkésőbb a biztosítási jogviszony első napján a foglalkoztatás megkezdése előtt, álláskereső támogatás esetén a támogatást megállapító határozat jogerőre emelkedését követő 10 napon belül, illetőleg ha a biztosítás elbírálására utólag kerül sor, legkésőbb a biztosítási kötelezettség megállapítását követő napon,
- b) a jogviszony megszűnését, a szünetelés kezdetét és befejezését követő 8 napon belül kell teljesíteni.

Az állami adóhatóság az Art. 16. § (4) és (4b) bekezdésben meghatározott, munkáltató vagy kifizető által elektronikus bejelentett adatokat azok beérkezését követően elektronikus úton haladéktalanul megküldi az egészségbiztosítás biztosított nyilvántartásának. A T1041 nyomtatványon teljesített munkáltatói, kifizetői bejelentéseket az állami adóhatóság soron kívül feldolgozza és elektronikus dokumentum formájában továbbítja az egészségbiztosítás biztosított nyilvántartása részére.

6.2.3. A BSZJ-HEZ KAPCSOLÓDÓ, „TÁRSNYILVÁNTARTÁS” A KÜLFI

A KÜLFI-ben az egészségbiztosítási nyilvántartás azon személyeket tartja nyilván, akik átmeneti időre külföldi biztosítottakká válna, és így ideiglenesen kikerülnek a magyar társadalombiztosítás hatálya alól, és egy másik ország biztosítottjaivá válnak.

- A nyilvántartás jogalapja: az 1997. évi LXXXIII. tv. (Eb.tv.) 80. § (5) bek.

Az a személy, aki európai uniós, EGT tagállamban vagy az egyezményes államban létesít biztosítási jogviszonyt (pl. munkát vállal) köteles a külföldön létrejött biztosítási jogviszonyát, illetve annak megszűnését a lakóhely szerint illetékes fővárosi/megyei kormányhivatalnál bejelenteni.

A külföldön létrejött biztosítási jogviszony bejelentését követően a fővárosi/megyei kormányhivatal intézkedik a TAJ ideiglenes érvénytelenítéséről (kék lámpa). A külföldi biztosítási jogviszony megszűnését követően az ügyfél köteles a magyarországi biztosítási jogviszonyát rendezni.

A **TAJ érvénytelenítéséről** a kormányhivatal levelet küld az ügyfél magyarországi lakó/tartózkodási helyére vagy levelezési címére.

A korábban kiadott Európai Egészségbiztosítási Kártya, a TAJ érvénytelenítését követően nem használható, azt vissza kell küldeni a lakóhely szerint illetékes fővárosi/megyei kormányhivatalnak, ahogy azt a kártya átvételekor az ügyfél írásban vállalta. A TAJ átmeneti – a külföldi biztosítási jogviszony fennállásáig – érvénytelensége természetesen kihatással van az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságban is. Ha a külföldön biztosított Magyarországon szeretne egészségügyi ellátást igénybe venni, akkor azt az alábbi módokon teheti meg:

1. az orvosilag szükséges ellátásokat a külföldi biztosító által kiállított Európai Egészségbiztosítási Kártyával,
2. tervezett ellátást a szintén külföldi biztosítója által kiadott uniós formanyomtatvány alapján, vagy
3. kifizeti az ellátás költségét.

6.2.4. JOBIR

A jogviszony ellenőrzés kapcsán már rögzítésre került néhány fontos elem a lámpaszínekhez kapcsolódóan. A JOBIR nyilvántartási rendszer ezen lámpaszínekhez szervesen kapcsolódik. Alapvető rendeltetése, hogy amennyiben a biztosított az **orvos-beteg találkozó alkalmával**, vagy ügyfélkapus saját jogosultságát ellenőrizve olyan bejegyzést, adatot talál, mely nem helytálló, lehetősége legyen a „helyzet tisztázására”. Amennyiben az orvosnál kap jelzést arról, hogy rendezetlen a jogviszonya (piros lámpa), kap a szolgáltatótól egy dokumentumot erről, melynek értelmében 15 napon belül el kell járnia jogviszonya vonatkozásában. Azoknak a személyeknek, akik ennek nem tesznek eleget, jogszabályi kötelezettségénél fogva az OEP átadja a TAJ számát – havi adatszolgáltatás keretében – a NAV-nak. Azért az állami adóhatóságnak, mert a vonatkozó jogszabály alapján a NAV a járulékkal kapcsolatos nyilvántartás vezetéséért felelős szerv, így a – feltehetőleg – elmaradt járulékfizetés is ennél a hatóságnál történik.

A **jogviszony rendezésére szolgál** – jogszabály által biztosított hivatalos eljárás – az ún. okirati eljárás. Ez egy kérelemre vagy hivatalból indítható folyamat, mely során az ügyfél által benyújtott do-

kumentumok alapján az egészségbiztosítási feladatokat ellátó szerv egyrészt az eljárás időtartamára „technikai zöld lámpát” ad a kérelmezőnek, illetve a hatósági eljárás során, a bejelentésre kötelezettől érkező jelentés alapján módosíthatja a BSZJ nyilvántartásban a jogviszonyt.

A kör így zárul, hiszen a már említett OJOTE rendszer a jogviszonyt nyilvántartó rendszerből szedi az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságot, így a legközelebbi be/lekérdezés alkalmával már a tényleges jogosultságnak megfelelő lámpaszín fog felvillanni.

6.2.5. MEGÁLL RENDSZER

A Tbj. jelenleg hatályos rendelkezései „gondolnak” arra a személyi körre is, akik Magyarországon sem keresőtevékenységet nem folytatnak (azaz nem biztosítottak), sem egyéb jogcímen nem jogosultak egészségügyi ellátásra (pl. nyugdíjas), és mivel a belföldiség fogalmának sem tesznek eleget, így kötelező egészségbiztosítási járulék megfizetésére sem tudnak bejelentkezni a NAV-hoz, ugyanakkor legalísan itt élnek, és jogosultságot szeretnének szerezni a természetbeni egészségügyi ellátások vonatkozásában. Ők egy polgárjogi szerződést, ún. megállapodást köthetnek a kormányhivatalok egészségbiztosítási pénztári feladatkörében eljáró főosztályaival a saját, valamint a vele együtt élő gyermeke egészségügyi szolgáltatásának biztosítására.

Az **egészségügyi szolgáltatásra jogosító megállapodást** kötő személyek és kedvezményezettek személyes adatait, a szerződés típusát, illetve a szerződéshez kapcsolódó folyószámla-adatokat egy 2000-ben indult informatikai alkalmazás a MEGÁLL rendszer tartalmazza.

A rendszer nyomon követi a mindenkor minimálbér változásait és az egyes személyek fizetési kötelezettségének teljesítését is.

A program biztosítja továbbá a megállapodás alapján közfinanszírozott egészségügyi ellátásra jogosultságot szerző személyek jogviszonyadatainak átadását a BSZJ rendszer felé. Az átadást követően a megállapodást kötő személyek jogviszonya rendezetté válik és az egészségügyi szolgáltató jogviszony ellenőrzése során „zöld lámpa” mellett vehetik igénybe a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatások meghatározott körét.

6.2.6. EFORM

Ezen közhiteles egészségbiztosítási nyilvántartási rendszernek az alábbi a kronológiája:

A 2000. évtől hatályba lépett Német–Magyar és Osztrák–Magyar **szociális biztonsági egyezmények** rendelkezéseinek végrehajtására került bevezetésre a **Migra alkalmazás**. Ez az alkalmazás alkalmas volt az egyezmények által előírt formanyomtatványok kezelésére, a különböző nyomtatványok bejegyzésével kapcsolatban keletkezett jogosultságok nyilvántartására, valamint az ezek alapján a jogosultságok alapján történő elszámolások kezelésére.

Magyarország 2004. évi Európai Unió csatlakozását követően a Migra alkalmazást egy új, a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló közösségi rendeletek végrehajtását célzó alkalmazás váltotta fel, az Eform. Ez az alkalmazás a vonatkozó uniós jogszabályok által meghatározott nyomtatványok és ügýtípusok mellett már a Horvátországgal, Bosznia Hercegovinával, Montenegróval és Szerbiával kötött szociális biztonsági egyezmények végrehajtását is támogatja.

A rendszer bevezetése óta folyamatosan, a felmerülő igényeknek megfelelően számos új funkcióval és modullal bővült. Az egyik ilyen modul az alkalmazandó jog megállapításával kapcsolatos nyilvántartás, amely a kiküldetéses időszakok nyilvántartásával, az időszakok összeszámításával biztosítja, hogy az irányadó jogszabályok által előírtaknak megfelelően kerüljenek kiállításra a megfelelő igazolások. A korábban említett egyezményeken felül az Eform kezeli még az Ausztráliával, Kanadával és Quebec-kel, Indiával, Mongóliával, valamint Dél-Koreával kötött egyezmények alapján, a kiküldetésre vonatkozó nyomtatványokat is. A jogosultság nyilvántartó modul kezeli azoknak az áttelepült nyugdíjasoknak és határ menti ingázó munkavállalóknak, valamint azok családtagjainak jogosultsági időszakait, akiknek nem a biztosításuk szerint illetékes tagállamban van az életvitelük központja. Ez a modul felelős továbbá Magyarországon kiadott **Európai Egészségbiztosítási Kártyák** alapján keletkezett jogosultságok nyilvántartásáért is. A külföldi tervezett gyógykezelés modul, szolgál a külföldön a közösségi rendeletek értelmében engedélyezett gyógykezelések valamint a határon átnyúló egészségügyi ellátásokra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló irányelv alapján igénybe vett ellátásokkal kapcsolatos engedélyek, és jogosultság igazolások nyilvántartására [7, 8]. A pénzügyi modulban kerülnek tárolásra és feldolgozásra az előző két modulban nyilvántartott jogosultságok alapján igénybe vett egészségügyi ellátások költségeinek megtérítésére vonatkozó adatok.

Az **Eform** alkalmazás számos más rendszerhez interfészen keresztül csatlakozik. Az **elektronikus ügyintézés** automatizált folyamatai kapcsolódnak egy iktatórendszerhez, valamint a Hivatali Kapuhoz. A jogosultság nyilvántartó modul a TAJ és BSZJ rendszerekhez, a külföldi gyógykezelés modul, a pénzügyi modul pedig más, az OEP kezelésében levő informatikai rendszerekhez kapcsolódik. Az Eform ügyviteli rendszerhez országosan mintegy 450 ügyintéző rendelkezik hozzáféréssel.

Az eddigiekben említett nyilvántartások közül a TAJ, a BSZJ és az EFORM **közhiteles nyilvántartások**, melyek vezetéséért a nyilvántartást vezető szerv – jelen esetben az OEP – felel. A közhitelesség jegyében az OEP számára kötelezettség, hogy a nyilvántartásaiban szereplő adatok valóságáért felelősséggel tartozik. Fontos megemlíteni, hogy ezen nyilvántartásokban szereplő adatok nagy része származtatott adat, azaz nem az OEP az elsődleges, primer adatgazda. Ilyen pl. a lakcím adatok, mely a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatal heti rendszerességgel érkező adatszolgáltatásán alapszik. Ilyen további primer adatgazda a Nemzeti Adó és Vámhivatal is. Az adatkapcsolat az OEP és egyéb hatóság nyilvántartásaival igen sokrétű, van, ahol online adatszolgáltatás valósul meg, ugyanakkor vannak olyan rendszerek, melyekkel az OEP csak hetente kommunikál. A jövőben komoly informatikai fejlesztések lennének kívánatosak, amely még inkább megfelelné azon elvárásnak, hogy az OEP a közhiteles nyilvántartásaiban bejegyzett, rögzített adatai naprakészek és validak legyenek.

Látható, hogy az egészségbiztosítási nyilvántartások egymással szoros összefüggésben álló rendszerek, melyek egymásra épülését számos más informatikai rendszer is támogatja. Tekintettel arra, hogy a magyar egészségügyi ellátórendszerben nyújtott ellátások alap pillére és elszámolási alapja is a TAJ, így érthető ezen nyilvántartások fontossága is.

A felsorolt és röviden bemutatott egészségbiztosítási nyilvántartásokba – hatósági eljárás, illetve jogszabályon alapuló bejelentés alapján – bejegyzést nemcsak az azt vezető OEP tehet, hanem a jelenlegi jogszabályi környezet által meghatározott esetekben a megyei/fővárosi kormányhivatal is. Ezen nyilvántartásokba történő bejegyzéshez kapcsolódó eljárások kétféle hatósági eljárások, ahol elsőfokon a területileg illetékes kormányhivatal, míg másodfokon az OEP jár el.

IRODALOM

1. Endrei D, Molics B, Ágoston I. Multicriteria Decision Analysis in the Reimbursement of New Medical Technologies: Real-World Experiences from Hungary. *Value Health*. 2014;17(4):487-9.
2. A társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény
3. 1996. évi XX. Törvény a személyazonosító jel helyébe lépő azonosítási módokról és az azonosító kódok használatáról
4. 122/1995. (XII. 22.) OGY határozat a személyazonosító jelre vonatkozó 46/1995. (VI. 30.) AB határozat következtében teendő intézkedésekről
5. A munka törvénykönyvéről szóló 2012. évi I. törvény
6. Endrei D, Hegedüs Zs, Traiber-Harth I, Decsi T, Gyuró M, Cs Horváth Z, Ágoston I. A PTE Klinikai Központ betegjogi gyakorlatának tapasztalatai. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, 2014; 13(1): 19-23.
7. Ágoston I. Az egészségügyi dolgozók felelősségi viszonyai és kártérítési kötelezettsége. *Nővér*, 2006;19(4): 17-25.

7. EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ELLENŐRZÉSEK ÁLTALÁNOS KÉRDÉSEI

(FARKAS KRISZTINA, CSÓR BARBARA, MOLNÁR ZOLTÁNNÉ, VARGA PÉTER,
GAJDÁCSI JÓZSEF, SEBESTYÉN ANDOR)

7.1. Az egészségbiztosító és az egészségügyi szolgáltatók szerződéses kapcsolata

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (továbbiakban: Ebtv.) alapján az egészségbiztosítás terhére igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások biztosítása az ellátásra jogosultak részére az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (továbbiakban: egészségbiztosító vagy OEP) által kötött szerződések keretében történik. [1] Az egészségügyi szolgáltatók és az egészségbiztosító között létrejött szerződések polgári jogi jogviszonyt létesítenek, az egészségbiztosító az ellenőrzések során, mint szerződő fél jár el. Az Ebtv. alapján az egészségbiztosító az alábbi típusú szerződéseket köti:

7.1.1. FINANSZÍROZÁSI SZERZŐDÉS

Az egészségbiztosító az egészségügyi szolgáltatások nyújtására finanszírozási szerződést köt az adott feladat ellátására jogosító működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltatóval. A **szerződő felek** – az egészségbiztosító, mint finanszírozó és az egészségügyi szolgáltatást nyújtó, mint szolgáltató – az alábbi egészségügyi szolgáltatások nyújtására és finanszírozására köthetnek szerződést:

- Háziiorvosi, házi gyermekorvosi ellátás;
- Háziiorvosi ügyeleti ellátás;
- Iskola-egészségügyi ellátás;
- Védőnői ellátás;
- Anyatejgyűjtő állomás fenntartás;
- Fogorvosi alapellátás;
- Otthoni szakápolás;
- Gyermekgyógyászati Mozgó Szakorvosi szolgáltatás; Nőgyógyászati Mozgó Szakorvosi szolgáltatás;
- Nemibeteg gondozás; Tüdőgondozás; Ideg (pszichiátriai) gondozás; Onkológiai gondozás; alkoholológiai és drog (addiktológiai) gondozás;
- Kórboncolás céljából végzett halottszállítás;
- Betegszállítás;
- Járóbeteg szakellátás;

- Fogorvosi szakellátás;
- Speciális diagnosztikai járóbeteg szakellátás (PET-CT);
- Aktív fekvőbeteg szakellátás;
- Krónikus fekvőbeteg szakellátás;
- Speciális finanszírozású fekvőbeteg szakellátás;
- Művesekezelés;
- Egyéb egészségügyi szolgáltatás.

Az Ebtv. meghatározza a **finanszírozási szerződés kötelező tartalmi elemeit**, amelyek a következők:

- a szolgáltatások szakmánkénti bontásban (a területi ellátási kötelezettség és a rendelkezésre állás megjelölésével),
- a finanszírozás szempontjából meghatározó feltételek,
- az egészségügyi szakellátásra történő beutalásra jogosult,
- a táppénzfizetés alapjául szolgáló keresőképeség elbírálásra, továbbá
- a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és ellátás támogatással történő rendelésére jogosult orvos adatai,
- az egészségügyi szolgáltató adatszolgáltatási kötelezettsége,
- a szerződés hatálya,
- a módosítására és felmondására vonatkozó rendelkezések,
- a szerződés megszegése esetén követendő eljárás,
- a szerződésszegésen alapuló igények érvényesítési rendje.

A finanszírozási szerződésben a szerződő felek feltüntetik továbbá, hogy az egészségügyi szolgáltató az adott szolgáltatást saját maga, vagy közreműködő egészségügyi szolgáltató igénybevételével nyújtja.

A finanszírozási szerződéssel rendelkező egészségügyi szolgáltató, amennyiben az adott egészségügyi szolgáltatás nyújtása során más szolgáltatót is igénybe vesz, a közreműködő egészségügyi szolgáltatóval közreműködői szerződést köt a szolgáltatás nyújtásának feltételeiről. A közreműködő szintén rendelkezik az adott egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedéllyel. Feladatát saját, vagy a közreműködőt igénybevevő szolgáltató eszközeivel biztosítja a közreműködői szerződésben meghatározott feltételek szerint.

A közreműködő, amennyiben az egészségbiztosító által finanszírozott egészségügyi szolgáltatások nyújtásában vesz részt, vagyis a közreműködői szerződéssel keresztül bekapcsolódik az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásába, abban az esetben a közreműködői szerződés a finanszírozási szerződés elválaszthatatlan részévé válik.

A finanszírozási szerződés előírja, hogy a közreműködői szerződésben garantálni kell a finanszírozó számára mindazokat a jogokat, amelyek a finanszírozási szerződés alapján az egészségügyi szolgáltatóval szemben a finanszírozót megilletik. Mindezek a finanszírozási szerződés szerint nem jelentik az egészségügyi szolgáltatási kötelezettségek átadását, a finanszírozóval szemben a harmadik fél tevékenységéért továbbra is a szolgáltató köteles helytállni.

A közreműködői szerződés kötelező tartalmi elemeit az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII.15.) Korm. rendelet írja elő. [2] A rendelet kitér arra, hogy a közreműködői szerződésben kötelezően rögzí-

teni kell – az egészségügyi közszolgáltatás keretében végzett közreműködés esetén – a közreműködő szolgáltatás elszámolásának szabályait, valamint a közreműködő együttműködési kötelezettségét és annak módját az egészségbiztosítási szerv által végzett ellenőrzések során.

7.1.2. ÁRTÁMOGATÁSI SZERZŐDÉS

Az egészségbiztosító gyógyszerárhoz nyújtott támogatással történő kiszolgáltatására, gyógyászati segédeszköz árhoz nyújtott támogatással történő forgalmazására, kölcsönzésére, javítására és amennyiben a gyártó az eszköz kiszolgáltatását is végzi, egyedi méretvétel alapján történő gyártására (a továbbiakban együtt: forgalmazás), valamint gyógyászati ellátás támogatással történő nyújtására szerződést köt a szolgáltatóval.

Az egészségbiztosító a hatósági bizonyítvánnyal rendelkező nem egészségügyi szolgáltatóval is köthet szerződést gyógyászati segédeszköz (egyedi méretvétel alapján) társadalombiztosítási támogatással történő gyártására, illetve ezen eszközök társadalombiztosítási támogatással történő javítására, továbbá szerződést köthet gyógyászati segédeszköz társadalombiztosítási támogatással történő javítására egészségügyi szolgáltatónak nem minősülő gyártóval és gyógyászati segédeszköz javítását végző szervezettel is.

7.1.3. VÉNYÍRÁSI SZERZŐDÉS

Az egészségbiztosító a nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosával gyógyszer, illetve gyógyászati segédeszköz támogatással történő rendelésére jogosító szerződést köt. Amennyiben az orvos gyógyászati ellátás rendelésére jogosult, gyógyászati ellátás támogatással történő rendelésére jogosító szerződést is köthet.

Az egészségbiztosító anyatej, gyógyszer, gyógyászati segédeszköz saját maga vagy a Ptk. szerinti hozzátartozója részére (pro familia) támogatással történő rendelésére jogosító szerződést köt az orvossal.

7.1.4. BEUTALÁSRA JOGOSÍTÓ SZERZŐDÉS

Az egészségbiztosító beutalásra jogosító szerződést köt azon intézményekkel, szervezetekkel, akiknek a feladatkörébe egészségügyi tevékenység végzése tartozik, és nincs az adott feladatra finanszírozási szerződése. A szerződéskötésre jogosultak körét jogszabály konkrétan megjelöli: a rendészetért felelős miniszter, valamint a katasztrófák elleni védekezésért felelős miniszter által vezetett és irányított szervek, a honvédelemért felelős miniszter irányítása és vezetése alá tartozó szervek, a büntetés-végrehajtás, az OEP ellenőrző főorvosi hálózata, a személyes gondoskodást nyújtó bentlakásos szociális intézmény, az országos sportegészségügyi hálózat, a Nemzeti Adó- és Vámhivatal.

A foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltatóval a biztosítottak foglalkozási megbetegedése és üzemi balesete miatt szükségessé vált járóbeteg-szakellátásokra történő beutalásra köti meg az egészségbiztosító a szerződést.

[Kapcsolódó szabályok: Ebtv. 30 – 33. §, 217/1997. (XII.1.) Korm. rendelet 2. §, 20/A §, 96/2003. (VII.15.) Korm. rendelet 12. §.]

7.2. Az egészségbiztosítási szakmai ellenőrzések jogi szabályozása

A **szerződések** meghatározzák a szerződés teljesítésének egészségbiztosító által végzett ellenőrzéseire vonatkozó szabályait – ezzel kapcsolatos jogokat és kötelezettségeket –, valamint a szerződésszegés jogkövetkezményeit. Előírják továbbá mind az egészségügyi szolgáltató, mind – a finanszírozási szerződés tekintetében – a közreműködő részére az együttműködési és adatszolgáltatási kötelezettséget az egészségbiztosító ellenőrzései során.

A **finanszírozási szerződés** tartalmazza, hogy az egészségbiztosító a hatályos jogszabályok alapján jogosult és egyben köteles ellenőrizni a szerződésben foglalt egészségügyi szolgáltatások szerződés szerinti teljesítését, különösen az egészségügyi szolgáltató nyilvántartási és adatszolgáltatási tevékenységének jogszabály és szerződésben szabályozottak szerinti teljesítését, az egészségbiztosító által finanszírozott szolgáltatások valódiságát és orvosszakmai indokoltságát, valamint bármely olyan körülményt, tény, vagy adatot, amely az Egészségbiztosítási Alap bevételét és kiadását érinti.

Az **ártámogatási szerződés** értelmében az egészségbiztosító szakmai ellenőrzésre jogosult és jogosított egészségügyi szakemberei (orvos, gyógyszerész, egészségügyi szakgyintéző) a kiadott szakmai, ellenőrzési eljárásrendek alapján ellenőrzik a szakmai szabályok szolgáltató általi betartását, egészségügyi adatok valódiságát, pontosságát, a gyógyszer és gyógyászati segédeszköz, valamint a gyógyászati ellátás támogatással történő kiszolgáltatására vonatkozó jogszabályi előírások megtartását és érvényesülését.

Az Ebtv. alapján az egészségbiztosító a szerződések teljesítésének ellenőrzése során jogosult:

- a szolgáltatásokhoz szükséges személyi és tárgyi feltételek vizsgálatára – ideértve a helyszíni ellenőrzést is –, a biztosított ellátására vonatkozó dokumentumokba és az elszámolás alapjául szolgáló nyilvántartásokba való betekintésre, a külön jogszabályban foglaltak szerint a biztosított vizsgálatára, a biztosított ellátása orvosszakmai indokoltságának felülvizsgálatára;
- ellenőrizni a finanszírozott egészségügyi szolgáltatások elszámolási rendjét, az elszámolások valódiságát, a folyósított pénzeszközök felhasználásának pénzügyi szabályszerűségét és elkülönítését;
- ellenőrizni az egészségügyi dokumentáció vezetésére, a beutalás rendjére, továbbá a támogatással rendelhető gyógyszer, gyógyászati segédeszköz rendelésére, készletben tartására, kiszolgáltatására és nyilvántartására, valamint gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátás támogatással történő rendelésére és nyújtására vonatkozó előírások megtartását, érvényesülését.

Összegezve, a jogszabályi előírások mellett a szerződésekben meghatározott feltételek, jogok és kötelezettségek rendszere határozza meg az egészségügyi szolgáltatók és a közreműködők működésének kereteit, valamint az egészségbiztosító feladatait és az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásához kapcsolódó ellenőrzések jogosultságát.

A szerződésekben foglaltak teljesítésének vizsgálatára az **egészségbiztosítási ellenőrzések** keretében kerül sor.

Az **orvosszakmai ellenőrzések** során az egészségbiztosító a finanszírozási szerződés, a vényírási szerződés, a gyógyászati ellátás támogatással történő rendelésére jogosító szerződés, a pro familia szerződés és a beutalásra jogosító szerződésben foglaltak, a **gyógyszerészsakmai ellenőrzés** során az ártámogatási szerződésben foglaltak teljesülését vizsgálja (továbbiakban együtt: egészségügyi szakmai ellenőrzés).

A finanszírozás keretében kapott összeg elkülönített kezelésének és a finanszírozási szerződésben foglalt feladatokra történő felhasználásának ellenőrzését az egészségbiztosító **pénzügyi ellenőrzések** keretében végzi.

Az egészségbiztosító a finanszírozási, illetve az ártámogatási szerződés megszűnését követően – 90 napon belül megindított – ún. **záró ellenőrzés** keretében jogosult ellenőrizni.

[Kapcsolódó szabályok: Ebtv. 36. §, Finanszírozási Alapszerződés, Ártámogatási ÁSZF]

7.3. Egészségügyi szakmai ellenőrzések

7.3.1. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI ELLENŐRZÉSEK CÉLJA, TÍPUSA

Az ellenőrzés – a kijelölt tárgykörben – mindenkor a tényeknek a követelményekhez, szabályokhoz való viszonya megállapítására és értékelésére irányul.

Az egészségügyi szakmai ellenőrzés **célja** az E. Alapból finanszírozott egészségügyi ellátások nyújtásával és igénybevételeivel felmerült eltérések, szabálytalanságok megállapítása, különös tekintettel az ellátórendszerben résztvevő egészségügyi szolgáltatók – a szolgáltatás nyújtására kötött – szerződéseiben foglaltak teljesítésére; az egészségügyi szolgáltatók teljesítmény jelentéseinek és elszámolásainak validitására; az E. Alap védelmében, a jogosulatlanul igénybevetett ellátások és támogatások megállapítására.

Az ellenőrzés **típusa** szerint lehet egészségügyi szakmai és komplex; **jellege** szerint folyamatba épített, valamint cél- vagy átfogó ellenőrzés, továbbá záró- illetve utóellenőrzés; **végrehajtásának helyszíne** szerint pedig hivatali, helyszíni, valamint vegyes lebonyolítású.

Az egészségügyi szakmai ellenőrzés orvosszakmai és gyógyszerészsakmai részből tevődik össze. Az **orvosszakmai ellenőrzés** keretében az Országos Egészségbiztosítási Pénztár ellenőrző (fő)orvosai, egészségügyi szakemberei ellenőrzik a finanszírozott egészségügyi szolgáltatások elszámolási rendjét, az elszámolások valódiságát, az egészségügyi dokumentáció vezetésére, a beutalás rendjére, továbbá a támogatással rendelhető gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátás támogatással történő rendelésére vonatkozó előírások megtartását, érvényesülését, a szolgáltatásokhoz szükséges személyi és tárgyi feltételek meglétét.

A **gyógyszerészsakmai ellenőrzésre** jogosult egészségügyi szakemberek (orvos, gyógyszerész, egészségügyi szakügyintéző) a kiadott szakmai, ellenőrzési eljárásrendek alapján ellenőrzik a szakmai szabályok szolgáltató általi betartását, a gyógyszer és gyógyászati segédeszköz, valamint a gyógyászati ellátás támogatással történő kiszolgáltatására vonatkozó jogszabályi előírások megtartását és érvényesülését.

A gyógyszerészszakmai ellenőrzés részét képezi a készletellenőrzés, mely során az ellenőrzésre jogosult szakemberek ellenőrzik a társadalombiztosítási támogatással rendelhető termékek egyéves leltáridőszakon belüli beszerzésére, készletváltozására és értékesítésére vonatkozó okmányokat, a társadalombiztosítási támogatással rendelhető termékek leltáradatait, a tényleges készlet összhangját a támogatás alapjául elszámolt vényekkel.

Komplex ellenőrzés keretében az orvosszakmai, a gyógyszerészszakmai, esetlegesen a pénzügyi ellenőrzés szempontrendszere kombinálva érvényesül.

Az egészségbiztosító az elszámolások fogadása során **folyamatba épített ellenőrzés** keretében informatikai eszközökkel vizsgálja a teljesítmény/forgalmi jelentés tartalmát és az elszámolás szabályszerűségét. A hibás tételeket hibalistára gyűjti, szükség szerint további ellenőrzést kezdeményez, a feldolgozásra alkalmatlan tételeket az elszámolásból kizárja.

A **céllenőrzés** valamely konkrét, egyedi téma, eset, feladat kivizsgálására, tisztázására irányul.

Az **átfogó ellenőrzés** felöleli az egészségügyi szolgáltató működésének teljes körét, a szakmai feladatellátást lényeges, jellemző összefüggésekben értékeli, melynek keretében a szolgáltatónál egy adott időszakra vonatkozóan valamennyi ellátásforma vizsgálatára sor kerül.

Az Ebtv. 38/C. § lehetővé teszi, hogy az egészségügyi szolgáltató finanszírozási és ártámogatási szerződésének megszűnése esetén az egészségbiztosító **záró ellenőrzést** végezzen, amelyet a szerződés megszűnését követő kilencven napon belül indíthat meg. A záró ellenőrzés tekintetében az Ebtv. szerződés teljesítésének ellenőrzésére vonatkozó szabályai alkalmazandók. A záró ellenőrzést követően az egészségbiztosító a szolgáltatótól kapott adatokat az esetleges elszámolásokkal kapcsolatos igényérvényesítés határidejének lejártáig, és kizárólag az igényérvényesítés elbírálásának érdekében kezelheti.

Az **utóellenőrzés** valamely előzőleg végrehajtott ellenőrzés megállapításai, javaslati alapján hozott intézkedések teljesítésének és azok hatásának vizsgálatát jelenti.

Az ellenőrzés helyszíne lehet az egészségbiztosító hivatalos helyisége (**hivatali ellenőrzés**). A **helyszíni ellenőrzés** végrehajtása a szolgáltató székhelyén, telephelyén, illetve a biztosított lakóhelyén történhet. Az ellenőrzés a végrehajtás helyszíne szerint **vegyes lebonyolítású** is lehet.

[Kapcsolódó szabályok: Ebtv. 36. §, 38. §, 38/C §, Ártámogatási ÁSZF]

7.3.2. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI ELLENŐRZÉS MENETE

Az egészségügyi szakmai ellenőrzéseket az OEP ellenőrző hálózatának orvos, gyógyszerész, egészségügyi felső- és középfokú végzettségű szakemberei végzik. Az ellenőrzések során az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezéseit kell alkalmazni.

Az egészségbiztosító ellenőrzési tevékenysége lehet tervszerű és eseti jellegű. Tervszerű ellenőrzésre ellenőrzési terv alapján kerül sor, amelyhez panaszok, közérdekű bejelentések kivizsgálása, hivatalos megkeresések teljesítése céljából, illetve elemzések hatására eseti jellegű, ad hoc ellenőrzések is kapcsolódnak.

Az **ellenőrzési terv** egy meghatározott időszakra vonatkozóan rögzíti az ellenőrzési feladatokat. Az ellenőrzési tervben kerül rögzítésre az ellenőrizendő feladat, az ellenőrzés témája, az ellenőrzendő

egészségügyi ellátás; ellenőrzések célja, típusa; mire irányul, milyen fő szempontok szerint folytatandó le, a vizsgált időszak.

Az ellenőrzési tervben foglaltak konkretizálása, részletes kifejtése az ellenőrzési **programban** történik, melyben az ellenőrzés tárgya, az ellenőrzendő egészségügyi szolgáltató megnevezése, az ellenőrzés jogszabályi alapja, az ellenőrzés célja, az ellenőrzendő időszak, az ellenőrzési cél teljesítéséhez szükséges részletes ellenőrzési feladatok, szempontok, az ellenőrzés módszere, a vizsgálatvezető, az ellenőrök neve, az ellenőrzés végrehajtási szakaszainak ütemezése, határideje kerül meghatározásra. Az ellenőrzést végző szakemberek az ellenőrzési feladatok végrehajtása során a programban foglaltak szerint kötelesek eljárni, attól önhatalmúan nem térhetnek el. A felelősségük csak azokra a feladatokra, szempontokra terjed ki, amelyek ellenőrzésével megbízták őket.

Az ellenőrzést végző szakembereket **megbízólevél**lel kell ellátni. A megbízólevél az ellenőrzött szerv részére igazolja (hitelesíti) az ellenőr felhatalmazását és ebből következően jogosultságát az ellenőrzés elvégzésére. A megbízólevél tartalmának összhangban kell lennie az ellenőrzési programmal.

Az **ellenőrzés előkészítésének** szerves része az ellenőrzést végző felkészülése az ellenőrzés végrehajtására. A felkészülés magába foglalja a vizsgálandó feladatra, szolgáltatóra vonatkozó adat- és információgyűjtést, elemzést, továbbá az ellenőrzött ellátást szabályozó normák (jogszabály, szerződés, szakmai szabályok) megismerését.

Az ellenőrzendő egészségügyi szolgáltató vezetőjét az ellenőrzésről **értesíteni** kell. Ez azt a célt szolgálja, hogy az ellenőrzött fel tudjon készülni a vizsgálatra és ezúton segítse az ellenőrzés végrehajtását, valamint a saját munkavégzésének ütemezését a zavartalan betegellátás érdekében. Az előzetes értesítéstől el lehet tekinteni, ha a rendelkezésre álló adatok szerint ez az ellenőrzés eredményességét meghiúsítaná.

7.3.3. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI ELLENŐRZÉSBN RÉSZTVEVŐK JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI

Az ellenőrzést végző szakember a tényállás megállapítása céljából az egészségügyi szolgáltatót a biztosított ellátásával kapcsolatos valamennyi dokumentum (kórlap, lázlap, vizsgálati eredmények, a beavatkozások megtörténtét rögzítő adatok ...), az elszámolás alapjául szolgáló nyilvántartás, okirat vagy más irat bemutatására szólíthatja fel. A dokumentumokba betekinthez, azokról másolatot, kivonatot készíthet.

Az ellenőrzést végző személy az ellenőrzés megkezdésekor jogosultságát a részére kiadott érvényes ellenőri igazolvány, megbízólevél felmutatásával igazolja, a szolgáltató vezetőjét az ellenőrzésről és annak célkitűzéseiről tájékoztatja, eleget tesz a szerződésekben és a jogszabályokban meghatározott adatvédelmi kötelezettségnek.

Az egészségbiztosító a helyszíni ellenőrzést a Szolgáltató, vagy képviselőjének jelenlétében úgy folytatja le, hogy az a szerződött szolgáltatás nyújtását a lehető legkisebb mértékben akadályozza.

Az egészségbiztosító az ellenőrzési tevékenységéhez szükség szerint – az ellenőrökkel azonos jogosultságokkal és kötelezettségekkel rendelkező – szakértőket vehet igénybe.

Az ellenőrzés lefolytatása során az **egészségügyi szolgáltatónak joga** van ahhoz, hogy az eljárás során írásban vagy szóban nyilatkozatot tegyen.

A **Szolgáltató köteles** az egészségbiztosító által írásban kért iratokat és dokumentációkat határidőre megküldeni, az ellenőrzés során együttműködni, elősegíteni az ellenőrzés végrehajtását, szóban vagy írásban megadni a kért tájékoztatást, felvilágosítást, nyilatkozatot, biztosítani a betekintést a dokumentációkba.

A **biztosítottnak joga** van ahhoz, hogy az eljárás során írásban vagy szóban nyilatkozatot tegyen. Az egészségbiztosító a biztosított lakóhelyén, tartózkodási helyén – az adatvédelemre vonatkozó jogszabályi rendelkezések figyelembevételével – a biztosított személyes adataira és egészségügyi adataira vonatkozóan adategyeztetést kezdeményezhet, helyszíni ellenőrzést végezhet. Az adategyeztetésen az egészségbiztosító képviselőjén túl kizárólag az érintett biztosított, valamint az általa erre felhatalmazott személy vehet részt. A biztosítottnak az adategyeztetésen közreműködési **kötelezettsége** van.

[Kapcsolódó szabályok: Ebtv. 36. §, 38/B. §, Finanszírozási Alapszerződés, Ártámogatási ÁSZF]

7.3.4. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI ELLENŐRZÉSEK TARTALMA

Az ellenőrzések célja, hogy meghatározott szempontok alapján az ellenőrzést végzők megállapítást tegyenek, illetve alakítsanak ki. A megállapításoknak objektíveknek és bizonyítékokkal alátámasztottnak kell lenniük. A megállapítások dokumentációval, nyilatkozattal alátámasztott tények és a szerződésben, jogszabályokban, szakmai szabályokban (protokollokban) rögzített követelmények, feltételek összevetéséből, szembeállításából, vizsgálatából tevődnek össze.

7.3.5. AZ ELLENŐRZÉSEK MEGÁLLAPÍTÁSAINAK ÍRÁSBA FOGLALÁSA, A JEGYZŐKÖNYV

Az ellenőrzés megállapításait, eredményét, következtetéseit, illetve javaslatait minden esetben írásba kell foglalni. Az írásba foglalás célját és egyben jelentőségét az adja, hogy ez szolgál alapjául minden további intézkedésnek, eljárásnak. Az írásba foglalás formája a **jegyzőkönyv**.

A jegyzőkönyv lezárása a felek aláírásával történik meg, ennek keretében a szolgáltató a jegyzőkönyv részeként nyilatkozik arról, hogy kíván-e észrevételt tenni a kézhezvételt követő 8 napon belül. Amennyiben a szolgáltató a megjelölt határidőben a jegyzőkönyvben foglaltakra nem nyilatkozik, úgy az a jegyzőkönyv megállapításainak tudomásul vételét jelenti. Amennyiben a szolgáltató a jegyzőkönyv megállapításait vitatja, jogosult szakértőket igénybe venni, s a jegyzőkönyv kézhezvételétől számított 15 napon belül írásban egyeztetést kezdeményezni. Az egyeztetést a felek kötelesek 30 napon belül lefolytatni.

A jegyzőkönyvnek vannak tartalmi, alaki követelményei. Az ellenőrzési jegyzőkönyvnek tartalmaznia kell: a készítés dátumát és helyszínét, az ellenőrzés időtartamát, az ellenőrzött szolgáltató adatait, az ellenőrzésben résztvevők adatait, az ellenőrzött szolgáltató részéről jelen lévő személy adatait, az ellenőrzés tárgyát, az ellenőrzött időszakot, az ellenőrzött tételek számát, az ellenőrzés megállapításait, az E. Alapból jogalap nélkül finanszírozott ellátások, valamint a jogalap nélkül elszámolt társadalombiztosítási támogatások tételes felsorolását, a megállapított szankciót, vonatkozó jogszabályi rendelkezéseket, az ellenőrzött egység vezetőjének (képviselőjének) véleményét, észrevételét, a szolgáltató 8 napon belüli észrevételezési lehetőségét, aláírást és pecsétet mindkét fél részéről.

[Kapcsolódó szabályok: Finanszírozási Alapszerződés, Ártámogatási ÁSZF]

7.3.6. Az egészségügyi szakmai ellenőrzések jogkövetkezményei

A Szolgáltató ellenőrzéséhez kapcsolódó együttműködési és adatszolgáltatási kötelezettségének megszegéséhez és az ellenőrzés során feltárt hiányosságokhoz az Ebtv. és a szerződések jogkövetkezményeket fűznek.

7.3.6.1. Az együttműködési és az adatszolgáltatási kötelezettség megszegésének jogkövetkezményei

Ha az egészségügyi szolgáltató vagy annak közreműködője az egészségbiztosító ellenőrzése során együttműködési, illetve adatszolgáltatási kötelezettségének felhívás ellenére sem tesz eleget, vagy az ellenőrzés lefolytatását akadályozza, akkor az egészségbiztosító jogosult a finanszírozási összeget vagy annak az ellenőrzés tárgyára elkülöníthető részét mindaddig visszatartani, ameddig az egészségügyi szolgáltató vagy annak közreműködője kötelezettségének eleget nem tesz.

A záró ellenőrzések során, amennyiben az ellenőrzött egészségügyi szolgáltató nem biztosítja az ellenőrzés elvégzéséhez az e törvény és a végrehajtására kiadott jogszabály szerint szükséges adatokat, a szolgáltató köteles az ellenőrzés tárgyát képező időszak alatt részére folyósított finanszírozási összeg egészségbiztosító által meghatározott részét visszatéríteni.

7.3.6.2. Az egészségügyi szakmai ellenőrzések megállapításainak jogkövetkezményei

Az ellenőrzés során feltárt hiányosságokhoz kapcsolódó jogkövetkezmények lehetnek: figyelmeztetés, finanszírozási összeg/társadalombiztosítási támogatás megtérítettése, biztosított által – a neki felróható módon – jogalap nélkül igénybe vett társadalombiztosítási támogatás megtérítettése, utóellenőrzés, szerződés felmondása/felfüggesztése, társhatóságok tájékoztatása, büntető feljelentés megtétele.

a) Figyelmeztetés

Az egészségbiztosító a feltárt hiányosságok megszüntetésére a szolgáltatót felszólítja.

b) A finanszírozási összeg/társadalombiztosítási támogatás megtérítettése

A szolgáltató megtéríti az elszámolt ellátás finanszírozási összegének, a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátás után folyósított társadalombiztosítási támogatás összegének az Ebtv.-ben meghatározott, a szabályszerűség súlyától és módjától függő mértékét, amennyiben az egészségbiztosító az ellenőrzése során a szerződött szolgáltatások nyújtásában és elszámolásában a hatályos jogszabályok és szakmai, orvos-szakmai előírások megszegését állapítja meg.

A szolgáltató megtéríti a jogosulatlanul rendelt gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátás után folyósított társadalombiztosítási támogatáson túl a közgyógyellátás jogcímen finanszírozott összeget is, amennyiben a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátás jogosulatlan rendelése közgyógyellátás jogcímen történt.

Ha megállapításra kerül, hogy a szolgáltató, forgalmazó, ellátást nyújtó a közgyógyellátásra vonatkozó szabályokat megszegte, az elszámolt támogatás összegén túlmenően a közgyógyellátás jogcímcsoport előírányatból finanszírozott összeg is visszatéríti.

Ha az egészségbiztosító az ellenőrzés során megállapítja, hogy az egészségügyi szolgáltató a finanszírozási szerződés szerinti, vagy más forrásból megtérülő, vagy el nem végzett ellátásért a biztosítottnal térítési díjat fizetett, kötelezi az egészségügyi szolgáltatót a térítési díjnak a biztosított részére történő visszafizetésére.

Az Ebtv. 2011. január 1-től a szabályszegés súlyától függő, differenciált szankciórendszert vezetett be (1. táblázat., 2. táblázat.)

1. táblázat. A jogalap nélkül igénybe vett finanszírozási összeggel kapcsolatos megtérítés szabályai (Ebtv. 37. § alapján)

Jogalap nélkül finanszírozott ellátások	A szankció mértéke a jogalap nélkül elszámolt finanszírozási összeg			
	150%-a	100%-a	20%-a	Jogcímek közötti különbszet
Szerződésben nem szereplő ellátás	x			
El nem végzett ellátás	x			
Indokolatlan ellátás		x		
Más forrásból megtérülő ellátás		x		
Nem a hatályos jogszabályoknak megfelelően nyújtott ellátás		x		
Orvosszakmailag indokolt, de nem a hatályos jogszabályoknak megfelelően elszámolt ellátás			x	
Nem megfelelő jogcímen elszámolt ellátás				x

A szolgáltató a megtérítendő finanszírozás/társadalombiztosítási támogatás összege után a fizetési kötelezettség megállapításakor érvényes jegybanki alapkamat kétszeresét is köteles megfizetni, amennyiben a kamat összege meghaladja az 1.000 forintot. (Kivéve, amikor a szankció mértéke 150%).

A követelést az egészségbiztosító jogosult az igénybe vett finanszírozás, illetve az ártámogatás folyósítását követő öt éven belül a finanszírozás/támogatás elszámolása során is érvényesíteni. Amennyiben a követelést nincs lehetőség az elszámolás során érvényesíteni (pl. szerződés megszűnt), úgy a megtérítendő összeget, fizetési felszólítás kibocsátását követően, az egészségbiztosító bankszámlájára kell befizetni.

A szolgáltató működőképességének fenntartása érdekében egyenlő részletben történő levonást, illetve részletfizetést kezdeményezhet. A szolgáltató fizetési kötelezettségének részletekben történő teljesítéséről külön megállapodást köt az egészségbiztosítóval.

A szolgáltató, amennyiben a megtérítési kötelezettségének a megjelölt határidőn belül nem tesz eleget, az egészségbiztosító a fizetési meghagyásos eljárásról szóló 2009. évi L. törvény előírása szerinti, vagy a polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvényben foglaltak alapján polgári peres, illetve nem-peres eljárást kezdeményez. [3]

2. táblázat. A jogalap nélkül rendelt és igénybe vett gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátás után folyósított társadalombiztosítási támogatás megtérítésének szabályai (Ebtv. 37. és 38. § alapján)

Jogalap nélkül igénybe vett társadalombiztosítási támogatás	A szankció mértéke a jogalap nélkül igénybevett társadalombiztosítási támogatás			
	150%-a	100%-a	20%-a	Jogcímek közötti különbség
Szerződésben nem szereplő ellátás során igénybe vett	x			
El nem végzett ellátás során igénybe vett	x			
Valótlan mennyiség esetén igénybe vett	x			
Indokolatlanul rendelt ellátás során igénybe vett		x		
Más forrásból megtérülő ellátás során igénybe vett		x		
Gyógyszertár, gyógyászati segédeszköz forgalmazó, gyógyászati ellátást nyújtó részéről jogalap nélkül igénybevett		x		
Nem a hatályos jogszabályoknak megfelelően, de orvos szakmailag indokolt és szükséges ellátás során igénybe vett			x	
Nem megfelelő jogcímen igénybe vett				x

c) Szerződés felmondása/ felfüggesztése

Az egészségügyi szolgáltató megtérítési kötelezettsége, amennyiben a jogosulatlanul igénybe vett finanszírozás összeg vonatkozásában meghaladja az ellenőrzött időszak alatt az egészségügyi szolgáltatónak járó teljes finanszírozási összeg húsz százalékát, az egészségbiztosító a **finanszírozási szerződést felmondhatja**.

A **vényírási szerződésben** foglaltak teljesülésének ellenőrzése során megállapított megtérítési kötelezettség összege amennyiben meghaladja a tárgyhónapban a 217/1997. (XII.1.) Korm. rendeletben meghatározott mértéket, a támogatással történő rendelkezésre való jogosultságot – a megtérítési kötelezettség érvényesítése mellett – legfeljebb egy évre **fel kell függeszteni vagy fel kell mondani**, és a szerződés megszűnésétől számított legalább egy, legfeljebb három évig az érintett orvossal vényírási szerződés nem köthető.

Az **ártámogatási szerződésben** foglaltak teljesülésének ellenőrzése során amennyiben a kiszolgáltató, forgalmazó vagy az ellátást nyújtó a támogatás elszámolására vonatkozó előírásokat megszegi, vagy két éven belül ismételt megszegi, és az előírások megszegése vagy a két év időtartamon belül az előírások ismételt megszegése következtében kifizetett támogatás összege meghaladja a 217/1997. (XII.1.) Korm. rendeletben foglalt mértéket, a támogatással történő kiszolgáltatásra, forgalmazásra, illetve ellátás nyújtására jogosító szerződést az egészségbiztosító **felmondja**. Az érintett egészségügyi szolgáltatóval új ártámogatási szerződés a szerződés megszűnésétől számított egy évig nem köthető. Nem köthető továbbá a szerződés megszűnésétől számított egy éven belül olyan egészségügyi szolgáltatóval sem szerződés, amelyben a felmondással érintett egészségügyi szolgáltató tagja vagy vezető tisztségviselője tag vagy vezető tisztségviselő.

Az egészségbiztosító amennyiben az általa végzett ellenőrzés során az **egyedi méretvétel alapján rendelkezésre készített gyógyászati segédeszköz** vonatkozásában olyan hibás teljesítést állapít meg, amely szavatossági igény érvényesítésével nem szüntethető meg, és a gyógyászati segédeszköz készítéséért elszámolt támogatás összege meghaladja a 217/1997. (XII.1.) Korm. rendeletben meghatározott mértéket, akkor a társadalombiztosítási támogatás elszámolására vonatkozó **szerződést** azonnali hatállyal **fel kell mondani**.

d) Tájékoztatás

Az egészségbiztosító az ellenőrzés megállapításairól és javaslatairól tájékoztatja a finanszírozott szolgáltató fenntartóját/tulajdonosát; amennyiben az ellenőrzés során a szakmai előírások be nem tartását állapítja meg, erről tájékoztatja a szakmai felügyeletet ellátó szervet.

e) Büntető feljelentés

Az egészségbiztosító feljelentést tesz a hatáskörrel és illetékességgel rendelkező nyomozóhatóságnál, ha az ellenőrzése során bűncselekmény gyanúját észleli.

[Kapcsolódó szabályok: Ebtv. 36-38/C, 68/B §, 2009. évi L. törvény, 1952. évi III. törvény, Finanszírozási Alapszerződés, Ártámogatási ÁSZF]

7.4. Az orvosszakmai ellenőrzések főbb szempontjai

Az ellenőrzések főbb szempontjait képezi az egészségügyi szolgáltatásokhoz szükséges személyi és tárgyi feltételek megléte, a szolgáltató nyilvántartási és adatszolgáltatási tevékenységének szabályszerűsége, az egészségügyi dokumentáció összhangja a finanszírozásra jelentett adatokkal, a beutalás rendjének szabályszerűsége, a szolgáltatások valóságos és orvosszakmai indokoltága.

Az **egészségügyi dokumentáció** tartalmazza a beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatokat, melyet úgy kell vezetni, hogy a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát. Az egészségügyi dokumentációban fel kell tüntetni a beteg személyazonosító adatait, az értesítendő személy nevét, lakcímét, elérhetőségét, a kórelőzményt, a kórtörténetet, az első vizsgálat eredményét, a diagnózist és a gyógykezelési tervet megalapozó vizsgálati eredményeket, a vizsgálatok elvégzésének időpontját, az ellátást indokoló betegség megnevezését és a kialakulásának alapjául szolgáló betegséget, a kísérőbetegségeket és szövődményeket, a kockázati tényezők megnevezését, az elvégzett beavatkozások idejét, leírását és azok eredményét, a felhasznált beépített eszközöket, a gyógyszeres és egyéb terápiát és eredményét, a beteg gyógyszer-túlérzékenységre vonatkozó adatait, a bejegyzést tévő egészségügyi dolgozó nevét és a bejegyzés időpontját, a betegnek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítését, a beleegyezés és visszautasítás tényét és ezek időpontját, valamint minden olyan egyéb adatot és tény, amely a beteg gyógyulására befolyással lehet.

A szolgáltatóknak az általa ellátott betegekről, illetve a nyújtott ellátásokról az elszámoláshoz előírt nyilvántartásokat kell vezetni. Az E. Alapból finanszírozott szolgáltatások biztosítása során az igénybevevő egészségi állapotának és a szakmai előírásoknak megfelelően nyújtott, egységesen dokumentált és a ténylegesen teljesített egészségügyi ellátások jelenthetők és számolhatók el finanszírozás céljá-

ból. A szolgáltató az adatokat az adatkezelési előírások szerint tartja nyilván, és a finanszírozás céljából megküldött adatok valódiságáért felel.

A biztosított betegsége esetén jogosult járóbeteg-szakellátás keretében történő vizsgálatra, gyógykezelésre, ideértve a felhasznált gyógyszert, kötszert is, továbbá a gyógykezeléséhez szükséges orvosi szakvéleményre, gondozásra és a keresőképességének elbírálására is.

A biztosítottat ahhoz a progresszivitási szintnek megfelelő járóbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatóhoz, illetve abba a fekvőbeteg-gyógyintézetbe kell beutalni, amelyik ellátási területéhez a beutaló szerinti ellátás tekintetében a biztosított bejelentett lakóhelye, vagy a biztosított bejelentett tartózkodási helye, vagy a beutaló orvos háziorvos telephelye tartozik.

A **beutalónak** tartalmaznia kell a beutaló orvos és munkahelyének azonosítására szolgáló adatot (megnevezés, kód), a biztosított nevét és TAJ-számát, a felkért szolgáltató nevét és intézményi azonosító kódját, a beutalást azonosító naplósorszámot, a beteg rövid kórelőzményét, a beutaló diagnózis szöveges leírását és kódját, a területi ellátási kötelezettséget, valamint a kiállítás dátumát.

A biztosított orvosi **beutaló nélkül is jogosult igénybe venni** szakorvosi rendelő által nyújtott bőrgyógyászati, nőgyógyászati és gyermek-nőgyógyászati, urológiai, pszichiátriai és addiktológiai, fül-, orr-, gégészeti, valamint csecsemő- és gyermek fül-orr-gégészeti, szemészeti és gyermekszemészeti, általános sebészeti, baleseti sebészeti és onkológiai szakellátást. A többi szakrendelés esetében a biztosítottat többek között háziorvos, házi gyermekorvos, fogorvos, járóbeteg-szakellátás orvosa, iskola- és ifjúság-egészségügyi szolgálat orvosa, a rendészetért, honvédelemért felelős miniszterek által vezetett és irányított szervek orvosa, büntetés-végrehajtás orvosa, Nemzeti Adó- és Vámhivatal orvosa utalhatja be.

A továbbiakban a fekvőbeteg-szakellátás, járóbeteg-szakellátás, háziorvosi ellátás, otthoni szakápolás és betegszállítás orvos-szakmai ellenőrzésekkel összefüggő dokumentumai, illetve egyes specifikus ellenőrzési szempontjai kerülnek bemutatásra.

[Kapcsolódó szabályok: Eütv. 136. §, 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet, 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet, 1997. évi LXXXIII. törvény 13. §]

7.4.1. FEKVŐBETEG-SZAKELLÁTÁS

Az általános fekvőbeteg-szakellátás a beteg fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátása, melynek igénybevétele a beteg kezelőorvosa vagy más arra feljogosított személy beutalása alapján történik.

Az ellátás lehet folyamatos benntartózkodás mellett végzett diagnosztikai, gyógykezelési, rehabilitációs, ápolási célú fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás, vagy meghatározott napszakokban (nappali ellátások) történő ellátás, illetve olyan egyszeri (egynapos ellátások) vagy kúraszerű beavatkozás, amelyet követően megfigyelés szükséges és szükség esetén további azonnali egészségügyi ellátás biztosítható.

A fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás keretében a biztosított jogosult betegsége megállapításához szükséges vizsgálatokra, az orvos előírása szerinti gyógykezelésre (műtéti beavatkozások, felhasznált gyógyászati anyagok, protetikai eszközök, gyógyszerek, vérkészítmények, kötszerek, ideiglenes gyógyászati segédeszközök...stb) és gyógyászati ellátásra, gyógyászati segédeszköz használatának betanítására, gyógykezeléséhez szükséges ápolásra, szakápolásra, életvezetési tanácsadásra, étkezésre és megfelelő színvonalú elhelyezésre is.

[Kapcsolódó szabály: Eütv. 91. §, Ebtv.14. §]

3. Táblázat. Ellenőrzési pontok a kórházi ápolási eset adatlapja alapján (43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 14. számú melléklete alapján)

Ellátó intézményi adatok	Kórház neve, osztály neve és kódja, Ellátás térítési kategóriája
Betegre vonatkozó adatok	Személyazonosító jel, törzsszám, beteg neve, anyja neve, születési dátuma, neme, lakcíme és típusa,
Beutalásra vonatkozó adatok	Beutaló orvos munkahelyének azonosítója, beutaló orvos kódja, beutalást megalapozó ellátást igazoló adat,
Osztályos felvétel jellemzői	Jellege: más intézetből át vagy visszahelyezve, intézményen belüli felvétel, háziorvos beutalta, más intézet vagy saját járóbeteg-szakellátó munkahelye beutalta, beutaló nélkül érkezett, mentő hozta, visszarendelés...stb. Típusa: sürgős ellátás, nem sürgős ellátás, egynapos ellátás, kúraszerű ellátás, aktív ellátás krónikus osztályon, pszichiátriai ellátás, rehabilitációs ellátás stb. Időpontja (óra perc)
Távozás jellemzői	Időpontja (óra)
Beteg további sorsa	Belső kórházi áthelyezés, más fekvőbeteg gyógyintézetbe történő áthelyezés, otthonába bocsátott beteg, meghalt, szociális otthonba távozott beteg...stb.
Diagnózisok adatai	Diagnózisok típusa: ápolást indokló fődiagnózis alapjául szolgáló betegség, áthelyezést indokló fődiagnózis, ápolást indokló fődiagnózis, szövődmény, kísérő betegség, halál közvetlen oka, kórbonctani kísérő betegség Diagnózisok kódja (betegség kódolása BNO 10, illetve FNO szerint) Diagnózisok oldalisága: bal oldali szerv, jobb oldali szerv, mindkét oldalon lévő szerv, az oldaliság nem értelmezhető
Beavatkozások adatai	Intézet/osztály azonosítója, szakmakód Beavatkozás kezdési időpontja, óra, perc pontossággal Beavatkozás jellege: akut beavatkozás, választott időpontban végzett beavatkozás, daganatellenes terápiás kezelés protokoll alapján...stb. Nosocomiális környezet: aszeptikus környezet, szeptikus környezet, nem értelmezhető Sebgyógyulás: sebgyógyulás per primam intentionem, nem fertőzött seroma, haematoma, sebgennyesedés, varrat insufficiencia, folyamatban levő, zavartalanul gyógyuló seb elbocsátáskor Nosocomiális fertőzés: történt, nem történt Anesztézia technikája (OENO kódok) Beavatkozás típusa: kórházi ápolást indokló fődiagnózis miatt végzett beavatkozás, kórházi ápolást indokló fődiagnózis miatti további beavatkozás, kísérő betegség miatt végzett beavatkozás, szövődmény miatt végzett beavatkozás, donorból történő szervkivétel, kórház által vásárolt, de tételesen finanszírozott beépített anyag, implantátum, beteg által vásárolt implantátum, tételesen finanszírozott beépített anyag, implantátum, promóciós implantátum...stb. Beavatkozások kódja: műtét vagy beavatkozás OENO kódja Beavatkozások oldalisága: bal oldali beavatkozás, jobb oldali beavatkozás, mindkét oldalon végzett beavatkozás, oldaliság nem értelmezhető Elvégzett beavatkozás darabszáma

Ellenőrzött dokumentumok: kórlap, zárójelentés, dekurzus, lázlap, ápolási dokumentáció, leletek (labor, rtg-felvételek, szövettan, egyéb vizsgálatok eredményei...stb.), gyógyszerelési lap, műtéti leírás, nyilatkozatok, adatlap a kórházi (osztályos) ápolási esetről.

A kórházi osztályos adatlap ellenőrzés szempontjából releváns tételeit a 3. táblázat foglalja össze.

Az ellenőrzés szempontjai: társult betegséggel vagy súlyos társult betegséggel jelentett HBCs-k dokumentáltsága és indokltsága, *HBCs-k dokumentáltsága és validitása, rövid és hosszú ápolási idejű esetek validitása, fekvőbeteg ellátásokkal egy időben nem teljesíthető ellátások indokltsága és validitása, érvényes protokolloknak megfelelően történt-e a beteg ellátása, kapacitás és teljesítmény-adatok toplistája.

7.4.2. JÁRÓBETEG-SZAKELLÁTÁS

Az általános járóbeteg-szakellátás a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalm szerű egészségügyi (terápiás), vagy diagnosztikai célú ellátás, továbbá fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén a folyamatos szakorvosi gondozás.

Az általános járóbeteg-szakellátás feladatai között szerepel megelőző tevékenység, betegek gyógykezelése, szakorvosi gondozása, szakorvosi konzíliumok elvégzése, szükség esetén a betegek más járóbeteg-szakrendelésre, szakambulanciára vagy fekvőbeteg-gyógyintézetbe történő beutalása, labor- és képalkotó diagnosztika illetve a kompetenciakörébe tartozó egyszeri vagy kúraszerű beavatkozások végzése, amelyeket követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges.

[Kapcsolódó szabályok: Eütv. 89. §, Ebtv 13. §]

Ellenőrzött dokumentumok: ambuláns adatlap (4. táblázat.), ambuláns lap, beutaló, betegforgalmi napló, szakorvosi leletek (labor, rtg...stb.), számítógépes nyilvántartás.

Az ellenőrzés szempontjai: orvosszakmai dokumentáció megléte, beavatkozások és diagnózisok dokumentáltsága, beavatkozások orvos-szakmai indokltsága, ellátások/vizsgálatok validitása, beutaló megléte, térítési kategóriák, gyógyszer és gyógyászati segédeszköz felírások indokltsága, indikációs feltételeinek megléte gyógyászati segédeszközök és emelt/kiemelt támogatással felírt gyógyszerek esetén, gyógyszer és gyógyászati segédeszköz felíráshoz jogosultság (szakvizsga, intézményi jogosultság), finanszírozási protokolloknak történő megfelelés, kapacitás és teljesítményadatok top listája.

4. táblázat. Járóbeteg-szakellátás ambuláns adatlapja (a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 6/A. számú melléklete alapján)

Ambuláns adatlap

1. Javítás:										2. Eredeti dátum:														
3. Eredeti szakrendelő:										4. Eredeti naplósorszám:														
5. Naplósorszám:										6. Rendelő neve:														
7. Rendelő azonosítója:										8. Beküldő munkahely neve*:														
9/a. Beutaló orvos munkahelyének azonosítója:										10. Térítési kategória: Részleges térítési díj:														
9/b. Beutaló orvos kódja:																								
9/c. Beutalást megalapozó ellátást igazoló adat:																								
9/d. Beutaló kelte:																								
11. Ellátást végző orvos kódja:										12. Érvényes biztosítás országa vagy a páciens állampolgársága:														
13. Személyazonosító jel:										14. Személyazonosító típusa:														
15. Beteg neve:										16. Születési dátum:														
17. Anyja neve**:																								
18. A beteg leánykori neve**:																								
19. Lakcím**:																								
20. Kezelés ideje:										21. Beteg neve:					22. Ellátás típusa:									
23. Továbbküldés:										24. Baleset minősítése**:					25. E-adatlap kitöltés									
26. DIAGNÓZISOK**															Kód									
- 1																								
- 2																								
- 3																								
- 4																								
- 5																								
27. BEAVATKOZÁSOK															Kód					Me				
- 1																								
- 2																								
- 3																								
- 4																								
- 5																								
- 6																								
27/a. Beavatkozások jellege																								
28. Laboratóriumi vizsgálat kérés:																								
29. Képkalkotó vizsgálat kérés*:										30. CT-MRI-PET vizsgálat kérés*:														
31. Fizioterápiás ellátásra utalás*:										32. Útiköltség*:														
33. Keresőképesség elbírálása*:										34. Felírt gyógyászati segédeszköz vények száma**:														
35. Felírt vények száma**:										36. Felírt gyógyászati ellátás (gyógyfürdő) vények száma**:														

* Kitöltése nem kötelező.

** Laboratóriumi munkahelyénél kitöltése nem kötelező.

Dátum: év hó nap

.....
 az ellátásért felelős orvos
 pecsétszám

7.4.3. HÁZIORVOSI ELLÁTÁS

A háziiorvosi, házi gyermekorvosi ellátás az alapellátás részeként a beteg lakóhelyén, illetve annak közelében a biztosított választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától és betegsége természetétől független folyamatos egészségügyi ellátás.

A háziiorvosi tevékenységek között szerepel megelőző tevékenység, az egyén egészségi állapotának figyelemmel kísérése, egészségügyi felvilágosítás és nevelés, a biztosított háziiorvosi rendelőben, illetve otthonában történő orvosi vizsgálata és háziiorvosi kompetenciának megfelelő gyógykezelése, szakorvosi vizsgálat kezdeményezése, szakápolás elrendelése, keresőképeség elbírálása.

A biztosított a háziiorvosi szolgáltatásokat a választott háziorvosánál, amennyiben felkeresni nem tudja, a tartózkodási helye szerint illetékes – területi ellátási kötelezettséggel rendelkező – finanszírozott háziiorvosi szolgálatnál veheti igénybe. A háziorvos választása szabályozott keretek között történik.

A háziorvos személyes és folyamatos orvosi ellátást nyújt az egészségi állapot megőrzése, a betegségek megelőzése és gyógyítása céljából. A háziorvos köteles ellátni az ellátási területén lakó és hozzá bejelentkezett és általa elfogadott biztosítottakat, továbbá köteles ellátni a rendelési idejében hozzá forduló személyeket, ha heveny megbetegedésük vagy krónikus betegségük miatt ellátatlanságuk az egészséget károsító vagy a gyógyulást lassító állapotromláshoz vezethet.

[Eütv. 88. §, Ebtv. 11. §, 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet 2. §, 3. §]

Ellenőrzött dokumentumok: háziiorvosi dokumentáció (törzskarton, betegkarton, eseti ellátás, gyógyszer és gyógyászati segédeszköz-ellátás, közgyógyellátás adatai, beutalások, táppénzes napló), betegforgalmi napló, utazási utalványok és utazási költségterítéses utalványok

Ellenőrzés szempontjai: törzskarton érvényessége, eseti ellátások indokoltsága és jelentésének szabályszerűsége, gyógyszer és gyógyászati segédeszköz rendelés indokoltsága és dokumentáltsága, szakorvosi javaslatok megléte, utazási költségterítés indokoltsága (kormányhivatalok ellenőrzik 2015.04.01.-től), keresőképtelen állományba vétel indokoltsága (kormányhivatalok ellenőrzik 2015.04.01.-től).

7.4.4. OTTHONI SZAKÁPOLÁS

Az otthoni szakápolás – az otthoni hospice ellátáshoz hasonlóan – fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást kiváltó ellátási forma, mely a biztosított otthonában vagy tartózkodási helyén, kezelőorvosának rendelésére, szakképzett ápoló által végzett tevékenység.

A tevékenységek között szerepel szondán át történő tápláláshoz és folyadékfelvételhez, állandó katéter cseréjéhez, intravénás folyadékpótláshoz és parenterális gyógyszer beadáshoz, tartós fájdalomcsillapításhoz, műtéti sebek és sztomaterápiához kapcsolódó szakápolási feladatok végzése, valamint beszédterápia és a fizioterápia köréből gyógytorna és elektroterápia biztosítása is.

Az otthoni szakápolást háziorvos saját kezdeményezésre, vagy kezelőorvosi javaslatra vagy intézeti zárójelentés alapján rendelheti el a szakápolási elrendelő lapon (1. ábra.). Az ápolási tevékenységek legfeljebb 14 vizitre, a szakirányú rehabilitációs tevékenységek – a logopédia kivételével legfeljebb

két hónapos időtartamú kúránként – legfeljebb 28 vizitre rendelhetők el az első alkalommal. Az első elrendeléstől számított 12 hónapon belüli további elrendelések is szabályozottak.
[Kapcsolódó szabályok: Ebtv. 14. §, 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet, 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet]

Ellenőrzött dokumentumok: az otthoni szakápolási szolgáltatást nyújtó szolgáltatónál a szakápolási egyéni elszámolási lap (2. ábra.), ápolási dokumentáció (ápolási anamnézis, szakápolás/hospice ellátás tervezése és kivitelezése, ápolási lap, sebállapot felmérő lap, fizioterápiai dokumentációs lap, logopédiai dokumentációs lap, otthoni szakápolást/hospice ellátást lezáró lap, otthoni parenterális táplálás felmérő és követő lap), a szakápolási elrendelő lap (1. ábra.), az otthoni szakápolást elrendelő háziorvosnál az elrendeléssel összefüggő orvosi dokumentáció.

Ellenőrzés szempontjai: az elrendelt szakápolás fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást vált-e ki, elrendelő és javaslattevő orvos azonosító adatai (neve, pecsétszáma), beteg azonosító adatai (születési dátum, TAJ szám, lakcím), szakápolást indokló diagnózis, elrendelt/elvégzett/elszámolt otthoni szakápolási tevékenységek, szakápolást végző képesítése, a beteg önellátó képességi foka, elrendelt/elvégzett/elszámolt vizitek száma, gyakorisága, 56 viziten túli OEP ellenőrző főorvosi engedély megléte, vizitek megtörténtek-e.

Szolgáltató OEP kódja:

Elrendelő lap sorszáma:

Szakápolási elrendelő lap

Otthoni szakápolást végző szolgáltató neve.....
címe.....

A beteg neve:.....
lakóhelye:.....
telefonszáma.....
TAJ szám.....
születési adatai:.....év.....hó.....nap.....

Fekvőbeteg-intézeti ápolást kiváltó diagnózis (BNO-10)*:

Kórházi kezelés időtartama (év,hó,nap):.....-tól.....-ig.*

Szakápolás elrendelés dátuma:.....

Beteg szakápolásba vételének dátuma:.....

Meghosszabítás esetén az első szakápolásba vétel dátuma:.....

Hányadik „folyamatos elrendelés”:

Alapbetegség (BNO-10):.....

Kísérőbetegség(ek), szövődmény(ek)(BNO-10):.....

Szakápolás elrendelését indokló diagnózis(BNO-10):.....

Ellátást befolyásoló tényezők (ZOO-Z99):.....

Elrendelt vizitek száma (otthoni szakápolás esetén 1 elrendelésnél maximum 14 vizit, otthoni hospice ellátás esetén 1 elrendelésnél maximum 50nap):.....

Gyakorisága:.....

Beteg ápolásáért felelős szakápoló neve:.....

Ellátás típusa: szakápolás
szakirányú terápiás szolgáltatás (gyógytorna) fizioterápia logopédia

Beteg állapota: teljes ápolásra szoruló beteg részleges ápolásra szoruló beteg önellátó beteg

Az orvos szakápolásra vonatkozó elrendelése a 20/1996.(VII.26.) NM rendelet 1. számú melléklete szerint ellátandó tevékenységről. (A megfelelőt kérjük X-szel jelölni.)

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12.

Elrendelést javasló orvos neve**.....Pecset száma:.....

Elrendelő orvos neve:.....Pecset száma:.....

Az elrendelő orvos munkahelyének azonosítója:.....

Háziorvosi szolgálat kódja:

PH.

Dátum:.....év.....hó.....nap

elrendelő orvos aláírása

Otthoni szakápolást elfogadom, és egyben kijelentem, hogy más szolgáltatótól térítésmentes szakápolást nem veszek igénybe. Tudomásul veszem, hogy egy térítésmentes vizit 3 óránál hosszabb nem lehet.

Dátum:.....év.....hó.....nap

beteg (törvényes képviselő) aláírása

* Kitéltése minden esetben kötelező. Adatai: a jelenlegi ellátást indokló diagnózis miatti utolsó kórházi kezelésre vonatkoznak

** Kitéltése a 4-es és 11-es tevékenységi kör esetén kötelező.

Szakápolási elszámoló lap

Elszámolási időszak: □□□□ év □□ hónap

Otthoni szakápolást végző szolgálat neve:.....
 telefon:.....címe:.....
 A szakápolásért felelős szakápoló neve:.....

A beteg neve: Neme: Férfi Nő
 címe:.....

Társadalombiztosítási azonosító jele: [] [] [] [] [] [] [] []

Születési adatai: év hó nap

Fekvő beteg intézeti ápolást indokló diagnózis (BNO-10) [] [] [] []

Kórházi kezelés időtartama:tőlig

Alapbetegség: (BNO-10)..... [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Kísérő betegség(ek) (BNO-10)..... [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Szakápolást indokló fődiagnózis (BNO-10)..... [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Ellátást befolyásoló tényezők (Z00-Z99)..... [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Szakápolásba vétel időpontja: év hó nap
 Ápolási eset lezárásának időpontja: év hó nap
 Elrendelt vizitek száma: Eddig elszámolt vizitek száma: Hányadik folyamatos elrendelés:

A beteg állapota: teljes ápolásra szoruló részleges ápolásra szoruló önellátó beteg
 beteg beteg beteg

| Nap | Ellátás típusa3 | Fő tevékenység | Ápoló TAJ száma | Nap | Ellátás típusa4 | Fő tevékenység | Ápoló TAJ száma |
|-----|-----------------|----------------|-----------------|-----|-----------------|----------------|-----------------|
| 01 | | | | 17 | | | |
| 02 | | | | 18 | | | |
| 03 | | | | 19 | | | |
| 04 | | | | 20 | | | |
| 05 | | | | 21 | | | |
| 06 | | | | 22 | | | |
| 07 | | | | 23 | | | |
| 08 | | | | 24 | | | |
| 09 | | | | 25 | | | |
| 10 | | | | 26 | | | |
| 11 | | | | 27 | | | |
| 12 | | | | 28 | | | |
| 13 | | | | 29 | | | |
| 14 | | | | 30 | | | |
| 15 | | | | 31 | | | |
| 16 | | | | | | | |

Vizitek száma összesen: [] [] [] []

A fő tevékenységek megoszlása

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| | | | | | | | | | | | |

Területi pótlék: igen nem

Dátum: év hó nap

.....

Szolgáltató cégszerű aláírása

P. H.

Ellátást végző(k) aláírás

2. ábra. Szakápolási elszámoló lap (43/1999. [III. 3.] Korm. rendelet 10. sz. melléklete alapján)

7.4.5. BETEGSZÁLLÍTÁS

A betegszállítás célja, hogy az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést biztosítsa (mentés kivételével), amennyiben az egészségügyi ellátás elérhetősége másként nem biztosítható. A betegszállítás indokolt, amennyiben a beteg csak speciális testhelyzetben szállítható, mozgásában korlátozott, járóképtelen, vagy egészségi állapota nem teszi lehetővé tömegközlekedési vagy más szokásos közlekedési eszköz használatát, fertőzésveszély vagy kóros magatartása miatt közforgalmú járművet nem vehet igénybe, illetve ellátásának eredményességét tömegközlekedési vagy más szokásos közlekedési eszköz hiánya, vagy annak igénybevételéből eredő késelem vagy más tényező veszélyeztetné.

Betegszállítás a gyógyintézetből elbocsátott beteg otthonába történő szállításakor is igénybe vehető, ha az ellátást követően a beteg csak speciális testhelyzetben szállítható, mozgásában korlátozott, járóképtelen, állapota (pl. fertőzésveszély, kóros magatartás) miatt tömegközlekedési eszközt vagy közforgalmú járművet nem tud igénybe venni, vagy a gyógyintézetet más módon nem tudja elhagyni ésszerű időn belül elbocsátásának napján.

A biztosított jogosult a betegszállításra orvosi vizsgálat (beutalás szerinti intézményben), kúraszerű kezelés, gyógykezelés, illetve az egészségügyi intézményből tartózkodási helyére történő elbocsátása céljából, amennyiben egészségi állapota miatt szállítása másként nem oldható meg, és a szállításra, a beutalásra jogosult orvos rendelése alapján kerül sor.

A betegszállítás elrendelése történhet a beteg otthona szerint illetékes területi egészségügyi intézménybe, a beutaló szolgáltató telephelye szerint illetékes területi egészségügyi intézménybe vagy a progresszív ellátás során magasabb szintű ellátást végző legközelebbi egészségügyi intézménybe, illetve az intézményből otthonába.

[Kapcsolódó szabályok: Eütv. 97. §, Ebtv. 17. §, 19/1998. (VI.3.) NM rendelet]

Ellenőrzött dokumentumok: az elrendelést végző szolgáltatónál a betegszállítási utalvány (3. ábra.) és a beteg egészségügyi dokumentációja, a szállítást végző szolgáltatónál a betegszállítási adatlap (4. ábra.) és a menetlevél.

Ellenőrzés szempontjai: szállítás típusa (kapcsolt, egyedi), szállítás módja (ülve, fekve), betegazonosító adatok (születési dátum, TAJ szám), betegfelvétel és átadás adatai (időpont, hely, km-óra állása), szakkíséret igénye, megrendelő orvos azonosító adatai, diagnózis, elszámolt km validitása, kapcsolt és egyedi szállítások indokoltsága.

Betegszállítási utalvány**Beteg neve:****Született** év hó nap**TAJ szám:****Lakcím:** (település) (utca) (hsz.)**Költségviselő:**OEP Beteg kérésére történő fizetéköteles szállítás Egyéb : Név: Cím:**Térítési kategória**

- magyar biztosítás alapján végzett ellátás
- egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján magyar eü. ellátásra nem jogosult személyek térítéköteles ellátása
- befogadott külföldi állampolgár
- magyar biztosítással nem rendelkező menekült ellátása
- magyar biztosítással nem rendelkező menedékes ellátása
- menekült, menedékes státuszt kérelmező
- államközi szerződés alapján végzett ellátás
- külföldön élő magyarok közp.-i költségvetésből támogatott ellátása (Segítő Jobb)
- elszámolásra vonatkozó nemzetközi szerződés/közösségi szabály alapján történő ellátás

Szállítás indoka:

- a beteg csak speciális testhelyzetben szállítható
- mozgásában korlátozott, járóképtelen
- ellátásának eredményességét a szokványos közlekedési eszközök igénybevételéből eredő késedelem vagy más tényező veszélyeztetné
- egészségi állapota kizárja a szokványos közlekedési eszközök használatát
- fertőzésveszély

Diagnózis:**BNO kód****Honnan szállítandó:****Hova szállítandó:****Helybiztosítás:** nincs van:**Sürgősség:** 6 órán belül - 24 órán belül - időre kért szállítás **Időre kért szállításnál a beérkezés időpontja:** T év hó nap óra perc**Teljesítés módja:** ülve fekvő egyedileg más beteggel együtt **Kíséret igénye:** nem szükséges betegkísérő **Megrendelő orvos****bélyegzőszáma:****Szolgáltató neve,****OEP-kódja:****Megrendelés időpontja:** év hó nap óra perc**megrendelő orvos aláírása és bélyegzője****3. ábra.** Betegszállítási utalvány (19/1998. [VI. 3.] NM rendelet 2. sz. melléklete alapján)

7.5. A gyógyszerészzakmai ellenőrzések főbb szempontjai, a vényellenőrzés rendszere

7.5.1. A VÉNY SZEREPE AZ ÁRHOZ NYÚJTOTT TÁMOGATÁS IGÉNYBEVÉTELÉNÉL

Ez az alfejezet a vényellenőrzést kívánja bemutatni a lehető legkorábbi kezdetektől a küszöbön álló elektronikus jövőig. Ezt a történeti utat mindvégig jogszabályok szegélyezik, ezzel is hangsúlyozva a gyógyszernek, mint magas költségű, különleges árunak az egészségügyi ellátáson belüli kiemelt szerepét.

A szocializmus 1948-1990 közötti időszakában az egészségügyi ellátás minden elemében állami feladat volt, garantálva mindenki számára az elérhetőséget. 1972-ig az ellátásra való jogosultság a betegségi biztosítás keretében járt, majd az 1972. évi alkotmánymódosítás deklarálta az állampolgári jogon járó egészségügyi ellátás elvét. Mindenkinek lehetősége volt gyógyszer, gyógyászati segédeszköz vényvel történő kiváltására. A fizetett térítési díj független volt a termék piaci árától. Ezt módosította az Ebtv., mely bevezette a kötelező egészségbiztosítást, a szolidaritási elven működő közös kockázatviselést, meghatározta az árhoz nyújtott támogatás rendszerét.

Az egészségügyi alapellátás egyik pillére a gyógyszerellátás. A rendszerváltozással bekövetkező gyógyszerliberalizáció, a gyógyszerek, majd néhány évvel később a gyógyászati segédeszközök szabad beáramlásának lehetősége elengedhetlenné tette, hogy a lakosság hirtelen megemelkedő terheinek enyhítésére támogatást nyújtson az állami költségvetés, illetve 1989-től a társadalombiztosításon keresztül a költségvetés elkülönített pénzeszközeinek felhasználásával az Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság, később 1993-tól az Országos Egészségbiztosítási Pénztár [5]. A társadalombiztosítási szabályok nemcsak a gyógyszerekre, a gyógyászati segédeszközökre, de a gyógyfürdő ellátásokra is kiterjednek. Ezeket a természetbeli ellátásokat együttesen árhoz nyújtott támogatásként említi az Ebtv. a 2. címében.

Árhoz nyújtott támogatás a járóbeteg-ellátás keretében illeti meg a biztosítottat, ha a felírásra szerződést kötött orvos, a rendelési szabályok betartásával vényre írja fel a gyógyszert, különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszert, gyógyászati segédeszközt (beleértve a kötszert is), valamint a gyógyfürdő-ellátásokat, ha azok beváltása olyan szolgáltatónál történik, akinek az egészségbiztosítási pénztárral szintén van szerződése kiszolgáltatásra és a támogatás elszámolására.

A gyógyszer fogalmát több jogszabályban is megtaláljuk, de az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény egységbe foglalta. **Gyógyszer** bármely anyag vagy azok keveréke, amelyet emberi betegségek megelőzésére vagy kezelésére alkalmazható termékként jelenítenek meg, vagy azok az anyagok vagy keverékek, amelyek farmakológiai, immunológiai vagy metabolikus hatások kiváltása révén az ember valamely élettani funkciójának helyreállítása, javítása vagy módosítása, illetve az orvosi diagnózis felállítása érdekében az emberi szervezetben vagy emberi szervezeten alkalmazhatók. **Magisztrális gyógyszer** az a gyógyszerkészítmény, amelyet a gyógyszerész a gyógyszerértárban a Magyar, illetve az Európai Gyógyszerkönyv vagy a Szabványos Vény minta Gyűjtemény (Fo-No) rendelkezései alapján orvosi előírásra vagy a Gyógyszerkönyv szerint saját kezdeményezésére készít, és a gyógyszerértár által ellátott betegek kezelésére szolgál.

A **gyógyászati segédeszköz** fogalma a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvényben került véglegesítésre [6]. Gyógyászati segédeszköz az átmeneti vagy végleges egészségkárosodással, fogyatékkal élő ember személyes használatába adott orvostechnikai eszköz (beleértve az önellenőrzési célt szolgáló in vitro diagnosztikai orvostechnikai eszközt is), vagy orvostechnikai eszköznek nem minősülő ápolási technikai eszköz, amely használata során nem igényli egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy folyamatos jelenlétét. Személyes használatnak minősül az eszköz természetes vagy mesterséges testfelszíni nyílással rendelkező testüregben vagy testen történő viselése, alkalmazása, ide értve az önellenőrzési célt szolgáló in vitro diagnosztikai orvostechnikai eszközök emberi szervezetből származó mintán történő alkalmazását is, valamint a test megtámasztására, mozgatására szolgáló eszköz igénybevétele diagnosztikus, terápiás, rehabilitációs vagy ápolási céllal. A kissé bonyolultnak tűnő fogalom lefedi a sokrétű funkcionális csoportot tartalmazó eszközlíst. A gyógyszerek esetében alkalmazott ATC rendszer mintájára alakították ki a segédeszközök ISO csoportosítását, mely a funkcionális főcsoportból indulva közelít egészen a konkrét egyedi eszközökhöz. A kötszerek a gyógyszerek csoportjából kerültek a gyógyászati segédeszközök közé átsorolásra és nyitják az ISO kód rendszert. Ennek funkcionalitás szerinti főbb csoportjai az alábbiak:

- A látás és hallás segítésére szemüveg (ISO 04 39) és hallókészülék (ISO 21 45) áll a betegek rendelkezésére.
- A végtaghiányok pótlására protézisek szolgálnak, magas társadalombiztosítási támogatással, de hiányt pótolnak a parókák és a fogtechnikai termékek is (ISO 04 24-04 30).
- A test és végtagok stabilitását ortézisekkel (ISO 06 12) lehet elérni.
- Kiemelkedő részarányt képviselnek a vizelet- és széklet-inkontinencia problémájának megoldására szolgáló katéterek, vizelet-elvezető rendszerek vagy a felfogást szolgáló nadrágpelenkák és betétek (ISO 09 24-09 30).
- A betegek helyváltoztatását járóbot, járókeret, kerekesszék, moped segíti (ISO 12 03-12 24).
- A higiéniés termékek az otthoni betegápolás kiegészítését szolgálják. Ilyenek a fürdőszoba kapaszkodók, fürdőkádülőkék (ISO 09 12).
- A tartósan mozgásképtelen betegek állapotát javíthatja az antidecubitus termékcsalád alátét, ülőpárna, matrac formájában (ISO 18 09-18 12).
- A vércukorszintmérő és a hozzá tartozó tesztcsik az otthoni önellenőrzést biztosítja, a tűk, fecskendők a gyógyszer otthoni beadását teszik lehetővé (ISO 04 19-04 24).
- Légzésterápiás eszközként szerepel a listán inhalátor, de alvás-segítő levegőáramlást biztosító készülék, valamint oxigénkoncentrátor is elérhető (ISO 04 03).
- A járás könnyítését szolgálják a különböző kompressziós fokozatú és hosszúságú harisnyák (ISO 04 06), vagy a deformált lábra egyedileg készített gyögcipő (ISO 06 33) is.
- Az izomtónus fokozására stimuláló készülékek rendelkezhetők (ISO 04 27).

Az **orvosi rehabilitáció céljából társadalombiztosítási támogatással igénybe vehető gyógyászati ellátásokról** szóló 5/2004. (XI.9.) EüM rendelet gyógyfürdő-szolgáltatásokat (gyógytényezőket) sorol fel, külön fogalmi meghatározást nem [7]. **Fürdőgyógyászati ellátás** a gyógyvizet gyógymedence és kádfürdő, az iszappakolás, a súlyfürdő, a szénsavas fürdő, az orvosi gyögmasszázs, a víz alatti vízsgármasszázs, a víz alatti csoportos gyógytorna és egy komplex szolgáltatás. A komplex szolgáltatás az előbb felsoroltakból tevődhet össze, de kiegészítheti fizioterápiás eljárás, mint a csoportos gyógytorna

na, diadinamic, egyéni gyógytorna, fototerápia, galvánkezelések, iontoforézis, középfrekvenciás kezelés, kryoterápia, magnetoterápia, nagyfrekvenciás kezelés, szelektív ingeráram, tens, ultrahang. Egyéb rehabilitációs célú gyógyászati ellátás a 18 éves kor alatti csoportos gyógyúszás. Egyéb természetes gyógytényezőn alapuló ellátás a szén-dioxid gyógygázfürdő.

Az Ebtv. szerinti árhoz nyújtott támogatás igénybevételének egyik feltétele, hogy a termék vagy szolgáltatás felírása az OEP által térítésmentesen biztosított vényen történjen. **A recept (vény) a terápiára vonatkozó orvosi előírat mind gyógyszer, mind gyógyászati segédeszköz, illetve gyógyfürdő ellátás tekintetében.** Vényen rendel az orvos a csecsemő 6 hónapos koráig az anyatejet is, de ezt a jogalkotó nem az árhoz nyújtott támogatás kategóriájába helyezi. Az anyatejet napi 800 ml mennyiségig ingyen kapják a rászoruló gyerekek.

A ma használatos vényformátum tartalmi része az idők folyamán alig változott. Nyelvezete a mai napig a latin, a számok feltüntetése gyógyszerek esetében római számmal történik. Gyógyászati segédeszköz és gyógyfürdő-ellátás esetén a nyelvezet magyar és arab számokat kell használni.

ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLAT

térítésmentes

vény

Név: Kor:

Lakcím:

Jogcím: szakmunkástanuló, üzemi baleset, közgyógyellátás, honvédelmi kötelezettség, Eü. rendelkezés.

19... év hó nap

Rp.

P. H.
orvos aláírása

Átvettem:

A.3510-2/b. r. sz. — Pátia-Nyomell. — 1557.66-61 Af.

5. ábra. 1995 előtti vényűrlap

Egészen az 1980-as évek végéig megfelelt az 5. ábrán látható vényformátum a rendeléshez és elszámoláshoz egyaránt. Minden állami ellátásban dolgozó orvos állami támogatás igénybevételével rendelhetett gyógyszert a betegnek, a magánpraxisban dolgozó orvos vényéhez azonban nem járt támogatás, azt teljes áron fizette a beteg. A gyógyszer ára és térítési díja szabott volt, független a piaci értéktől, a tényleges bekerülési költségektől. Az egészségügyi finanszírozás rendszerének átalakítása azonban a gyógyszerellátásra is hatást gyakorolt.

A gyógyszer különleges, más termékektől jól elhatárolható áru. Különlegessége abból fakad, hogy fogyasztása elsősorban nem a fogyasztó/beteg akaratától függ, hanem az orvos befolyásolja, ezért ezen a területen csak korlátozottan érvényesülnek a piaci viszonyok, szükségszerű az állami beavatkozás. Az egészségügy történetében látható, hogy az együtt élők védelme a közegészségügy és járványügy területén nem biztosítható közfinanszírozás nélkül. Fedezetül szolgál az adóbevétel egy része, illetve a járulékfizetésre támaszkodó társadalombiztosítás, azon belül is az egészségbiztosítás. 1989. január 9-én a 85/1988. (XII. 15.) Minisztertanácsi rendelet bevezette a gyógyszerek százalékos mértékű társadalombiztosítási támogatási rendszerét (100%, 90%, 80%), vagyis a fogyasztói ár meghatározott része közfinanszírozás, a másik rész a beteg térítési díja. Ezt követően a mértékek és csoportok változtak, de a rendszer alapjaiban változatlan. A következő években a gyógyászati segédeszközökre és utolsónak a gyógyfürdő ellátásokra is kiterjesztették ezt a szabályozást.

1991–1992-ben előtérbe kerültek a lakossági gyógyszerfelhasználás kérdései, a népegészségügyi mutatók, a lakosság morbiditási-mortalitási adatai, az állami költségvetés gyógyszerellátásra fordított költségei és más egészségpolitikai felvetések. **Ki, kinek, miből** és mennyit rendel, illetve szolgáltat ki társadalombiztosítási támogatással a vényhez kötött természetbeni ellátásokból. Az informatikai fejlődés lehetőségeket biztosított – a betegellátás területén elsőként – jól reprodukálható vénybevéltési adatokat tartalmazó adatbázis létrejöttéhez. 1993. július 1-től a társadalombiztosításon belül kettévált a nyugdíj- és egészségbiztosítási ágazat, megkezdődött a gyógyszer támogatási és elszámolási rendszer új alapokra helyezése. 1995-re megvalósult a közforgalmú gyógyszertárak, gyógyászati segédeszköz-gyártók- és forgalmazók, illetve a gyógyfürdő-szolgáltatók elektronikus adatjelentésének lehetősége. Megszületett a vonalkódos vény, ami okirattá és kvázi pénzügyi bizonylattá vált azáltal, hogy a rajta szereplő adatok alapján pontosan meghatározható lett ki, kinek és milyen mértékű társadalombiztosítási támogatási összeget utalványozott. Az adatok valódisága csak zárt rendszerben biztosítható, azaz a szereplők körét definiálni kellett.

Jelenleg az OEP a vényűrlapot térítésmentesen biztosítja valamennyi vényírási szerződéssel rendelkező orvos számára. A vények nyomdai úton, biztonságtechnikai elemek alkalmazásával készülnek, melyek egy része titkosított, hogy a hamisítást megnehezítsék. A vényhez jutás feltétele az érvényes vényírási jogosultság.

Az árhoz nyújtott támogatás elszámolására szintén csak szerződéses szolgáltató jogosult. Csak érvényes TAJ számmal rendelkezők vehetnek igénybe meghatározott társadalombiztosítási támogatással rendelkező terméket vagy szolgáltatást. A szerződéses kapcsolat az OEP részére biztosítja az ellenőrizhetőséget, a szabálytalanságok feltárását, szankcionálását is.

Azok az **orvosok** rendelhetnek vényeket, akik **az orvosi bélyegzőről szóló 20/1991. (XI. 5.) NM rendelet** szerint személyspecifikus orvosi bélyegzővel rendelkeznek. A recept fejlécebe kötelező elemként a munkahelyre vonatkozó adatok kerülnek, ÁNTSZ ágazati azonosító kóddal együtt. Az alanyilvántartási szám egyedileg azonosítja az orvost, mint bélyegzőszám, beépítésre került a vényazonosítóba. A jelenlegi számsor 18 karakter hosszúságú, kezdőszáma mindig 21. Megjeleníti a gyártás

évének utolsó számjegyét és az abban az évben gyártott sorozat számát is 5 karakter hosszúságban. Az egyik jelölés arra utal, hogy finanszírozott szolgáltatóként, magánpraxisba vagy „pro familia” rendelés céljából gyártották le a receptet. Az utolsó szám az előző 17 szám matematikai összefüggéséből számított ellenőrző szám. A vényazonosító egy és megismételhetetlen, az elszámolás alapvető eleme, lineáris vonalkód. **A vényazonosító egyértelmű választ ad arra a kérdésre, hogy ki rendeli a terápiát.**

A **TAJ** számot tartalmazó TAJ kártyát 1995 szeptemberében kezdte kipostázni az Egészségbiztosítási Pénztár valamennyi magyarországi lakóhellyel rendelkező állampolgárának. Az egyedi azonosító a vényazonosítóhoz hasonlóan egy és megismételhetetlen. A biztosított születési adatát és nemét figyelembe véve matematikai algoritmus szerint képzett szám, mely a vényen numerikus formában jelenik meg. Az árhoz nyújtott támogatással történő igénybevétel feltétele a TAJ szám érvényessége, a hozzá tartozó biztosítási jogviszony hiánya nem akadályozza az igénybevételnek. Amennyiben a vizsgálatra megjelent beteg nem rendelkezik TAJ számmal, de rendelkezik Európai Biztosítási Kártyával, számára a magyar biztosítóval azonos szabályok szerint írható vény árhoz nyújtott támogatással, de csak olyan mennyiségben, ami elegendő a hazautazásáig illetve az általános szabály szerinti egy kúrára vagy egy hónapra elegendő mennyiségben és csakis orvosilag szükséges esetben. A TAJ számmal nem rendelkező vagy Európai Biztosítási Kártyát vagy azzal azonos elbírálás alá eső okmányt bemutatni nem tudó betegnek csak „Teljes ár” jogcím bejelölésével lehet vényt írni. **A betegre jellemző azonosító regisztrálásával ismertté válik a terápia felhasználója.**

A harmadik alapvető kérdésre, hogy mit rendeltek a betegnek, az egyedi azonosítóval rendelkező **terméktörzs** ad választ. A 90-es évek elején az Országos Egészségbiztosítási Pénztár segítségével került kialakításra a Társadalombiztosítási Támogatott Termék (TTT) törzs. Valamennyi hazánkban engedélyezett gyógyszerhez, gyógyászati segédeszközökhöz, ellátási típushoz 9 jegyű azonosító szám tartozik, ami állandó kísérője az adott terméknek. Gyógyszerek esetében a törzskönyvezéssel vagy engedélyezéssel egy időben TTT kódot is rendel a **Publikus PHARmacon (PUPHA)** rendszer a készítményhez vagy gyógyszeralapanyaghoz, függetlenül attól, hogy rendelkezik-e társadalombiztosítási támogatással vagy sem. Valamennyi hatáserősség, kiszerezés, csomagolási forma, kombináció, ugyanarra a termékre vonatkozó új törzskönyvezési engedély új TTT kódot kap, biztosítva ezzel az abszolút egyediséget. Gyógyászati segédeszközök és rehabilitációs célú gyógyászati ellátások közül csak azok szerepelnek a PUPHA törzsben, melyek közfinanszírozásban részesülnek. A PUPHA törzset az aktuális TTT kódokkal az OEP minden módosítás előtt 10 nappal a honlapján közlése érdekében, hogy mind a felírók, mind a kiszolgáltatók felkészülhessenek a változásra. A PUPHA törzs adattartalma folyamatosan bővül. A törzskönyvi, regisztrációs adatok túl tartalmaz felírhatóságra, kiadhatóságra vonatkozó szabályokat is, ezzel is segítve a felíró és kiadó munkáját. A www.oep.hu weboldalon jól kezelhető formában a lakosság számára is elérhetővé tették az adatbázist. **A TTT kódok használatával pontosan megadható, hogy milyen terápiát rendeltek a betegnek.**

A jelenleg használatos vényűrlap nem csupán szakmai előírát. Amennyiben a rajta szereplő terápia (gyógyszer, gyógyászati segédeszköz vagy gyógyfürdő-szolgáltatás) társadalombiztosítási támogatást is élvez, mint pénzügyi bizonylat is funkcionál. **Az érvényes és szabályosan kiállított recept a társadalombiztosítási támogatás elszámolásának alapja.** A rajta szereplő adatokat informatikai feldolgozást követően elektronikus jelentés formájában megküldi a támogatást igénylő az OEP-hez, ahol folyamatba épített ellenőrzést követően befogadásra, majd pénzügyi utalásra kerül az elszámolás. Ahhoz, hogy a havi hozzávetőleg 15–20 millió vényrekordot egységes és gyorsan feldolgozható

formában lehessen kezelni, olyan elszámoló rendszert kellett kialakítani, amely mind az adatszolgáltató, mind a fogadó oldalon a legfejlettebb technikával bír. Nem csak a vény formátuma, de maga az elszámoló rendszer is folyamatos változáson, fejlődésen megy keresztül. Cél az egészségügy szereplőinek lehető legszélesebb körű összekapcsolása az adatvédelem megtartása mellett, az e-egészségügy megteremtése.

A vényhez kötött társadalombiztosítási támogatás kifizetése jogosságának ellenőrzésére három módszer is kidolgozásra került. A folyamatba épített ellenőrzés még az elszámolási adatok befogadása előtt megtörténik az informatikai rendszerek segítségével. Ezt követheti, a kifizetést követően a manuális vényellenőrzés, amikor a recept adatai összehasonlításra kerülnek az elszámolás adataival. A harmadik forma a készletellenőrzés, melynek során az ellenőr meggyőződik arról, hogy volt-e a kéréselt termékből megfelelő forrásból származó bevétele az elszámolónak, vagyis a készlete nyújtott-e elég fedezetet a kiszolgáláshoz.

7.5.2. FOLYAMATBA ÉPÍTETT ELLENŐRZÉS

A legkorábbi vonalkódos vényekről nyert adatok kevés információt nyújtottak. Az 1992-ben bevezetett Kecskeméti Vényelemző Rendszer (KEVER) segítségével csak megyén belüli elszámolási adatokat lehetett vizsgálni és csak havi intervallumokban. Egyik hónap a másikkal nem volt összevonható. Az OEP belső fejlesztésének eredményeként 1999-től elindult a **Békéscsabai Vényellenőrző Rendszer (BÉ-VER)**, mely már nem csak egy hónap, hanem akár több év adatát is képes rendszerezni, országos forgalmat figyelembe véve. Az elmúlt 15 év során sok finomítással jól kezelhető, reprodukálható adatot szolgáltató, gyors számítógépes rendszer szolgálta ki mindazt az elvárást, amit a szolgáltató, a finanszírozó, az ellenőrző és a szakmai elemző elvárt. Biztosítja az orvosszakmai és gyógyszerészszakmai ellenőrzések informatikai hátterét és alapját képezi egy napjainkban alakuló, fejlettebb technológiát képviselő következő elszámoló-ellenőrző rendszernek.

Gyógyszert csak minősített számítógépes programmal lehet rendelni. Ha a körülmények ezt nem teszik lehetővé, továbbra is teljes értékű a kézírással történő felírás. A speciális gyógyászati célú tápszerek, az anyatej-helyettesítő és anyatej-kiegészítő tápszerek e tekintetben gyógyszernek minősülnek. Mind a felírási, mind az elszámolási szabályokban kissé eltér a gyógyászati segédeszközökre vonatkozó előírás, de a vényúrlap 1995 óta megegyezik a gyógyszerek rendelésére használatos formátummal. Ugyanez vonatkozik a rehabilitációs célú gyógyfürdő-ellátások felírására és elszámolására is azzal a különbséggel, hogy itt a vény elválaszthatatlan részét képezi a kezelőlap is. A jelenleg használatos vényúrlap többszöri módosulást követően megfelel valamennyi hatályos jogszabályi előírásnak.

A vonalkódos vény 1995-ös bevezetése áttörést jelentett a társadalombiztosítási támogatás elszámolásában. Az egészségbiztosító számítógép és szoftver vásárlásához kamatmentes kölcsönt folyósított a gyógyszertáraknak, de csak olyan rendszert vásárolhattak, melyet előzetesen az OEP munkatársai hitelesítettek. A hitelesítés során valamennyi program egységes elszámolási struktúrának kellett megfeleljen. Így a programot vásárló szolgáltató biztos lehet abban, hogy a társadalombiztosítási támogatás folyósításának igénylése szabályszerű. A kezdetben floppy lemezre mentett jelentés ma már zárt rendszerben küldött elektronikus levél formájában érkezik az OEP szerverre. Az elszámolás menetét, gyakoriságát és adattartalmát a járóbeteg-ellátás keretében rendelt gyógyszerek, gyógyá-

szati segédeszközök és gyógyfürdőellátások árához nyújtott támogatások elszámolásáról és folyósításáról szóló 134/1999. (VIII.31.) Kormányrendelet szabályozza. A gyógyszerterak heti rendszerességgel, a gyógyászati segédeszköz forgalmazók és gyógyfürdők heti, kétheti vagy havi rendszerességgel számolnak el. Így a heti elszámolás a hónap 1-jétől 7-éig, 8-ától 15-éig, 16-ától 23-áig és 24-étől a hónap utolsó napjáig történik. Kétheti elszámolók esetében az elszámolásra a hónap 1-jétől 15-éig és 16-ától a hónap utolsó napjáig, valamint a havi elszámolók esetében a hónap 1-jétől a hónap utolsó napjáig kerül sor.

Az elszámolás csak a termék kiadásának, a szolgáltatás nyújtásának időpontját követően történhet, a legközelebbi elszámolási ciklusban. Amennyiben valamilyen okból elmarad, a tétel később is jelenthető, de már megkülönböztető korrekciós kódon. Az OEP a Magyar Államkincstár felé továbbítja az utalásra vonatkozó megbízást az elszámolás benyújtását követő 5. banki napon. Az OEP célja, hogy a közpénz védelme érdekében a lehető legalaposabb ellenőrzésnek vesse alá a kifizetésre váró tételeket a lehető leggyorsabban, még utalás előtt. Ehhez folyamatosan fejlődő vényellenőrző rendszer szükséges.

A folyamatba épített ellenőrzés során informatikailag vizsgált adatok:

- A vény felírásának dátuma jelzi, hogy a beváltás vagy kiadás és a felírás között mennyi idő telt el, érvényes-e még a recept (90 nap).
- A vénybeváltás dátuma az egyedi gyártású gyógyászati segédeszközök és a gyógyfürdő szolgáltatások esetén releváns, mert elválik a kiadás időpontjától. Az eszköz legyártására a recept beadását követően 3 hónap áll rendelkezésre, fürdőszolgáltatást 56 napig lehet igénybe venni.
- A kezelés dátuma a gyógyfürdő szolgáltatás esetén az igénybevétel napja, más esetben azonos a kiadás napjával.
- Az elszámolási időszak utolsó napjának dátumából ellenőrizhető, hogy a rendelet szerinti legközelebbi következő dekádra történik-e a jelentés.
- A gyógyászati segédeszköz kölcsönzésének több adatát is meg kell jeleníteni.
- Az elszámoló azonosító kódja és a forgalmazási helyre vonatkozó azonosító csak a szerződésben szereplő lehet.
- Az elszámolás alapja a vényazonosító, e nélkül nem jelenthető a tétel.
- Az orvost és munkahelyét a pecsétszáma, az ágazati kódja azonosítja be, jogszabályban meghatározott esetekben a forgalmi napló számát is fel kell tölteni.
- A termékre vagy szolgáltatásra vonatkozó egyedi számkódok biztosítják az egyedi azonosítást (TTT, EAN, egyedi gyártású segédeszköznél munkalap száma, gyártási szám).
- Az elszámolási tevékenység lehet a termék eladása, adatjavítás, kölcsönzés, pótelszámolás, melyek különböző forgalmi kódokhoz kötődnek.
- Külön termékkódon jelennek meg a gyógyszerek (7), kötszerek (9), gyógyászati segédeszközök (8) és gyógyászati ellátások (F).
- A jogcímkódok csoportja a legnépesebb. A társadalombiztosítási támogatás mértékét több jogszabály befolyásolja (pl. közgyógyellátás, hadirokkant ellátás, emelt és kiemelt indikációhoz kötött támogatás, üzemi baleset).
- Egyedi méltányosság alapján a normatívtól eltérő, magasabb összegű támogatás esetén az engedély számát fel kell tüntetni.

- Magisztrális készítményeknél különböző gyógyszerforma előállításának más-más készítési díja van (pl. elegy, kenőcs, kúp).
- Az ÁFA kulcs gyógyszerek esetében 5%, gyógyászati segédeszköz esetén 27%, gyógyvizés gyógymedence esetén szintén 5%, a többi gyógyfürdő szolgáltatásnál 0%.
- A mennyiségi egység darabot jelent, kivétel a magisztrális alapanyag, ahol tömegegységre vetítve jelenik meg.
- A fogyasztói ár a szolgáltató eladási ára.
- A TB fogyasztói ár, TB támogatás és térítési díj jogszabályban meghatározott, attól gyógyszer és gyógyászati segédeszköz esetén eltérni nem lehet.
- Az elvi térítési díj az az összeg, amit a közgyógyellátott fizetne, ha nem lenne közgyógy jogosultsága. Az összeg feltüntetése azért fontos, mert azt az állami költségvetés szociális kasszájából az OEP visszaigényli.
- Az igénybevevő azonosítója lehet TAJ szám, EU kártya vagy nyomtatvány szám, egyéb ellátást igazoló dokumentum száma.
- A születés dátuma főleg a gyermekgyógyászatban fontos, elengedhetetlen a támogatás jogcímének azonosítása érdekében is.
- A közgyógyellátási igazolvány száma utal a jogosultság érvényességére.
- A BNO a jogszabályok szerint az indikációhoz kötött emelt, kiemelt támogatás mértékét befolyásolhatja.
- A VIREP tranzakciós kód jelzi, hogy az OEP rendszeréből adatlekérdezés történt a TAJ szám, illetve a közgyógyellátotti jogosultság érvényességének megállapítása érdekében.
- Indikációhoz kötött emelt vagy kiemelt támogatással történő igénybevitel szakorvosi javaslatához kötődik. A javaslat adatait regisztrálni kell.
- Csak hitelesítési számmal rendelkező vényíró program használható, ezért a hitelesítési azonosítót és az alkalmazott gyógyszer törzs érvényességi dátumát meg kell jeleníteni.
- Lehetőség van az orvos által felírt terápiát a jogszabálynak megfelelően helyettesíteni. Az orvos ezt letilthatja.
- Ha az orvos sürgősséggel ír receptet, ezt a tényt rögzíteni kell. Ebben az esetben kiadáskor ügyeleti díj nem számolható fel.

Fentiekben felsorolásra került valamennyi elem, melyet a vényíró, az elszámoló és az ellenőrző program rögzíteni tud és köteles. Az adatok on-line ellenőrzése már az orvosi rendelőben megtörténhet. Az orvos járóbeteg-ellátásban csak érvényes betegazonosítóval rendelkező személy számára írhat támogatott jogcímen vényt. Az ellátás kiválasztásában számítógépes program segíti, mely tartalmaz minden adatot, melyet felvilágosításképpen meg kell osztania a beteggel. A vénybevitelt helyeken ugyanez az ellenőrzési folyamat megismétlődik, azzal a különbséggel, hogy a recept a kifizetés alaként pénzügyi bizonylattá válik, és 5 évig meg kell őrizni.

A gyógyszerárak és az OEP kapcsolatában különleges helyet kapott a **közgyógyellátás** kezelése. A **szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény** keretén belül lehetőséget biztosít a rászorulóknak, hogy egészségi állapotuk megőrzéséhez és helyreállításához kapcsolódó kiadásait hozzájárulás formájában csökkentse [8]. Ez a lehetőség csak receptbevitel során érvényesíthető. A gyógyszerek kiváltásához a jogosultnak betegségei figyelembevételével egyéni elbí-

rálás után gyógyszerkeretet alakítanak ki, virtuálisan. A Virtuális Elektronikus Pénztárca (VIREP) és a gyógyszerház GPRS segítségével kapcsolódik. Minden vásárlás indításakor ellenőrzésre kerül, hogy a közgyógyellátott rendelkezik-e érvényes jogosultsággal és mennyi az aktuális felhasználható gyógyszerkerete. A VIREP az eladások után kötelezően felvilágosítást nyújt a maradványról. A gyógyászati segédeszköz és gyógyfürdő ellátás után nem kell a közgyógyellátottnak térítési díjat fizetni, a beteg „ingyen” jogosult az igénybevetelre, kiváltáskor a virtuális pénztárca nem változik. Az OEP által működtetett és felügyelt VIREP rendszer, mint egy „köldökszinór”, állandó kapcsolatot, lekérdezési, ellenőrzési felületet biztosít a felhasználónak a TAJ érvényesség ellenőrzéséhez is.

A BÉVER rendszer 1998. február 1-től tárolja a vényrekordokat, illetve segítségével az OEP által létrehozott Adattárházból eddig az ideig visszanyúlva hívhatók elő adatok. Más egészségügyi adatrendszerekkel nem kompatibilis, szükségessé vált újabb ütköztetések beépítése, szerkezetének módosítása. Az új elszámoló rendszer fejlesztése Európai Unió források bevonásával megkezdődött, és várhatóan a 2016. évben megvalósul.

Az új ellenőrző rendszer koncepciójában azt a célt tűzte ki, hogy a felíró orvos rendeléskor a beteg korábbi kiváltásait, sőt más betegségei gyógyszerelését is egy időben lássa és az információ felhasználásával tudja kiválasztani a leoptimalisabb terápiát. Hasonló lehetőséget kíván biztosítani a gyógyszerész számára is, akinek a gyógyszerészi gondozás keretében szakmai kötelessége a mellékhatásokról, interakciókról tájékoztatást nyújtani. A megvalósuláshoz elengedhetetlen a gyors, biztonságos adatszolgáltatás, az egészségügyi adatok védelmére vonatkozó szabályok maradéktalan betartása. Fontos szempont, hogy az emberi tévedés lehetőségét minimálisra csökkentve leolvasó használatával történjen a vényfeldolgozás és a gyógyszerexpediálás. Még a termék kiadása vagy szolgáltatás nyújtása előtt teljes körűen tudjon ellenőrzést végezni a szolgáltató, legyen képes összefüggéseket vizsgálni, és más kapcsolódó rendszerek adatait is kezelni.

Az e-egészségügy koncepció egyik alappillére a gyógyszerek felírását és kiváltását segítő e-recept bevezetése. Ennek lényege, hogy a jelenlegi papír alapú gyógyszerfelírást, és annak gyógyszerházból történő kiadását és adminisztrációját felváltaná az elektronikus receptfelírás. Az e-recept „felírását” követően a beteg, vagy megbízottja az általa választott gyógyszerháztól történő azonosítását, vagy az adott gyógyszerfelírás azonosítását követően papíralapú vény bemutatása nélkül tud majd gyógyszert kiváltani.

7.5.3. A VÉNYEK ALAKI ÉS TARTALMI ELLENŐRZÉSE MANUÁLIS MÓDSZERREL

A vényen szereplő adatok és kifizetett támogatás adatainak összehasonlítását manuális ellenőrzésnek nevezzük. A manuális ellenőrzés célja, hogy a felírt és kiadott terméket vagy szolgáltatást összehasonlítsa az elszámolásban szereplő tétellel. Az orvosi rendelvény valamennyi része rejthet magában olyan hibát, ami a társadalombiztosítási támogatás összegének visszavonását eredményezheti.

Az alaki ellenőrzés természetéből eredően utólagos, hiszen az ellenőrző részéről csak az elszámolás kiutalását követően lehetséges és indokolt.

Előfordul, hogy a vényfeldolgozók az elszámolásba nem a recepten ténylegesen szereplő adatokat rögzítik. Ezek kiszűrése informatikai úton nem lehetséges, manuális módszer szükséges.

Az orvosi rendelvény kézbevétele maga is optikai ellenőrzési folyamat. A papír tapintása érzékszervi ellenőrzés, a gyakorlott kéz felismeri a hamisítást. Az egyszerű eszközökkel vizsgálható bizton-

sági jelek, mint a fluoreszkáló festékanyag, vagy a mikroírás azonosítására általában akkor kerül sor, ha fénymásolatnak tűnik az űrlap.

Egy vényen csak egyféle gyógyszer rendelhető. Gyógyászati segédeszközökre is ez a szabály vonatkozik azzal a kivétellel, hogy amennyiben azonos támogatási kategóriába tartozik az eszköz és a hozzá tartozó alkatrész, akkor egy vényen rendelhetőek. Gyógyászati ellátás rendelésekor a felíró által meghatározott tényezőkből álló, de egy kúraként rendelt kezeléseket kell feltüntetni.

Az orvosi vényen az orvosnak fel kell tüntetni az orvosi alapnyilvántartás szerinti nevét, valamint munkahelyének adatait és a rendelés keltét. A betegre vonatkozó adatok esetében kötelező a TAJ szám mellett a BNO kód megjelenítése abban az esetben, ha társadalombiztosítási támogatással rendeli a terápiát. Minden esetben kötelező kellék a beteg lakcíme és születési ideje. Gyógyszerek esetén csak a magyarországi forgalomba hozatalra engedélyezett rendelhető, pontosan megjelölve a kizserelést és a hatáserősséget. A mennyiségre vonatkozóan egyértelmű utasítást kell adni számmal és betűvel írottan. (6. ábra.)

7.5.3.1. Az orvosi rendelvény részei

Inscriptio (fejléc)

Kitöltése nyomdai úton történik, de létezik „bianco” vény, ahol üres a mező. Bianco vényt akkor kap az orvos, ha valamilyen okból a nem áll rendelkezésére recept és a vényhiány betegellátási érdeket sért. A kiadott sorozatot az orvos pecsétjéhez rendeli az ellenőrző rendszer. A leggyakoribb hiba, hogy a vényt nem az az orvos használja, akinek a pecsétjéhez kiadásra került.

Invocatio/recipe (végy!)

Fohászt, óhajt jelent, formaság

Praescriptio/ordinatio (rendelés vagy előírás + utasítás az elkészítésre)

Gyógyszerből egy vényre egy fajta írható. Gyógyászati segédeszközökből egy vényen az eszköz és a hozzá rendelhető tartozék is rendelhető, míg gyógyfürdő-ellátásokból legfeljebb négy fajta.

Signatura (utasítás a gyógyszer adagolására)

A beteg számára szóló használati utasításnak a kiadó számára is beszédes tartalma van akkor, ha adagellenőrzést végez. Az adagolás és a felírt mennyiség között előfordulhat olyan mértékű eltérés, ami indokolja a kiadó beavatkozását.

Subscriptio (orvos aláírása és bélyegzője)

Az aláírást mintázó bélyegző használata nem megengedett. Az orvos csak az OEP által készítettet bélyegzőt használhatja.

Adscriptio (feljegyzés)

A gyógyszerész feljegyzése (kiadott gyógyszer, alkalmazott segédanyagok, retaxa, kiadó kézjegye, átvevő aláírása). Itt kell feltüntetni a kiadás keltét. Amennyiben hiányzik, nem állapítható meg a vényelszámolás időbelisége. Az átvevő aláírása is ebben a részben szerepel és elengedhetetlen alaki kellék.

The diagram shows a medical prescription form titled "ORSZÁGOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI PÉNZTÁR ORVOSI VÉNYE". The form is divided into several sections:

- Top Section:** Contains the doctor's name "Dr. Vény Vendel (belgyógyászat, sebészet)", address "Közép-Magyarországi Regionális Egészségbiztosítási Pénztár, 1139 Budapest, Teve utca 1/a-c.", phone number "+3612885100", and identification number "Kilencjegyű azonosító: 123456789". A barcode and the number "(21)0801234501003611" are also present.
- Second Section:** Fields for "Beteg neve, cím:" (Patient name, address) and "Születési dátum:" (Date of birth).
- Third Section:** Fields for "EU:" (EU status), "Társadalombiztosítási azonosító szám (TÁJ):" (Social Security ID), "BNO:" (BNO code), "Kilátási dátum:" (Issue date), and a checkbox for "Nem helyettesíthető" (Not replaceable).
- Fourth Section:** A grid for "Jogcímkék" (Codes) with columns for "Jogcímek", "Nem", "Egyszerű", "HM", "Külföld", "Üzemeltető", "Egyszerű", "Egyszerű", and "Törzsk.".
- Fifth Section:** Fields for "Kilátó orvos azonosítója" (Issuing doctor ID), "Javaslat kiállításának dátuma:" (Date of recommendation), and "Betegellátási szervezet neve (szegélyes)" (Name of the care organization).
- Sixth Section:** "Szakorvosi javaslatra vonatkozó adatok" (Data related to medical recommendation) with a large "Rp." field.
- Bottom Section:** Fields for "Kiadás dátuma:" (Issue date), "A termék kiadásának kézigyge:" (Product issue date), and "A recept az végző kézigyge:" (Recept date).

Callouts on the left side of the form include: "Orvos" (Doctor), "Beteg adatai: név, cím, szül. dátum" (Patient data: name, address, date of birth), "Jogcímkék" (Codes), "Kiadás helye" (Issue location), and "Kiadó és retaxáló kézigyge" (Issuer and tax collector).

Callouts on the right side include: "Egyedi" (Individual), "T.A.J." (Social Security ID), "BNO kód" (BNO code), "Felírás" (Prescription), "Helyettesíthető-e" (Replaceable), "Naplószám" (Prescription number), "Szakorvosi javaslatra vonatkozó adatok" (Data related to medical recommendation), "Orvos pecsétje és" (Doctor's stamp and), "Beteg aláírása" (Patient signature), "Átvevő aláírása" (Receiver signature), and "Extra vonalkód helye" (Extra barcode location).

6. ábra. A vény alaki kellékei (forrás: www.oep.hu)

7.5.3.2. A vény fontosabb alaki kellékei és előírások az árhoz nyújtott támogatás igényléséhez

A **gyógyszer** alkalmazásának módját, gyakoriságát, adagolását fel kell tüntetni oly módon, hogy a „rendelés szerint” vagy „utasítás szerint” kifejezés nem alkalmazható. Amennyiben társadalombiztosítási támogatással csak szakorvosi javaslat alapján rendelhető a gyógyszer vagy gyógyászati segédeszköz, fel kell tüntetni a recepten a javaslatot adó orvos bélyegzőszámát, valamint a javaslat keltét és a naplószaómot is. Az orvosnak sajátkező aláírásával vagy kézigygeével és bélyegzőjének olvasható lenyomatával kell ellátnia a receptet. Ha az orvos a már kiállított vényen változtatni kíván, azt a javított résznél kézigygeével és bélyegzőjének azonosítható lenyomatával megerősítve teheti.

Az orvosnak a rendelt gyógyszer mennyiségét úgy kell meghatároznia, hogy a legközelebbi orvosi vizsgálatig elegendő legyen. Egy vényen egyszeri kiváltással legfeljebb 30 napra elegendő gyógyszer-mennyiség rendelhető, vagy a legkisebb gyári csomagolás. Injekciós készítmények esetén megengedett a kiszerezési egység felbontása és ampullánkénti felírás is. Krónikus betegség kezelése során egy vényre **három havi gyógyszer adag is felírható**, ha a gyógyszer fogyasztói ára nem haladja meg az 50 ezer forintot. Az ennél drágább készítmények esetén vényenként 30 napi mennyiség rendelhető azonos időpontban. Kivételesen, betegellátási érdekből az 50 ezer forintnál olcsóbb gyógyszerből 12 havi mennyiség szerepelhet egy vényen. A havi mennyiséget meghaladó esetben a vényen fel kell tüntetni, mely időpontig látták el beteget.

Nem lehet kiadni gyógyszert olyan vényre, ahol a rendelésre vonatkozó adatokban javítás szerepel, és azt nem erősítette meg az orvos aláírásával és bélyegzőjének lenyomatával, illetve az adagolásra vonatkozó adatok nem egyértelműek.

Az orvos által felírt terápiát a jogszabályban meghatározott esetekben kiadáskor helyettesíteni lehet, amennyiben a helyettesítés lehetőségét az orvos nem zárta ki a vényen. A helyettesítést a betegnek aláírásával kell elfogadni, és a helyettesített terméket is meg kell jeleníteni a vényen.

A recept kiadójának nevét (kézjegyét), a kiadóhely nevét, címét és azonosításra alkalmas jelét, valamint a kiadás keltét a vényen azonosításra alkalmas módon fel kell tüntetni. A kiadhatósági határidő a felírástól számított 3 hónap.

Társadalombiztosítási támogatás olyan vény után számolható el, amelyen az orvos egyértelműen feltüntette a támogatás alapjául szolgáló jogcímet és a kiváltó személy igazolta aláírásával az átvételt.

A betegre vonatkozó személyes adatok hiánya esetén a gyógyszert kiadó, a bemutatott okmányok alapján kiegészítést, javítást eszközölhet.

Gyógyászati segédeszköz, illetve gyógyászati ellátás rendelésekor a betegnek nyilatkoznia kell, hogy kihordási időn belül, illetve egy éven belül vett-e igénybe ellátást. A nyilatkozatot a vényre fel kell vezetni.

A gyógyászati segédeszközök esetén egy vényen csak a kihordási időre vonatkozó mennyiségű termék írható fel. Kihordási időn belül csak akkor rendelhető többletmennyiség, ha arra a beteg egyedi méltányosságból engedélyt kapott az OEP területi hivatalától. Az engedély számát fel kell tüntetni a recepten.

Gyógyászati segédeszközöket nem csak forgalmazásra működési engedéllyel rendelkező kiadó helyen lehet kiszolgáltatni, házhozszállítással is eljuttatható a beteghez. Az ehhez kapcsolódó nyilvántartás vezetése is az ellenőrzés tárgyát képezi.

Egyes nagy értékű eszközök (elektromos kerekesszékek, mopedek, művégtagok) rendeléséhez és kiadhatóságához elengedhetetlen feltétel az OEP ellenőrző főorvosának támogató ellenjegyzése, amely szintén a vényre kerül felvezetésre.

Orvosi rehabilitáció céljából igénybe vehető **gyógyászati ellátások** esetén a vény elválaszthatatlan részét képezi a kezelőlap, melyen az orvos egyértelműen feltünteti a kezelni kívánt testtáját, illetve a nyújtandó terápiát. A kezelőlapon kezelésenként szükséges az átvételt igazoló aláírás. A vényen meg kell nevezni azt a szolgáltatót, ahol a beteg igénybe veszi a gyógykúrát.

Egy naptári éven belül két gyógykúra rendelhető a betegnek. A felírást követően egy hónapon belül jelentkeznie kell az igénybevételre, és 56 nap áll rendelkezésre a kúra befejezéséig. Egy kúra minimum 6, maximum 15 kezelésből állhat. Műtétet követően 20 kezelés nyújtható a betegnek.

Azt a tényt, hogy a vény átvételekor vagy az azon szereplő adatok rögzítésekor a feldolgozó a jogszabályban előírt valamennyi alaki-tartalmi előírást ellenőrizte, a vényen kézjegyével dokumentálja.

7.5.4. KÉSZLETELLENŐRZÉS

A közfinanszírozott termékek és szolgáltatások ellenőrzésének harmadik formája a készletmozgások követése. Gyógyszert csak nagykereskedelmi engedéllyel rendelkező ellátótól, gyógyászati segédeszköz esetében csak a forgalomba hozótól lehet beszerezni.

Gyógyfürdőnél a rendelkezésre álló kapacitásadatok és az elszámolt gyógytényezők képezik az ellenőrzés alapját.

Gyógyszer és gyógyászati segédeszköz forgalmazásánál a termékek beérkezését igazoló dokumentumok, számlák, szállító levelek és az igényelt társadalombiztosítási támogatás összhangjának vizsgálata jelenti az ellenőrzést. Az év eleji nyitóleltár biztosítja az induló készletet. A nyitóleltár és az elszámolási ciklusban történt beszerzés együttesen az eladható mennyiség. Ebből kerül levonásra az elszámolt mennyiség. Az eladható és az elszámolt mennyiség különbsége a zárókészlet. Ha a zárókészlet pozitív vagy nulla, akkor ez lesz a következő elszámolási ciklus nyitókészlete. Ha a zárókészlet negatív, mennyiségi hiány keletkezik. A zárókészlet kiszámítása elszámolási időszakonként történik. A megállapított mennyiségi hiány jelenti a készlethiányt. A jogosulatlanul elszámolt termékekre jutó társadalombiztosítási támogatás összegét a szolgáltatónak vissza kell térítenie. Ha készleteltérés keletkezik, manuális vényellenőrzés szükséges annak tisztázására, hogy a vényen szereplő termékadatok kerültek-e elszámolásra.

[Kapcsolódó szabály: 1997. évi LXXXIII. tv. 38. § (1) bekezdés, 53/2007. (XII.7) EüM rendelet, 24/2003. (V.9.) ESzCsM rendelet, 20/2008.(V.14.) EüM rendelet, 14/2007. (III.14.) EüM rendelet, 5/2004. (XI.19.) EüM rendelet, 44/2004. (IV.28.) ESzCsM, 1/2003. (I.21.) ESzCsM rendelet, 134/1999. (VIII.31.) Kormányrendelet]

7.6. Pénzügyi ellenőrzések

7.6.1. EGÉSZSÉGÜGYI KÖZSZOLGÁLTATÁSOK FINANSZÍROZÁSA

Az Eütv. rögzíti az állam felelősségét a lakosság egészségi állapotáért, valamint az egészségügy szervezéséért és irányításáért.

A törvény tartalmazza, hogy az állam az Egészségbiztosítási Alap (továbbiakban: E. Alap) költségvetésében biztosítja az Ebtv-ben meghatározott, a megfelelő szintű és minőségű egészségügyi ellátások működésének fedezetét. Az Ebtv. tartalmazza, hogy az állam az e törvényben meghatározott ellátások teljesítését akkor is biztosítja, ha az ahhoz szükséges kiadások az E. Alapból nem fedezhetők [9]. Azok az egészségügyi szolgáltatások, amelyek költségének fedezete az egészségügyről szóló törvény és az Ebtv. alapján a központi költségvetésben és az E. Alapon keresztül nincs biztosítva, az egészségügyi szolgáltató által – külön jogszabályban foglaltak figyelembevételével – meghatározott térítési díj ellenében vehetők igénybe.

Az egészségügyi közszolgáltatás részben vagy egészben az államháztartás terhére finanszírozott egészségügyi szolgáltatást jelent. Az államháztartás a közfeladatok ellátásának egységes szervezeti, tervezési, gazdálkodási, ellenőrzési, finanszírozási, adatszolgáltatási és beszámolási szabályok szerint működő rendszere. Mindezekre vonatkozó keretszabályokat az államháztartásról szóló törvény határozza meg. E törvény szerint a közfeladat jogszabályban meghatározott állami vagy önkormányzati feladat.

Az egészségügyi közszolgáltatás ennek megfelelően közfeladat, amelynek finanszírozása az államháztartáson keresztül történik az alábbi bontásban:

Az államháztartás központi és önkormányzati alrendszerből áll. Az államháztartás központi alrendszerének részét képezik a társadalombiztosítás pénzügyi alapjai. A társadalombiztosítás pénzügyi alapjai a társadalombiztosítás rendszerének működtetése során az állam nevében beszedendő költségvetési bevételek és teljesítendő kiadások elszámolására szolgálnak.

A költségvetési bevételeket és költségvetési kiadásokat az éves központi költségvetésről szóló törvény fejezetekre tagolva (amely fejezetrendet képez) állapítja meg. A társadalombiztosítás pénzügyi alapjai alaponként – Nyugdíjbiztosítási Alap és Egészségbiztosítási Alap – külön fejezetben jelennek meg. A fejezeten belül a költségvetési bevételi és költségvetési kiadási előirányzatok cím, alcím, jogcímcsoport és jogcím szerinti bontásban található.

A központi költségvetésről szóló törvényben az egészségügyi közszolgáltatások költségvetését az Egészségbiztosítási Alap LXXII. fejezete tartalmazza.

Az Egészségbiztosítási Alap költségvetésében az egészségügyi ellátások **főbb kiadásai**:

- egészségügyi ellátás pénzügyi ellátásai
- természetbeni ellátások.

A természetbeni ellátások kiadásai alatt kerülnek kibontásra a **Gyógyító-megelőző ellátások kiadásai**. A Gyógyító-megelőző ellátás jogcímcsoport tartalmazza az E. Alapból finanszírozott térítésmentesen vagy részleges térítés ellenében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokat nyújtó egészségügyi szolgáltatók szerződésben meghatározott feladataira tárgyévben folyósítandó összeget.

Összegezve, az egészségügyi szolgáltatók a finanszírozási szerződésben foglalt feladataik ellátására – a költségvetési törvényben a gyógyító-megelőző ellátások kiadásaiként nevesítve – az E. Alapból folyósított finanszírozást, vagyis közpénzt kapnak (amelyet közfinanszírozásnak is neveznek), és amelyek folyósítását az OEP, mint központi költségvetési szerv végzi.

Az Egészségbiztosítási Alap költségvetésében az **egyéb bevételek** között található az egészségügyi szolgáltatók ellenőrzéseiből eredő visszafizetések a következő bontásban:

- gyógyszer-támogatással, gyógyászati segédeszköz támogatással kapcsolatos ellenőrzésekből eredő visszafizetések
- az egészségügyi szolgáltatók egyéb visszafizetései.

Az egészségügyi szolgáltatók egyéb visszafizetései tartalmazzák a gyógyító-megelőző ellátások és a gyógyfürdő szolgáltatások jogalap nélküli elszámolásához kapcsolódó visszafizetéseket.

[Kapcsolódó szabályok: 1997. évi CLIV. törvény; 2011. évi CXCV. törvény; éves központi költségvetésről szóló törvények]

7.6.1.1. A finanszírozás nyilvántartásának szabályai az egészségügyi tárgyú jogszabályokban

Az egészségbiztosító pénzügyi ellenőrzése az E. Alapból folyósított finanszírozás szabályszerű felhasználásának vizsgálatára irányul, illetve irányulhat, ezért az egészségügyi szolgáltatónak a finanszírozás keretében kapott összeget más pénzeszközeitől elkülönítetten kell kezelnie.

A finanszírozás összegének elkülönített kezelése azt jelenti, hogy az egészségügyi szolgáltatónak a teljes bevételeiből és kiadásaiból meg kell határoznia, és elkülönítetten kell nyilvántartania az E. Alapból finanszírozott tevékenysége bevételeit és kiadásait.

Az egészségügyi szolgáltató az elkülönítési kötelezettségének a pénzügyileg teljesült bevételeinek és kiadásainak nyilvántartásában egyaránt köteles eleget tenni.

Az egészségbiztosító az általa folyósított pénzeszközök felhasználásának pénzügyi ellenőrzése során pénzforgalmi szemléletben vizsgálja az elkülönített kezelési kötelezettség teljesítését és a finanszírozás összegének felhasználását.

A finanszírozás keretében folyósított összeg csak a finanszírozási szerződésben foglalt feladatokra használható fel.

A fenti szabályok valamennyi finanszírozott egészségügyi szolgáltatóra vonatkoznak, függetlenül attól, hogy költségvetési szerv, vállalkozás, civil szervezet vagy egyházi jogi személy végzi a feladatot, illetve egészségügyi alap- vagy szakellátást végeznek.

Az Eütv-ben meghatározott egészségügyi szolgáltató fogalmából kiindulva is megállapítható, hogy a tulajdoni forma és a fenntartó szempontjából nincs különbségtétel az egészségügyi szolgáltatók között (szektorsemleges finanszírozás):

Egészségügyi szolgáltató a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.

A fenti szabályozáson túl korlátozó rendelkezés a helyi önkormányzatokra és a háziorvosi ügyeleti ellátást nyújtó szolgáltatókra vonatkozik:

Abban az esetben, amikor a finanszírozási szerződés megkötésének szempontjából a helyi önkormányzat minősül egészségügyi szolgáltatónak, a finanszírozás keretében kapott összeg az egészségügyi szolgáltatók működésével kapcsolatos igazgatási kiadásaira nem használható fel.

A háziorvosi ügyeleti ellátást nyújtó szolgáltatók részére a finanszírozás keretében kapott ügyeleti ellátás díjazása kizárólag az ügyeleti szolgáltatás kiadásaira használható fel, vagyis az ügyeleti ellátás díja nem csoportosítható át más, finanszírozási szerződésben foglalt feladat ellátására.

Összegezve, az egészségügyi tárgyú jogszabályok az E. Alapból kapott finanszírozás nyilvántartására és felhasználására vonatkozóan további előírásokat nem tartalmaznak, ennek megfelelően a teljes finanszírozás összegét az egészségügyi szolgáltatók – a fenti két korlát figyelembevételével – az önálló gazdálkodás szabályainak megfelelően használhatják fel a finanszírozási szerződésben meghatározott feladataik ellátására.

[Kapcsolódó szabályok: 1997. évi LXXXIII. törvény 35. § (1)–(3); 217/1997. Korm. rend. 22/B. §; 43/1999. Korm. rend. 19. § (7)]

7.6.1.2. A közpénz nyilvántartásának szabályai a számviteli, könyvvezetési és nyilvántartási kötelezettséget meghatározó jogszabályokban

Az egészségügyi szolgáltatók gazdálkodási formájuk szerint különbözőek: gazdasági társaság, nonprofit gazdasági társaság, egyéni vállalkozó, egyéni cég, központi költségvetési szerv, helyi önkormányzat, egyesület, alapítvány, egyházi jogi személy.

Az egészségügyi szolgáltatókra a gazdálkodási formájuktól függően különböző számviteli, könyvvezetési és nyilvántartási szabályok vonatkoznak.

A számviteli, könyvvezetési és nyilvántartási szabályokat meghatározó számviteli törvény és adótörvények kitérnek arra, hogy a kötelezően előírt könyvviteli nyilvántartásaikat a gazdálkodóknak, illetve az adózóknak tovább kell részletezniük, amennyiben közpénzből gazdálkodnak, és más jogszabályok további előírásokat fogalmazznak meg a nyilvántartásaik tartalmára és ellenőrizhetőségére vonatkozóan.

Az egészségbiztosító pénzügyi ellenőrzései tekintetében azok a külön jogszabályok, amelyekhez az egészségügyi szolgáltatóknak a finanszírozás, mint közpénz nyilvántartására és felhasználására vonatkozóan a könyvviteli nyilvántartásaikat igazítaniuk kell, a fentiekben kifejtett egészségügyi tárgyú jogszabályok előírásai.

[Kapcsolódó szabályok: 2000. évi C. tv. 161/A. § (2); 1995. évi CXVII. tv. 10. § (9); 2002. évi XLIII. tv. 4. § (7); 2012. évi CXLVII. tv.]

7.6.2. PÉNZÜGYI ELLENŐRZÉSEK TARTALMA

Az egészségbiztosító **pénzügyi ellenőrzést** végezhet:

- finanszírozási szerződéssel rendelkező egészségügyi szolgáltatónál,
- finanszírozási szerződés megszűnését követő 90 napon belül megindított záró ellenőrzések keretében.

Az egészségbiztosító pénzügyi ellenőrzések keretében ellenőrzi:

- a finanszírozott egészségügyi szolgáltatások elszámolási rendjét,
- az elszámolások valóságát,
- a folyósított pénzeszközök felhasználásának pénzügyi szabályszerűségét és elkülönítését.

[Kapcsolódó szabályok: 1997. évi LXXXIII. tv. 36. § (1) – (3), 38/C. § (1) – (4)]

7.6.2.1. Elkülönítési kötelezettség teljesítésének ellenőrzése

Az egészségügyi szolgáltatónak – gazdálkodási formától függetlenül – a finanszírozás keretében kapott összeget elkülönítetten kell kezelnie más pénzeszközeitől.

Az egészségügyi szolgáltatónak elkülönítési kötelezettsége akkor keletkezik, ha az E. Alapból finanszírozott tevékenységein kívül más tevékenységet is végez, és amelyből bevétele és kiadása keletkezik.

Az egészségbiztosító ellenőrzése az E. Alapból folyósított finanszírozás, mint **bevétel**, és annak felhasználása, mint **kiadás tételeinek ellenőrzésére** terjed ki, ezért szükséges ezeknek a bevételeknek és kiadásoknak a technikai leválasztása más bevételektől és kiadásoktól.

Az elkülönített nyilvántartás vezetésének módjáról külön szabályozás nem rendelkezik, ezért az egészségügyi szolgáltatók az **elkülönített kezelés alkalmazott szabályairól** a könyvvizetési sajátosságokra figyelemmel önállóan döntenek.

Az elkülönített nyilvántartás vezetése megvalósulhat:

- külön bankszámla és házipénztár alkalmazásával,
- a főkönyvi könyvviteli rendszeren belül kialakított elkülönített nyilvántartási rendszer működtetésével,
- a főkönyvi könyvelésen kívül vezetett analitikus nyilvántartások létrehozásával.

A finanszírozott egészségügyi szolgáltatások elszámolási rendjének, az elszámolások valóságának és a folyósított pénzeszközök felhasználásának pénzügyi szabályszerűségi vizsgálatához az egészségügyi szolgáltatóknak olyan nyilvántartásokat kell kialakítaniuk, amelyek átláthatók, ellenőrizhetők, valamint összhangban állnak a számviteli bizonylatok tartalmával.

A. Pénzügyileg teljesített bevételek és kiadások

Az egészségügyi szolgáltató az elkülönítési kötelezettségének a pénzügyileg teljesített bevételeinek és kiadásainak nyilvántartásában egyaránt köteles eleget tenni.

A pénzügyileg teljesített bevételek az egészségügyi szolgáltató bankszámláján jóváírt és a házipénztárba befizetett összegek.

Az E. Alapból folyósított finanszírozás egészségügyi szolgáltató bankszámláján jóváírt összegei pénzügyileg teljesített bevételként jelennek meg az egészségügyi szolgáltató könyvviteli nyilvántartásaiban. **A pénzügyileg teljesített finanszírozási bevételek tételesen meghatározhatók és ellenőrizhetők.**

A pénzügyileg teljesített kiadások az egészségügyi szolgáltató bankszámlájáról átutalt és a házipénztárából kifizetett összegek.

Az E. Alapból folyósított finanszírozás felhasználásának pénzügyileg teljesített kiadásai mindazok a kiadások, amelyek a finanszírozási szerződésben meghatározott feladatellátás érdekében kerültek átutalásra, illetve kifizetésre.

A pénzügyileg teljesített kiadások azonban nem csak tételes kiadások lehetnek – ami azt jelenti, hogy egy kiadási tétel teljes egészében az egészségbiztosítóval szerződött feladat ellátásához kapcsolódik –, hanem felmerülhetnek olyan kiadások is, amelyek a szerződött feladat ellátásán kívül más tevékenység, illetve tevékenységek ellátásához is kapcsolódnak.

Az a tény, hogy az egészségügyi szolgáltatók finanszírozási szerződést kötnek az egészségbiztosítóval, nem jelenti azt, hogy kizárólag ezeket a feladataikat végezhetik.

Az egészségügyi szolgáltatók – a gazdálkodási formától függően meghatározott szabályok szerint – más tevékenységet is végezhetnek az egészségbiztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatások nyújtása mellett.

Az egészségbiztosítóval szerződött és nem szerződött tevékenységekhez is kapcsolódó kiadásokat az egészségügyi szolgáltatóknak meg kell osztaniuk az érintett tevékenységeik között.

A kiadások megosztása ún. **vetítési alapok** alkalmazásával történhet, ami azt jelenti, hogy a tevékenységek végzéséhez kapcsolódó legjellemzőbb mérőszám alapján kell megosztani a kiadásokat.

A vetítési alapok, amelyeket az egészségügyi szolgáltatók jellemzően alkalmaznak, és az egészségbiztosító elfogad az ellenőrzései során, a következők: bevételek aránya, rendelési idő aránya, munkaidő aránya, négyzetméter aránya, légköbméter aránya, megtett kilométer aránya, illetve ezeken kívül más vetítési alapok is felmerülhetnek, ami alapján megoszthatók a kiadások.

Példa: egy rendelőt egészségbiztosítóval szerződött és magánorvosi tevékenységhez is használnak. Ebben az esetben a rendelő működtetésének rezi kiadásait meg kell osztani a tevékenységek között rendelési idő arányában, és az E. Alapból kapott finanszírozás terhére a szerződött feladatellátás kiadásaként a szerződött feladatra jutó kiadásrész számolható el.

Jellemzően előforduló kiadások, amelyek egészségbiztosítóval szerződött és nem szerződött tevékenységekhez is kapcsolódhatnak és megosztásuk felmerülhet:

- több tevékenységet végző dolgozó bére, járuléka, adója megosztható többféle módon, pl. bevétel arányban, munkaidő arányában, rendelési idő arányában,
- több tevékenységhez használt rendelők, gépek, berendezések beszerzési, felújítási, karbantartási kiadásai megoszthatók pl. a bevétel arányában, rendelési idő arányában,
- egy épületben különböző rendelőkben végeznek szerződött és magánorvosi tevékenységet és nincsenek külön mérőórák, akkor a rezi kiadásainak megosztása történhet négyzetméter vagy légköbméter arányában,
- több tevékenységhez használt gépjárművek kiadásai (pl. üzemanyag, adók, biztosítások, beszerzés összege, bérleti díj vagy lízingdíj) megoszthatók jellemzően a megtett kilométer arányában,
- teljes szervezetet érintő könyvelési, jogi szolgáltatási, központi igazgatási kiadások megoszthatók jellemzően a bevétel arányában,
- a bankköltségek megoszthatók jellemzően a bevétel arányában,
- több tevékenységet érintően felvett működési, beruházási hitelek törlesztő részletei megoszthatók jellemzően a bevétel arányában.

Az egészségügyi szolgáltatók a kiadások megosztásának módszereit önállóan határozzák meg, amelyet írásban rögzítenek, illetve a nagyobb szervezetek szabályzatba foglalnak.

Az egészségügyi szolgáltatók könyvelése, illetve nyilvántartása – gazdálkodási formától és könyvvezetési, nyilvántartási kötelezettségtől függően – különböző szabályok mentén tartalmazza a bevételeket és a kiadásokat.

Példa: egy költségvetési szervként működő kórházra és egy egyéni vagy társas vállalkozó fogorvosi szolgáltatóra eltérő szabályok vonatkoznak, hogy milyen adattartalmú nyilvántartást kötelesek vezetni bevételeikről és kiadásaikról.

Az egészségbiztosító az eltérő könyvvezetési, nyilvántartási szabályokra figyelemmel ellenőrzi az egészségügyi szolgáltatók részére folyósított finanszírozás és felhasználása nyilvántartásait.

Az egészségügyi szolgáltatók pénzügyileg teljesített bevételeit és kiadásait a pénzforgalmi nyilvántartások tartalmazzák. A gazdálkodók teljes körű számviteli, könyvviteli nyilvántartásainak részét képezik a pénzforgalmat tartalmazó nyilvántartások.

A kötelezően vezetett főkönyvi és analitikus könyvviteli nyilvántartások a kapcsolódó számviteli bizonylatokkal együtt egymástól elválaszthatatlan, szerves egységet képeznek.

A nyilvántartások és a bizonylatok adatai közötti egyeztetés és ellenőrzés lehetőségét, függetlenül az adathordozók fajtájától, a feldolgozás kézi vagy gépi technikájától, logikailag zárt rendszerrel kell biztosítani.

B. Könyvviteli nyilvántartások alapfogalmai

A számviteli törvény meghatározza a könyvvezetési kötelezettséghez kapcsolódó fogalmakat, tartalmakat.

A **könyvvezetés** az a tevékenység, amelynek keretében a gazdálkodó a tevékenysége során előforduló, a vagyoni, pénzügyi, jövedelmi helyzetére kiható gazdasági eseményekről folyamatosan nyilvántartást vezet, és azt az üzleti év (jellemzően ez a naptári év) végével lezárja.

A könyvvitelben rögzített tételeknek a valóságban is megtalálhatóknak, bizonyíthatóknak, kívülállók által is megállapíthatóknak kell lenniük.

Az **analitikus nyilvántartások** részletes mennyiségi és értékbeni adatokat tartalmaznak.

A **főkönyvi könyvelés** összevont, rendszerezett értékbeni adatokat tartalmaz, amelynek elemei: főkönyvi számlák, könyvelési naplók, főkönyvi kartonok, főkönyvi kivonat.

A főkönyvi könyvelés főkönyvi számlákra történő könyvelést jelent.

A **főkönyvi számlákat** a gazdálkodók elnevezik a gazdasági eseményeik alapján.

Bevételeket tartalmazó főkönyvi számla pl. E. Alapból származó finanszírozás bevételei, Térítési díjak árbevételei.

Kiadásokat (költségeket) tartalmazó főkönyvi számla pl. Élelmiszer, Gyógyszer, Mosodai anyagok, Munkabér, Gázenergia, Villamosenergia, Üzemanyag, Bankköltség.

A **főkönyvi karton** időrendben tartalmazza egy adott főkönyvi számla üzleti évben rögzített forgalmi adatait.

A **főkönyvi kivonat** a főkönyvi számlák összesített éves forgalmi adatait és egyenlegeit tartalmazza. A főkönyvi számlákra **könyvelési naplók**on keresztül lehet könyvelni.

Az egyes könyvelési naplókban a főkönyvi számlák tételei időrendben jelennek meg.

Alkalmazott könyvelési naplók: nyitó napló, szállító napló, vevő napló, banknapló, pénztárnapló, vegyes napló, záró napló.

A **nyitó és záró napló** az év eleji és év végi nyitó és záró tételeket tartalmazza.

A **szállító naplón** a beszerzéseket tartalmazó bejövő (befogadott) számlák könyvelése szerepel (bejövő számlák előírása).

A **vevő naplón** a termékértékesítést és szolgáltatásnyújtást tartalmazó kimenő (kiállított) számlák könyvelése szerepel (kimenő számlák előírása).

A **banknapló** tartalmazza a bankszámla forgalmat érintő jóváírási és terhelési tételeket (a bejövő és kimenő számlák pénzügyi teljesítését is).

A **pénztárnapló** tartalmazza a házipénztári forgalmat érintő bevételi és kiadási tételeket (bevételi és kiadási pénztárbizonylatok, készpénzes számlák pénzügyi teljesítését).

A **vegyes napló** egyéb, pénzforgalmat nem érintő tételeket és helyesbítéseket tartalmaz.

[Kapcsolódó szabályok: 2000. évi C. törvény 12. §, 15. §, 160. §, 161. §]

C. Könyvviteli nyilvántartások köre

Az egészségbiztosító a könyvvezetés módjától függően – igazodva a kötelezően vezetett főkönyvi és analitikus nyilvántartásokhoz – különböző nyilvántartások bekérésével ellenőrzi az elkülönítési kötelezettség teljesítését és a finanszírozás felhasználását.

Kettős könyvvitelt vezető költségvetési szervek esetében:

A költségvetési szervek könyvvitele a legösszetettebb, legrészletesebb adattartalmú, amelynek egy meghatározott része képezi alapját a pénzügyi ellenőrzéseknek.

A költségvetési könyvvezetés keretében történik a bevételi és kiadási előirányzatok alakulására, a követelések, kötelezettségvállalások, más fizetési kötelezettségek, valamint ezek teljesítésére kiható gazdasági eseményekről a valóságnak megfelelő, folyamatos, zárt rendszerű, áttekinthető nyilvántartások vezetése, amelyeket a költségvetési év végén le kell zárni.

A pénzügyi ellenőrzést érintő könyvviteli nyilvántartások köre a költségvetési szerveknél:

- éves beszámoló, főkönyvi kivonat
- banknapló, pénztárnapló, vevő napló, szállító napló, vegyes napló
- főkönyvi kartonok

A költségvetési könyvvezetés pénzforgalmi nyilvántartásai:

- kiadások elszámolására a 05-ös számlacsoport főkönyvi számlái
- bevételek elszámolására a 09-es számlacsoport főkönyvi számlái

Az éves beszámoló űrlapjaiból:

- 05-ös űrlap: „Teljesített kiadások kormányzati funkcióként”
- 06-os űrlap: „Teljesített bevételek kormányzati funkcióként”

Kettős könyvvitelt választó szervezetek, illetve kötelezően vezető társas vállalkozások esetében:

- éves beszámoló (egyszerűsített éves beszámoló), főkönyvi kivonat
- banknapló, pénztárnapló, vevő napló, szállító napló, vegyes napló
- főkönyvi kartonok

Egyszeres könyvvitelt vezető szervezetek, egyéni vállalkozók, egyéni cégek (kézi vagy gépi nyilvántartások) esetében:

- naplófőkönyv és kiegészítő analitikus nyilvántartások (kézi könyvelésnél).

A naplófőkönyvbe kizárólag pénzforgalmi adatokat könyvelnek, és az egyéb információkat a kiegészítő analitikus nyilvántartások tartalmazzák (követelések, kötelezettségek, értékcsökkenési leírás stb.).

vagy:

- banknapló, pénztárnapló és a hozzákapcsolódó analitikus nyilvántartások (gépi könyvelésnél)

Az egyszerűsített vállalkozói adózók (EVA) esetében:

- bevételi nyilvántartás
- adónként és járulékonként vezetett nyilvántartás

Az Ebtv. és az EVA törvény alapján az EVÁ-s egészségügyi szolgáltatókra is vonatkozik, hogy a finanszírozás összegét és annak felhasználását elkülönítetten kötelesek nyilvántartani, ennek megfelelően a fenti két kötelezően vezetett nyilvántartást további nyilvántartásokkal kell ki egészíteniük.

Kisadózó vállalkozások (KATA) esetében:

- bevételi nyilvántartás

Az Ebtv. alapján a KATÁ-s egészségügyi szolgáltatókra is vonatkozik, hogy a finanszírozás összegét és annak felhasználását elkülönítetten kötelesek nyilvántartani, ennek megfelelően a fenti kötelezően vezetett nyilvántartást további nyilvántartásokkal ki kell egészíteniük.

7.6.2.2. A finanszírozás felhasználásának ellenőrzése

A finanszírozás keretében folyósított összeg csak a finanszírozási szerződésben foglalt feladatokra használható fel.

Az egészségbiztosító pénzforgalmi szemléletben vizsgálja a finanszírozás összegének felhasználását. Ez azt jelenti, hogy az ellenőrzött időszakban pénzügyileg teljesített kiadások számolhatók el a finanszírozás felhasználásaként.

Az egészségügyi szolgáltatók ennek megfelelően azokat a bejövő számlákat nem számolhatják el a finanszírozás felhasználásaként, amelyek alapján ugyan a termékbeszerzés vagy a szolgáltatás-nyújtás megtörtént, de a kifizetésére még nem került sor (pl. a megrendelt gyógyszerek szállítása megtörtént, az egészségügyi szolgáltató megkapta a gyógyszereket, de még nem fizette ki az ellenértékét). Ezek a számlák egy következő elszámolási időszak pénzügyileg teljesített kiadásai lesznek, amikor a kiegyenlítésükre sor kerül. Az egészségügyi szolgáltatók ezeket a számlákat a kiegyenlítésükig a kötelezettségek között tartják nyilván.

A. Számviteli bizonylatok köre

Az egészségbiztosító a finanszírozás összegének finanszírozási szerződésben foglalt feladatokra történő felhasználását az elkülönített nyilvántartásokban rögzített számviteli bizonylatok tartalma alapján vizsgálja.

A szerződött feladatellátás kiadásai alapvetően a működési kiadások, de beruházási, felújítási kiadásokat is elszámolhatnak az egészségügyi szolgáltatók.

A számviteli törvény meghatározza a számviteli bizonylat fogalmát, tartalmát, elkészítésének és megőrzésének idejét.

Számviteli bizonylat minden olyan a gazdálkodó által kiállított, készített, illetve a gazdálkodóval üzleti vagy egyéb kapcsolatban álló természetes személy vagy más gazdálkodó által kiállított, készített okmány (számla, szerződés, megállapodás, kimutatás, hitelintézeti bizonylat, bankkivonat, jogszabályi rendelkezés, egyéb ilyennek minősíthető irat) – függetlenül annak nyomdai vagy egyéb előállítási módjától -, amely a gazdasági esemény számviteli elszámolását (nyilvántartását) támasztja alá.

A számviteli bizonylat a gazdasági eseménytől függően tehát formájában és tartalmában sokféle lehet, de minden egyes bizonylatnak a számviteli törvényben meghatározott általános alaki és tartalmi kellékekkel rendelkeznie kell.

Minden gazdasági műveletről, eseményről, bizonylatot kell kiállítani, illetve készíteni. A gazdasági műveletek (események) folyamatát tükröző összes bizonylat adatait a könyvviteli nyilvántartásokban rögzíteni kell. A számviteli bizonylatot a gazdasági művelet, esemény megtörténtének, illetve a gazdasági intézkedés megtételének vagy végrehajtásának időpontjában, illetve időszakában kell kiállítani.

A számviteli bizonylat adatainak alakilag és tartalmilag hitelesnek, megbízhatónak és helytállóknak kell lennie. A bizonylat szerkesztésekor a világosság elvét kell szem előtt tartani.

A számviteli (könyvviteli) nyilvántartásokba csak szabályszerűen kiállított bizonylat alapján szabad adatokat bejegyezni. Szabályszerű az a bizonylat, amely az adott gazdasági műveletre (eseményre) vonatkozóan a könyvvitelben rögzítendő és a más jogszabályban előírt adatokat a valóságnak megfelelően, hiánytalanul tartalmazza, megfelel a bizonylat általános alakai és tartalmi követelményeinek, és amelyet – hiba esetén – előírászerűen javítottak.

A könyvviteli elszámolást közvetlenül és közvetetten alátámasztó számviteli bizonylatokat (ideértve a főkönyvi számlákat, az analitikus, illetve részletező nyilvántartásokat is), legalább 8 évig kell olvasható formában, a könyvelési feljegyzések hivatkozása alapján visszakereshető módon megőrizni.

Az egészségügyi szolgáltatók mindezek alapján a finanszírozott feladatra történő felhasználást formájában és tartalmában sokféle számviteli bizonylattal képesek igazolni.

A finanszírozott feladatra történő felhasználást igazoló számviteli bizonylatok köre lehet:

számla, egyszerűsített számla (készpénzes számla), bevételi és kiadási pénztárbizonylat, bankszámlakivonat, szerződés, megállapodás, kimutatás, nyilatkozat, jegyzőkönyv, elvégzett munka dokumentációja, teljesítésigazolás, bérszámfejtés, adó- és járulékbemutató, menetlevél, útnyilvántartás, kiküldetési rendelvény stb.

[Kapcsolódó szabályok: 2000. évi C. törvény 166. §, 167. §, 169. §]

B. Finanszírozás felhasználásának jellemző kiadásai

- Kifizetett bérek, jövedelmek.
- Személyi jellegű egyéb kifizetések: pl. jubileumi jutalom, végkielégítés, napidíj, munkába járással kapcsolatos költségtérítés, betegszabadság díjazása.
- Cafetéria juttatások.
- Adók (személyi jövedelemadó, társasági adó, iparűzési adó, stb.), járulékok, hozzájárulások.
- Anyagköltségek: gyógyszer, szakmai anyag, élelmiszer, üzemanyag, kenőanyag, munka- és védőruha, irodaszer, nyomtatvány, tisztítószer, szakmai könyv, folyóirat, karbantartási anyagok, stb.
- Szolgáltatások: vásárolt egészségügyi szolgáltatások, épületek bérleti díja, gépek bérleti díja, oktatás, továbbképzés, közüzemi díjak, könyvviteli és jogi szolgáltatás díjai, telefon- és internet-díjak, postaköltség, számítástechnikai szolgáltatások, javítás, karbantartás, biztosítások, bankköltségek, hatósági, igazgatási, szolgáltatási díjak, veszélyes hulladék szállítási díja, tagsági díjak, közvetített szolgáltatások díja stb.
- Nagy értékű és kis értékű gépek, berendezések, felszerelések beszerzése, felújítása, lízingdíja.
- Járművek beszerzése, felújítása, lízingdíja.
- Hitel- és kölcsöntörlesztések: a hitelek és kölcsönök törlesztésének összegei akkor számolhatóak el a finanszírozás terhére, ha a felvett hitelek és kölcsönök a finanszírozási szerződésben foglalt feladatok ellátásához kapcsolódnak.

- Reprezentációs kiadások.
- Profitorientált vállalkozások osztalék kifizetései.

Összegezve, az E. Alapból folyósított finanszírozás terhére mindazok **a kiadások elszámolhatók**, amelyek a számviteli bizonylatok tartalma alapján **a finanszírozási szerződésben foglalt feladatok ellátásához kapcsolódnak**. A finanszírozás terhére megvásárolt, bérelt vagy lízingelt gépek, berendezések, felszerelések, járművek, egyéb eszközök esetében az egészségügyi szolgáltatóknak biztosítaniuk kell a helyszíni ellenőrzés során a fellelhetőségüket, a meglétük ellenőrizhetőségét.

A banki és házipénztári bevételek és kiadások pénzárama:

Nyitó pénzeszközök
 + pénzügyileg teljesített bevételek
 – pénzügyileg teljesített kiadások
 = Záró pénzeszközök

Az egészségügyi szolgáltató, amennyiben az ellenőrzött időszakban nem használta fel a teljes finanszírozását, a megmaradt (záró) pénzeszközét a következő időszakban bármikor felhasználhatja.

7.6.3. PÉNZÜGYI ELLENŐRZÉSEK MENETE

Az egészségbiztosító az ellenőrzéseit elsődlegesen az előzetes elemzésen alapuló kijelölés, véletlenszerű kiválasztás, az adott évben érvényes ellenőrzési iránymutatások szerint összeállított **ellenőrzési terveinek** megfelelően hajtja végre, amelyek **oron kívül** – főként panasz- és közérdekű bejelentések alapján – **elrendelt ellenőrzésekkel** egészülhetnek ki.

Az ellenőrzések megkezdése előtt megbízólevél kiadására kerül sor, amely tartalmazza az ellenőrzött szolgáltató nevét, az ellenőrzés tárgyát, időszakát, valamint az ellenőrzést végrehajtó ellenőrök nevét. Az ellenőrzések elrendelése során a megbízólevél átadásra kerül az ellenőrzött egészségügyi szolgáltatónak.

Az ellenőrzés elrendelésére írásban kerül sor, amelyben felsorolásra kerülnek a pénzügyi ellenőrzés végrehajtásához szükséges dokumentumok (a fentiekben ismertetett könyvviteli nyilvántartások és számviteli bizonylatok köre).

A dokumentumok ellenőrzése történhet bekérés alapján az egészségbiztosító ellenőrzést végző szervezeti egységeinél, illetve az egészségügyi szolgáltatónál végzett helyszíni ellenőrzések keretében. A pénzügyi ellenőrzés során az egészségbiztosítónak lehetősége van helyszíni ellenőrzés végrehajtására is, amely az egészségügyi szolgáltató székhelyén vagy telephelyén valósulhat meg.

Az ellenőrzés befejezését követően az ellenőri megállapításokról jegyzőkönyv készül (helyszíni ellenőrzési jegyzőkönyv, illetve a teljes ellenőrzési folyamat lezárását követően készített jegyzőkönyv), amelyet mind a két fél aláír.

A megállapítások között az ellenőrzés során felmerült és az ellenőrzés eredményét befolyásoló adatokat, tényeket, körülményeket kell rögzíteni.

A **pénzügyi ellenőrzési megállapítások** a következők lehetnek:

Az egészségügyi szolgáltató az E. Alapból kapott finanszírozását és felhasználását

- elkülönítetten tartotta nyilván,
- részben különítette el,
- nem különítette el.

Az egészségügyi szolgáltató az E. Alapból kapott finanszírozását

- kizárólag a finanszírozási szerződésben foglalt feladatokra használta fel,
- részben a finanszírozási szerződésben foglalt feladatokra használta fel,
- nem a finanszírozási szerződésben foglalt feladatokra használta fel.

A finanszírozási szerződés alapján az egészségügyi szolgáltatónak lehetősége van a jegyzőkönyvi megállapításokra írásban észrevételt tenni.

Az észrevételek tartalmazhatnak olyan további bizonylatokat, információkat, feltárt tényeket, amelyek az ellenőrzés során nem álltak rendelkezésre, és ezek alapján módosításra kerülhetnek a jegyzőkönyvi megállapítások, amennyiben érintik a korábban megtett megállapításokat.

Az egészségbiztosító az ellenőrzés megállapításairól tájékoztatja a közszolgáltatásért felelős szervet, továbbá az egészségügyi szolgáltató fenntartóját, ha az nem a közszolgáltatásért felelős szerv.

Fenntartó:

- költségvetési szerv – egészségügyi szolgáltató – esetén az alapító okiratban irányító szervként megjelölt állami szerv, helyi önkormányzat vagy önkormányzati társulás,
- egyházi jogi személy vagy vallási tevékenységet végző szervezet által fenntartott egészségügyi szolgáltató esetében az egészségügyi szolgáltató alapító okiratában fenntartóként megjelölt ilyen jogalany,
- alapítványi, közalapítványi egészségügyi szolgáltató esetén az alapítvány, közalapítvány,
- egészségügyi felsőoktatási intézmény egészségügyi szolgáltatója esetén az egészségügyi felsőoktatási intézmény,
- más szervezet esetén a tulajdonosi jogokat gyakorló szervezet.

Egészségügyi közszolgáltatásért felelős szerv: az a fenntartó, akinek a fenntartásában lévő egészségügyi szolgáltató számára a szakellátási kapacitás határozattal megállapításra kerül.

[Kapcsolódó szabályok: 1997. évi LXXXIII. tv. 36. § (1), (2), (6); 1997. évi CLIV. tv., 2006. évi CXXXII. tv.; finanszírozási szerződés]

7.6.4. PÉNZÜGYI ELLENŐRZÉSEK JOGKÖVETKEZMÉNYEI

Az egészségbiztosító ellenőrzései során az együttműködés hiánya, illetve az adatszolgáltatás nem teljesítése esetében, továbbá az ellenőrzés során feltárt, az Ebtv-ben és a finanszírozási szerződésben meghatározott szabálytalanságok előfordulásakor az egészségbiztosító által meghatározott összegben az egészségügyi szolgáltatónak megtérítési kötelezettsége keletkezik az E. Alapba.

A megtérítési kötelezettségekre vonatkozó szabályokat az Ebtv. és a finanszírozási szerződés tartalmazza.

7.6.4.1. Az együttműködés és az adatszolgáltatás hiányának jogkövetkezményei

Az egészségügyi szolgáltató az ellenőrzési eljárás során köteles az egészségbiztosítóval folyamatosan együttműködni és a szükséges iratokat, dokumentációkat határidőre biztosítani.

Ha az egészségügyi szolgáltató vagy annak közreműködője az egészségbiztosító ellenőrzése során együttműködési, illetve adatszolgáltatási kötelezettségének felhívás ellenére sem tesz eleget, vagy az ellenőrzés lefolytatását akadályozza, akkor az egészségbiztosító jogosult a finanszírozási összeget, vagy annak az ellenőrzés tárgyára elkülöníthető részét mindaddig visszatartani, ameddig az egészségügyi szolgáltató vagy annak közreműködője kötelezettségének eleget nem tesz.

A záró ellenőrzések során, amennyiben az ellenőrzött egészségügyi szolgáltató nem biztosítja az ellenőrzés elvégzéséhez az e törvény és a végrehajtására kiadott jogszabály szerint szükséges adatokat, a szolgáltató köteles az ellenőrzés tárgyát képező időszak alatt részére folyósított finanszírozási összeg egészségbiztosító által meghatározott részét visszatéríteni.

[Kapcsolódó szabályok: 1997. évi LXXXIII. tv. 36. § (8a), 38/C. § (2), finanszírozási szerződés]

7.6.4.2. Pénzügyi ellenőrzések megállapításainak jogkövetkezményei

Az egészségügyi szolgáltató, amennyiben az E. Alapból kapott finanszírozásának összegét nem a finanszírozási szerződésében meghatározott egészségügyi szolgáltatásokra használja fel, köteles a kapott összeget – a szerződésesség esetére kikötött egyéb jogkövetkezmények mellett – az E. Alap számára megtéríteni.

Az egészségbiztosító a pénzügyi ellenőrzés során megállapított követelését jogosult az igénybe vett finanszírozás folyósítását követő öt éven belül a finanszírozás elszámolása során is érvényesíteni. Ez azt jelenti, hogy az egészségbiztosító a követelésének összegével csökkentett finanszírozást folyósít az egészségügyi szolgáltató részére.

Az egészségügyi szolgáltatónak a követelés összege után a fizetési kötelezettség megállapításakor érvényes jegybanki alapkamat kétszeresét kell fizetni, amennyiben a kamat összege meghaladja az 1000 forintot. A kamatkövetelés öt éven belül a finanszírozás elszámolása során is érvényesíthető.

Záró ellenőrzések keretében, amennyiben az egészségbiztosító megállapítja, hogy az egészségügyi szolgáltató az E. Alapból kapott összeget nem a megszűnt finanszírozási szerződésében meghatározott egészségügyi szolgáltatásokra használta fel, vagy azt nem használta fel, köteles a kapott összeget – a szerződésesség esetére kikötött egyéb jogkövetkezmények mellett – az E. Alap számára megtéríteni.

[Kapcsolódó szabályok: 1997. évi LXXXIII. tv. 35. § (6), 37. § (10), (13), 38/C. § (3), finanszírozási szerződés]

7.6.4.3. Az egészségbiztosító eljárása a megtérítési kötelezettség megállapítása során

A pénzügyi ellenőrzés során az elkülönített nyilvántartások adatai és a számviteli bizonylatok tartalma alapján az egészségbiztosító meghatározza az ellenőrzött időszakban folyósított finanszírozásból azt az összeget, amelyet az egészségügyi szolgáltató nem a szerződött feladatellátásra használt fel.

Az egészségbiztosító az Ebtv-ben előírt mértékben és a finanszírozási szerződésben meghatározott időszakra vonatkozóan megállapítja a kamat összegét is.

A jogosulatlan felhasználás összegét és annak kamatát az egészségügyi szolgáltató köteles az E. Alap számára megtéríteni.

Az egészségbiztosító a jogosulatlan felhasználás összegéről és a kamat összegéről, valamint a kamat mértékéről és felszámításának időszakáról fizetési felszólítást küld az egészségügyi szolgáltatónak, amely tartalmazza a megtérítési kötelezettség megtérülésének módját is.

A megtérítés történhet:

- a havi finanszírozás összegéből levonással:
A jogosulatlan felhasználás összegét és annak kamatát az egészségbiztosító jogosult az igénybe vett finanszírozás folyósítását követő öt éven belül a finanszírozás elszámolása során levonással érvényesíteni.
- az egészségügyi szolgáltató visszafizetésével:
Az egészségügyi szolgáltató a fizetési felszólításban megjelölt bankszámlaszámra az E. Alap számára visszafizeti a jogosulatlan felhasználás összegét és annak kamatát.

Az egészségügyi szolgáltatónak a finanszírozási szerződésben foglaltak szerint lehetősége van a megtérítési kötelezettségének teljesítéséhez részletekben történő levonást, illetve részletfizetést kérni az egészségbiztosítótól.

Az egészségbiztosító – figyelemmel a megtérítési kötelezettség nagyságára és az egészségügyi szolgáltató működőképességének fenntartására – megállapodást köthet az egészségügyi szolgáltatóval a megtérítési kötelezettség részletekben történő visszatérítéséről.

A megállapodás tartalmazza az egészségbiztosító által meghatározott részletek számát, a megtérülés módját és határidejét.

Az egészségügyi szolgáltató, ha a megállapodásban foglaltakat megszegi, köteles a fennálló tartozásának visszafizetését egy összegben teljesíteni.

Az Ebtv. alapján a záró ellenőrzéseknél ugyanazon szabályok szerint kell eljárni, mint a hatályos finanszírozási szerződéssel rendelkező egészségügyi szolgáltatók ellenőrzése során, azzal az eltéréssel, hogy a záró ellenőrzések keretében megállapított szankció megtérülése – finanszírozás hiányában – kizárólag visszafizetéssel teljesíthető.

A záró ellenőrzést követően az egészségbiztosító az egészségügyi szolgáltatótól kapott adatokat az esetleges elszámolásokkal kapcsolatos igényérvényesítés határidejének lejártáig, és kizárólag az igényérvényesítés elbírálásának érdekében kezelheti.

Az egészségügyi szolgáltató, amennyiben a megtérítési kötelezettségének nem tesz eleget, az egészségbiztosító igényét polgári peres eljárás vagy fizetési meghagyásos eljárás keretében érvényesíti.

7.6.4.4. A finanszírozási szerződés felmondásának esetei

Az Ebtv. és a finanszírozási szerződés is rögzíti azokat a szabályokat, amelyek alapján az egészségbiztosító jogosult a finanszírozási szerződés felmondására.

Az egészségbiztosító a finanszírozási szerződést felmondhatja:

- ha az egészségügyi szolgáltató megtérítési kötelezettsége meghaladja az ellenőrzött időszak alatt az egészségügyi szolgáltatónak járó teljes finanszírozási összeg húsz százalékát;
- ha az egészségügyi szolgáltató a finanszírozás keretében kapott összeg elkülönített kezelésére vonatkozó kötelezettségét nem teljesíti;
- ha az egészségügyi szolgáltató az ellenőrzéshez kapcsolódó adatszolgáltatási kötelezettségének – egyeztetett és elfogadott, megegyezés hiányában 30 napos határidőre – nem tesz eleget.

[Kapcsolódó szabályok: 1997. évi LXXXIII. tv. 37. § (15), (17), (18), finanszírozási szerződés]

IRODALOM

1. Kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény
2. Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII.15.) Korm. rendelet
3. A polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény
4. 217/1997. (XII. 1.) Korm. Rendelet a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról
5. Ágoston I, Vas G, Endrei D, Zemplényi A, Molics B, Szarka E, Cs. Horváth Z, Boncz I. A magyar kórházi ellátórendszer fejlődéstörténete a felvilágosult abszolutizmustól a II. világháború végéig. Egészség-Akadémia, 2011; 2(4): 272-285.
6. A biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény
7. Orvosi rehabilitáció céljából társadalombiztosítási támogatással igénybe vehető gyógyászati ellátásokról szóló 5/2004. (XI.9.) EüM rendelet
8. A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény
9. Boncz I, Sebestyén A. Financial deficits in the health services of the UK and Hungary. Lancet. 2006; 368(9539):917-918.

8. ADATGYŰJTÉS ÉS GÉPI ADATFELDOLGOZÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

(LIPP SÁNDOR)

8.1. Bevezetés

A környező világban számos jelenség, folyamat zajlik, amelyek szüntelenül bombázzák az érzékszerveket és ezen keresztül az agyat. Az ingereket az ember megpróbálja értékekkel kifejezni, pl. a színeket elnevezi piros, sárga, zöld, stb. színnek, a hőmérséklethez értéket rendel, hogy el tudja mondani a másik embernek, hogy milyen meleg volt a tavalyi nyár, a háziorvos megméri a vérnyomást stb. Ezek az értékek az **adatok**. Önmagában a 183 csak egy szám, de ha ez egy ember testmagassága, akkor az már adat, ami egy konkrét emberhez rendelhető. Az adatok önmagukban még mindig túl nagy mennyiségben vannak jelen, és nehéz kezelni őket. Ezért az ember az adatokat rendszerezi, összehasonlítja, egyszerűsíti, hogy következtetéseket vonhasson le belőlük. A rendszerezett adat az **információ**. Így pl. az Európában több ezer mérőállomásról származó légnyomás értékek adatok, míg ezek térképen való ábrázolása, vagy a légmozgások várható iránya és sebessége már információ.

Az adatok rendszerezésének egy megszokott módja a jelenségek tipizálása, kategóriákba sorolása és közös jellemzőik alapján **tulajdonságok** hozzárendelése. A közös tulajdonságok által leírt jelenség az **egyed típus**. Ez a fajta rendszerezés az emberi agy sajátossága, és ez teszi az embert képessé, hogy felismerje a korábban már látott, tapasztalt jelenségeket, a köztük lévő hasonlóságokat és különbségeket. A tulajdonságok formailag tetszőleges típusúak lehetnek: lehet a tulajdonság egy szöveg (pl. a beteg neve), egy szám (pl. testsúly), egy dátum (pl. születési év) stb. A tulajdonságokhoz **érték** rendelhető, amely által az általános egyed típusból egy konkrét **egyed** áll elő. Az egyed típus tulajdonságai minden egyednél megvannak, és értékük minden egyedre meghatározható, illetve egy-egy egyednél valamelyik tulajdonság értéke esetleg lehet definiálatlan.

Vegyük a magyar társadalombiztosítással rendelkező személyeket (röviden biztosítottak). A biztosítottaknak nyilvántartják meghatározott tulajdonságait: Társadalombiztosítási Azonosító Jel (TAJ-szám), név, születési dátum, neme, stb. A biztosított egy egyed típus. Olyan valami, aminek a fenti tulajdonságai értelmezhetők. Ha konkrétan meghatározom a tulajdonságait (TAJ-szám = 021344569, név = Balogh Imre, születési dátum: 1988.12.03., neme = férfi), akkor előáll a biztosított egy egyede. Az egyed típus összes egyede egy **egyedhalmazt** alkot, amely jelen esetben a már elhunytakkal együtt kb. 15 millió biztosítottat (egyedet) tartalmaz.

Az egyed típus, egyed, tulajdonságok, értékek fogalma más, absztraktabb dolgokra is alkalmazható, pl. egy vényre, vagy egy kórházi ellátási eseményre, ahol természetesen más-más tulajdonságokat határozunk meg. Így lehet a kórházi ellátási esemény egy tulajdonsága a felvétel időpontja, az egyede egy meghatározott ember (beteg) egy meghatározott kórházi kezelése. Egy egyed típus egyedeinek egy halmazát vizsgálva nagyon fontos a halmaz egyes egyedeinek egyértelmű azonosítása, hogy mindig lehessen tudni, melyik egyedről van szó. Az azonosítás egy (vagy több) speciális tulajdon-

sággal történik. Ezért van pl. rendszáma az autóknak, leltári száma a könyvtári könyveknek, neve az embereknek stb.

Az **azonosító** (vagy más néven kulcs) az egyed egyértelmű azonosítására alkalmas tulajdonság. Két fontos jellemzője van: értéke minden – a vizsgált halmazba tartozó – egyedre meghatározható, és nincsen kettő vagy több egyed, akinél ez a tulajdonság azonos értékű.

Pl. a magyar társadalombiztosítással rendelkező személyek azonosítására szolgál a TAJ-szám. TAJ-száma minden biztosítottnak van, és nincsen két biztosított, akiknek ugyanaz lenne a TAJ-száma. Még a meghalt biztosított TAJ-száma sem osztható ki újra egy másik biztosítottnak, hiszen akkor már két biztosítottnak ugyanaz lenne az azonosítója, és így a TAJ-szám nem határozná meg egyértelműen a biztosított személyét.

Az azonosító nem módosítható. Így pl. a személyi igazolvány száma nem alkalmas személyazonosításra, mert az az iratot azonosítja. Ha az igazolvány elveszik, és új okmányt állítanak ki, annak már másik száma lesz, míg az igazolvány tulajdonosa változatlan (ellentétben a TAJ-kártyán lévő TAJ-számmal, amely egy személyhez, és nem a TAJ-kártyához kötődik).

Előfordulhat, hogy két vagy több tulajdonság együttesen használható azonosítóként. Ilyenkor önmagában egyik tulajdonság sem alkalmas az egyed azonosítására, de együttesen már egyedi azonosítót alkotnak. Ezt **összetett azonosító**nak vagy **összetett kulcs**nak nevezik.

Összetett azonosító pl. a név, anyja neve, születési dátum együttese. Külön-külön egyik sem azonosít egy személyt (mert nem egyedi), de a három tulajdonság együttesen már eléggé megbízható azonosító (azaz feltehető, hogy nincsen két ember, akiknek ugyanaz a neve, ugyanaz az anyjuk neve is, és egyazon napon születtek).

8.2. Az egészségügyi adat fogalma, az adatgyűjtés célja

Az egészségügy működtetése során nagy mennyiségű és sokféle adat keletkezik. Ezek egy része nyilvános és akár közérdekű is lehet, mint pl. a beutalási rend, vagy a háziorvosi rendelések listája, de számos adat különleges, ún. **egészségügyi vagy személyes adat**. Az egészségügyi és személyes adat fogalmát pontosan rögzíti az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény [1].

E szerint:

- a) **egészségügyi adat**: az érintett testi, értelmi és lelki állapotára, kóros szenvedélyére, valamint a megbetegedés, illetve az elhalálozás körülményeire, a halál okára vonatkozó, általa vagy róla más személy által közölt, illetve az egészségügyi ellátóhálózat által észlelt, vizsgált, mért, leképzett vagy származtatott adat; továbbá az előzőekkel kapcsolatba hozható, az azokat befolyásoló mindennemű adat (pl. magatartás, környezet, foglalkozás);
- b) **személyazonosító adat**: a családi és utónév, leánykori név, a nem, a születési hely és idő, az anya leánykori családi és utóneve, a lakóhely, a tartózkodási hely, a társadalombiztosítási azonosító jel (a továbbiakban: TAJ szám) együttesen vagy ezek közül bármelyik, amennyiben alkalmas vagy alkalmas lehet az érintett azonosítására;

Ha pl. ismert a beteg neve és lakóhelye, az esetenként lehet személyazonosító adat, míg más esetekben nem az. Ha Kovács János budapesti lakost vesszük, akkor biztosan sok lehetséges személy található, és nem lehet eldönteni, hogy ezek közül ki a keresett személy (nem azonosítható). Ha azonban Rusznyák Teodóra szalántai lakosról van szó, akkor ezek az adatok nagy valószínűséggel egyetlen embert határoznak meg, akit a falujában mindenki ismer (azonosítható a személy).

Egészségügyi és hozzájuk tartozó személyazonosító adatokat széles körben, nagy mennyiségben és rendszeresen gyűjtenek és használnak fel különböző célokból különböző intézmények. Alaphelyzetben – a jogszabályokban megfogalmazott kivételektől eltekintve – az egészségügyi adatok kezeléséről, továbbításáról az érintett személy („beteg”) dönt. Az adatkezelés kereteit részletesen tárgyalja a fenti törvény. Fontos, hogy az adatgyűjtés és -kezelés minden esetben eleget tegyen két alapkövetelménynek: célhoz kötöttség és adatminimalizálás.

A **célhoz kötöttség** azt jelenti, hogy még az adatok kezelésének megkezdése előtt meg kell fogalmazni az adatkezelés konkrét célját, időbeli és térbeli kiterjedését. Egészségügyi adat csak a kitűzött cél érdekében és annak eléréséig használható.

A lehetséges célok körét törvény határozza meg. A törvény által nevesített célok az alábbiak:

1. az egészség megőrzésének, javításának, fenntartásának előmozdítása,
2. a betegellátó eredményes gyógykezelési tevékenységének elősegítése,
3. az érintett egészségi állapotának nyomon követése,
4. a közegészségügyi és járványügyi érdekből szükségessé váló intézkedések megtétele.
5. egészségügyi szakemberképzés,
6. orvosszakmai és epidemiológiai vizsgálat, elemzés, az egészségügyi ellátás tervezése, szervezése, költségek tervezése,
7. statisztikai vizsgálat,
8. hatásvizsgálati célú anonimizálás és tudományos kutatás,
9. az egészségügyi adatot kezelő szerv vagy személy hatósági vagy törvényességi ellenőrzését, szakmai vagy törvényességi felügyeletét végző szervezetek munkájának elősegítése, ha az ellenőrzés célja más módon nem érhető el, valamint az egészségügyi ellátásokat finanszírozó szervezetek feladatainak ellátása,
10. a társadalombiztosítási, illetve szociális ellátások megállapítása, amennyiben az az egészségi állapot alapján történik,
11. az egészségügyi ellátásokra jogosultak részére a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe vehető szolgáltatások rendelkezésének és nyújtásának, valamint a gazdaságos gyógyszer-, gyógyászati segédeszköz- és gyógyászati ellátás rendelési szabályai betartásának a vizsgálata, továbbá a külön jogszabály szerinti szerződés alapján a jogosultak részére nyújtott ellátások finanszírozása, illetve az ártámogatás elszámolása, valamint a társadalombiztosítási ellátások megállapítása, kifizetése és a kifizetett ellátások visszafizetése, megtérítése érdekében,
12. bűnüldözés, továbbá a rendőrségről szóló 1994. évi XXXIV. törvényben meghatározott feladatok ellátására kapott felhatalmazás körében bűnmegelőzés,
13. a nemzetbiztonsági szolgálatokról szóló 1995. évi CXXV. törvényben meghatározott feladatok ellátása, az abban kapott felhatalmazás körében,
14. közigazgatási hatósági eljárás,
15. szabálysértési eljárás,
16. ügyészégi eljárás,

17. bírósági eljárás,
18. az érintettnek nem egészségügyi intézményben történő elhelyezése, gondozása,
19. a munkavégzésre való alkalmasság megállapítása függetlenül attól, hogy ezen tevékenység munkaviszony, közalkalmazotti és közszolgálati jogviszony, hivatásos szolgálati viszony vagy egyéb jogviszony keretében történik,
20. közoktatás, felsőoktatás és szakképzés céljából az oktatásra, illetve képzésre való alkalmasság megállapítása,
21. a katonai szolgálatra, illetve a személyes honvédelmi kötelezettség teljesítésére való alkalmasság megállapítása,
22. munkanélküli ellátás, foglalkoztatás elősegítése, valamint az ezzel összefüggő ellenőrzés,
23. az egészségügyi ellátásokra jogosultak részére vényen rendelt gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás folyamatos és biztonságos kiszolgáltatása, illetve nyújtása érdekében,
24. a munkabalesetek, foglalkozási megbetegedések – ideértve a fokozott expozíciós eseteket is – kivizsgálása, nyilvántartása és a szükséges munkavédelmi intézkedések megtétele,
25. az egészségügyi dolgozókkal szemben lefolytatott etikai eljárás,
26. eredményesség alapú támogatásban részesülő gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök eredményességének, támogatásának megállapítása, és ezen gyógyszerekkel kezelt kórképek finanszírozási eljárásrendjének alkotása,
27. betegút-szervezés,
28. az egészségügyi szolgáltatások minőségének értékelése és fejlesztése, az egészségügyi szolgáltatások értékelési szempontjainak rendszeres felülvizsgálata és fejlesztése,
29. az egészségügyi rendszer teljesítményének ellenőrzése, mérése és értékelése,
30. az egészségügyi ellátásokra jogosult részére a hatásos és biztonságos gyógyszerelés elősegítése, valamint a költséghatékony gyógyszeres terápia kialakítása érdekében,
31. az Európai Unión belüli határon átnyúló egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó jogok érvényesítése.

Az **adatminimalizálás** elve szerint csak annyi adatot szabad kezelni, amennyi a cél eléréséhez minimálisan szükséges. Pl. egy fogászati kezelés során (ahol a cél a gyógykezelés) a fogorvos is csak a fogászati ellátáshoz szükséges egészségügyi adatokat kezelheti (pl. gyógyszerérzékenység, véralvadási zavarok), de nem kezelheti a kezelést nem érintő egészségügyi adatokat (pl. vetélések száma).

8.3. Kódok használata

Az egészségügyben az ellátási események dokumentálása kiemelten fontos. Az ellátás tapasztalatai befolyásolják a kezelés további menetét, és hosszabb távon is hasznosítható következtetések levonására adnak lehetőséget. A számítógépek kora előtt szabad szöveges feljegyzések szolgálták a dokumentáció gyanánt, amelyek később többé-kevésbé egységes szerkezetet vettek fel (pl. betegkarton, beutaló, vény stb.). A szabad szöveges adatok azonban nagyobb tömegben csak jelentős emberi idő- és energiaráfordítással dolgozhatók fel. A nem egységes terminológia, és a dokumentációt értékelő szakember személye szubjektív elemeket visz az elemzésbe, továbbá növeli a feldolgozási hibák előfordulásának esélyét. A számítógépek és az olcsó háttértárak elterjedésével jelentősen megnöve-

kedett mind az egészségügyi dokumentáció mérete, mind a dokumentációk újrahasonosításának az igénye. Az ellátási adatokat nem csupán a gyógyító munka támogatására és dokumentálására használják fel, hanem az egészségügyi ellátások közgazdasági tervezése, az ellátó rendszer finanszírozása, ellátásokra való jogosultság megállapítása, jogi eljárások, járadék-megállapítások, kutatási és statisztikai feladatok során is. A széles körű felhasználás új adatkezelési módszereket igényelt, amelyekre a számítógépek tömeges elterjedése adta meg a lehetőséget. Szabad szöveges adatok feldolgozása azonban számítógéppel sem oldható meg hatékonyan. Ugyanarra a betegségre különböző kifejezéseket, rövidítéseket alkalmazhatnak különböző orvosok, elírhatnak adatokat stb. Emiatt alkották meg az egységes kódrendszereket.

A **kód** egy hosszabban leírható érték rövidített, egységesített megfelelője. Rendszerint rövid szöveges, vagy numerikus érték. Pl. a beteg neménél a „férfi”, „nő” szöveg helyett „1”, illetve „2” használható. Ez így rövidebb is és egyértelmű, hiszen lehet, hogy valaki „ffi”-t, vagy egy nemzetközi kutatásban „male”-t, „female”-t írna. A kód lehet egyszerű és összetett. Az **egyszerű kódnak** nincsen belső szerkezete, mindössze egy érték helyettesítésére szolgál, és semmi többet nem mond. Pl. egyszerű

1. táblázat. Megyekódok táblázata

| Megyekód | Megye neve |
|----------|------------------------|
| 01 | Budapest |
| 02 | Baranya |
| 03 | Bács-Kiskun |
| 04 | Békés |
| 05 | Borsod-Abaúj-Zemplén |
| 06 | Csongrád |
| 07 | Fejér |
| 08 | Győr-Moson-Sopron |
| 09 | Hajdú-Bihar |
| 10 | Heves |
| 11 | Komárom-Esztergom |
| 12 | Nógrád |
| 13 | Pest |
| 14 | Somogy |
| 15 | Szabolcs-Szatmár-Bereg |
| 16 | Jász-Nagykun-Szolnok |
| 17 | Tolna |
| 18 | Vas |
| 19 | Veszprém |
| 20 | Zala |

kód az orvosok pecsétszáma, amely egy ötjegyű szám, amelyet az igénylés sorrendjében osztanak ki az orvosoknak. Ha adott egy orvosi pecsétszám, akkor a kódtáblázat segítségével meg lehet tudni a hozzá tartozó orvos nevét, illetve egyéb adatait. Ezzel szemben az **összetett kód** több részre bontható, amelyek némelyike önmagában is információt hordoz. Pl. a személyi szám három részből tevődik össze: a személy neme, születési dátuma és egy egyedi sorsszám. Ha valaki ránéz a 2-810213-1811 személyi számra, akkor az első számjegy kettes értéke jelzi, hogy nőről van szó, a második tagja pedig jelzi, hogy 1981.02.13-án született. Az összetett kódokat szokták beszélő kódoknak is mondani. A kódokat és az általuk helyettesített értékeket kódtáblában tartják nyilván. A kódtábla tartalmazza a kód összes lehetséges értékét, és a megfelelő helyettesített értéket (lásd 1. táblázat.).

A kódtábla folyamatos karbantartásáról egy kijelölt szervezet, vagy szervezeti egység gondoskodik. Minél szélesebb körben alkalmazzák a kódtáblát, annál fontosabb a karbantartó szervezet munkája. A karbantartás biztosítja, hogy a kódok egyediek legyenek (azaz pl. ne lehessen Budapestnek és Baranya megyének is 02 a kódja), és egy értéknek se legyen két kódja (pl. ne történhessen meg, hogy a 02 és a 28 is Baranya megyét jelenti).

A kódokat gyakran használják egyedek azonosítására. Különösen hosszabb kódok esetén fordul elő, hogy a kódot a rögzítéskor elgépelik, ami esetenként komoly problémákat okozhat. Hogy ez ne forduljon elő, gyakran alkalmaznak ellenőrző összeget. Az **ellenőrző összeg** a kódhoz hozzáfűzött szám, amely a kód többi jegyéből valamilyen matematikai algoritmussal képezhető. Ha elgépelés folytán a kód egyik vagy másik jegye hibás értéket tartalmaz, akkor az ellenőrző összeg újraszámolásával és a kódban levő ellenőrző összeggel való összehasonlításával a hiba felfedezhető. Pl. a TAJ-szám (Társadalombiztosítási Azonosító Jel) a biztosítottak azonosítására szolgáló azonosító. Formailag egy kilencjegyű szám, amelynek utolsó jegye az első nyolc jegyből képezett ellenőrző összeg. Az ellenőrző összeget a következőképpen képezik: A TAJ szám első nyolc számjegyéből a páratlan helyen állókat hárommal, a páros helyen állókat héttel szorozzák, és a szorzatokat összeadják. Az összeget tízzel elosztva a maradékot tekintik a kilencedik jegynek (ellenőrző összeg) [2].

8.4. Az egészségügyben használt főbb kódrendszerek

8.4.1. BNO

A BNO a betegségek nemzetközi osztályozása kifejezés rövidítése. A BNO világszerte elterjedt kódrendszer, amelyet az Egészségügyi Világszervezet (WHO) tart karban és tesz közzé. Története 1893-ig nyúlik vissza, és az azóta eltelt időszakban többször átdolgozták. Jelenleg az 1989-ben elfogadott 10. változat használatos, amelyet Magyarországon 1993. óta alkalmaznak. A nemzetközi irodalomban ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) néven lehet vele találkozni. [3, 4, 5]

A BNO elsősorban betegségek, kóros állapotok kódolására szolgál, de ezen felül az egészségügyben megjelent egészséges személyek ellátását (terhes nők ellátása, szűrővizsgálatok, védőoltások stb.), illetve sérülések, mérgezések, balesetek körülményeit is le lehet írni vele. A BNO kódrendszerben megtalálhatók az egyes tünetek is (pl. torokfájás, gyomorégés, sápadtság stb.), konkrét betegség megjelölése nélkül (R betűvel kezdődő kódok). Ezek csak akkor használatosak, ha a diagnózis nem állapítható meg.

A BNO kódkönyv a betegségeket 21 főcsoportba csoportosítva tartalmazza. Minden tételhez egy BNO kód tartozik, amely egy betűjelből és négy számjegyből áll. A 22. főcsoportot az U betűvel kezdődő kódok alkotják. A 22. főcsoport tartalmát a WHO nem határozta meg, azt a BNO kódrendszert alkalmazó országok saját hatáskörben tölthetik fel az általuk szükségesnek tartott kódokkal. Így Magyarországon többek között az U9990 Sine morbo („nincsen betegség”) kód került ide. Az eredeti WHO kiadvány a kódoknak csak az első négy jegyét (a betűjelet és 3 számjegyet) rögzít, az ötödik jegyen szabadon bővíthetik a kódlistát a BNO-t alkalmazó országok. A magyar változatot az egészségügyért felelős minisztérium tartja karban.

2. táblázat. BNO főcsoportok

| Sorszám | Főcsoport | BNO kódok |
|---------|--|-----------|
| 01 | Fertőző és parazitás betegségek | A00–B99 |
| 02 | Daganatok | C00–D48 |
| 03 | A vér és a vérképzőszervek betegségei és az immunrendszert érintő bizonyos rendellenességek | D50–D89 |
| 04 | Endokrin, táplálkozási és anyagcsere-betegségek | E00–E90 |
| 05 | Mentális és viselkedészavarok | F00–F99 |
| 06 | Az idegrendszer betegségei | G00–G99 |
| 07 | A szem és függelékeinek betegségei | H00–H59 |
| 08 | A fül és a csecsnyúlvány megbetegedései | H60–H95 |
| 09 | A keringési rendszer betegségei | I00–I99 |
| 10 | A légzőrendszer betegségei | J00–J99 |
| 11 | Az emésztőrendszer betegségei | K00–K93 |
| 12 | A bőr és bőralatti szövet betegségei | L00–L99 |
| 13 | A csont-izomrendszer és kötőszövet betegségei | M00–M99 |
| 14 | Az urogenitális rendszer megbetegedései | N00–N99 |
| 15 | Terhesség, szülés és a gyermekágy | O00–O99 |
| 16 | A perinatális szakban keletkező bizonyos állapotok | P00–P96 |
| 17 | Veleszületett rendellenességek, deformitások és kromoszóma abnormitások | Q00–Q99 |
| 18 | Máshova nem osztályozott panaszok, tünetek és kóros klinikai és laboratóriumi leletek | R00–R99 |
| 19 | Sérülés, mérgezés és külső okok bizonyos egyéb következményei | S00–T98 |
| 20 | A morbiditás és mortalitás külső okai | V01–Y98 |
| 21 | Az egészségi állapotot és egészségügyi szolgáltatással való kapcsolatot befolyásoló tényezők | Z00–Z99 |
| (22) | Speciális kódok | U00–U99 |

A BNO kód felépítése hierarchikus. Ez azt jelenti, hogy az első jegyek meghatározzák a betegség főcsoportját, és minél több jegyet adnak meg utána, annál pontosabb lesz a diagnózis. Pl.:

- I A keringési rendszer betegségei
- I8 A visszerek, nyirokerek és nyirokcsomók máshol nem osztályozott betegségei
- I83 Az alsó végtagok visszértágulatai
- I831 Az alsó végtagok visszértágulatai gyulladással

A magyar gyakorlatban a BNO kódot öt jegyre kiegészítve használják, ahol az utolsó jegy többnyire nulla, a kód kezdőbetűje pedig nagybetű. Esetenként előfordul, hogy a 00-ra végződő kódoknál az utolsó két nulla helyett H0-t írnak.

8.4.2. FNO

A WHO által kiadott kódcsalád másik tagja az FNO [6, 7]. Az FNO a funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozásának rövidítése (angolul ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health). Célja az egészségi állapot, tartós vagy átmeneti fogyatékoság leírása. Az FNO kódok formailag egy betűből és legfeljebb öt számjegyből állnak. A betűjel a b, s, d, e kisbetűk valamelyike, és rendre a testi funkciók (b), testi struktúrák (s), tevékenységek és részvétel (d), illetve környezeti tényezők (e) jelölésére szolgálnak. A számjegyek a BNO-hoz hasonlóan hierarchikusan jelölik az egyén egészségi állapotát, és kevesebb (3) számjeggyel is használatosak. A FNO kódokat minősítőkkal együtt kell használni, amelyek egy vagy több számjeggyel kódolhatók, és a FNO kód által leírt állapot súlyosságát fejezik ki (0 nincs probléma, 1 enyhe probléma, 2 mérsékelt probléma, 3 súlyos probléma, 4 teljes probléma, 8 nem meghatározott, 9 nem alkalmazható). Pl.

- b2 Érzékelési funkciók és fájdalomérzet
- b21 Látási funkciók
- b2102 Látásminőség
- b21020 Fényérzékenység

Az FNO kódot rendszerint olyan helyeken használják, ahol a beteg kezelése során valamely fogyatékoság, állapot miatt jelentősebb ápolási feladat igénye jelentkezik (otthoni szakápolás, baleseti sérültek rehabilitációja).

8.4.3. OENO

Az OENO kódok (Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása) a különböző orvosi beavatkozások, diagnosztikai és terápiás eljárások kódolására szolgálnak. WHO kódoknak is szokták említeni, utalva arra, hogy a WHO által 1978-ban kiadott kódlista alapján készült (angol rövidítéssel ICHI: International Classification of Health Interventions). Az eredeti WHO kiadvány csak a sebészeti eljárások statisztikai osztályozását tűzte ki célul, azonban az igények mára kiterjedtek a gyógyító-megelőző célú orvosi eljárások szélesebb körére. A WHO kiadványt számos országban használják, többnyire egyedi módon kibővítve, így módon sok nemzeti verzió jött létre és korántsem olyan egységes, mint a WHO többi kódrendszere.

A magyar OENO kódrendszer is nagyban kibővített, nemzetközileg nem összehasonlítható elemeket tartalmaz. Az egységes kódtábla kidolgozásán a WHO dolgozik. [8]

OENO kódokat Magyarországon alapvetően két területen alkalmaznak: a fekvőbeteg és a járóbeteg szakellátásban. A két szakterület hasonló szerkezetű, de különböző tartalmú kódtáblákat használ. Mindkét kódtábla ötjegyű, numerikus, egyszerű kóddal jelöli az orvosi beavatkozásokat. A fekvőbeteg ellátásban használt kódrendszer elsősorban műtéti beavatkozásokat tartalmaz, de emellett számos egyéb eljárást (transzfúziót, beépített eszközöket, képpalkotó diagnosztikai eljárásokat, kemo- és radio-terápiás eljárásokat) is magában foglal. Nem tartalmaz azonban a kezelés során alkalmazott gyakori, egyszerű tevékenységeket (sebkötözés, fizikai vizsgálat stb.).

A járóbeteg szakellátásban használt OENO kódrendszer ezzel szemben nem tartalmaz olyan orvosi beavatkozásokat, amelyeket fekvőbeteg háttér nélkül nem szokás, vagy nem lehet végezni. Nagy számban található a kódlistában diagnosztikai eljárások, egyszerű vizsgálati és terápiás eljárások.

A fekvőbeteg ellátásban használatos OENO kódok listáját a 10/2012. NEFMI rendelet 4. sz. melléklete tartalmazza, míg a járóbeteg OENO kódok a 9/2012. NEFMI rendelet, illetve a 9/1993. NM rendelet részét képezik (2. sz. melléklet).

8.4.4. HBCs

A HBCs (homogén betegség csoportok), angol rövidítéssel DRG (Diagnosis Related Groups) kódrendszer pályafutása az Egyesült Államokban kezdődött. Első változatát az 1970-es évek végén a Yale egyetemen dolgozták ki. Eredetileg a várható kórházi költségek, ápolási idők, és kapacitások tervezésére, valamint az erőforrások kihasználtságának a mérésére kívánták használni, azonban a Medicare szövetségi egészségbiztosító hamar felismerte, hogy a módszer alkalmas kórházi ellátási esetek költségbecslésére, az egészségbiztosítási alap költségarányos elosztására, a kórházak hatékonyságának összehasonlítására, és ettől kezdve a HBCs finanszírozási technikaként terjedt el, és vált közzismertté. A HBCs rendszer az aktív fekvőbeteg szakellátásban használatos az egészségügyi tevékenység költségeinek átalánydíjas meghatározására. Az idők során számos, különböző irányokban továbbfejlesztett változata alakult ki, és több országban a helyi egészségügyi igényekhez igazított verzióját alkalmazzák.

Lényege, hogy a fekvőbeteg ellátási eseményeket orvosszakmai és költségigény szempontjából csoportokba sorolják. Az azonos csoportba tartozó ápolási események szakmailag hasonlóak és a költségigényük is közel azonos, így azokat egységes díjon finanszírozzák. Az átlagostól jelentősen eltérő, extrém költséggel járó esetekre más finanszírozási technikát alkalmaznak. [9, 10, 11, 12, 13, 14]

A homogén betegségcsoport ellátási esethez való hozzárendelését besorolásnak nevezik. A besorolás alapvetően kétlépcsős: az első részben a fődiagnózis alapján kiválasztásra kerül a 25 főcsoport valamelyike, majd a második lépcsőben a többi diagnózis, a beavatkozások, életkor, nem, születési súly stb. alapján a főcsoporton belül meghatározzák a HBCs csoportot. A főcsoportok szerverrendszerrel jelölnek, így az első lépcső szakmai besorolást jelent. A második lépcsőben a főcsoport által meghatározott szervek betegségeinek költségigény szerinti csoportosítása valósul meg. A besorolás részletes szabályait a 10/2012 NEFMI rendelet tartalmazza. A HBCs kód formailag két részből áll: kétjegyű szám jelöli a főcsoportot, és négyjegyű szám-betű kombináció a csoportot.

Pl. 10 5320 – Mellékvese műtétek (ahol a 10 jelöli az endokrin, táplálkozási és anyagcsere-betegségek főcsoportját).

8.4.5. ATC

Az ATC a gyógyszer hatóanyagok anatómiai, terápiás és kémiai osztályozásának kódrendszere. Az ATC kódrendszert (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System) a WHO felügyeli, első kiadása 1976-ban jelent meg. Formailag hétjegyű, betűkből és számokból áll. A kód egy ötszintű hierarchikus kód, amelynek az első jegye (betű) a hatáshelyet jelöli:

- A – Tápcsatorna és anyagcsere
- B – Vér és vércépzőszervek
- C – Kardiovaszkuláris rendszer
- D – Bőrgyógyászati készítmények
- G – Urogenitális rendszer és nemi hormonok
- H – Szisztémás hormonszertmények
- J – Szisztémás fertőzés elleni szerek
- L – Daganatellenes szerek és immunmodulátorok
- M – Váz- és izomrendszer
- N – Idegrendszer
- P – Parazitaellenes készítmények, féregűzők és repellensek
- R – Légzőrendszer
- S – Érzékszervek
- V – Egyéb

A további szintek a terápiás főcsoportot (két számjegy) a gyógyászati/hatástani alcsoportot (egy betű), a kémiai/gyógyászati/hatástani alcsoportot (egy betű) és a vegyület alcsoportot (két számjegy) jelölik. Pl.:

- A Tápcsatorna és anyagcsere
- A10 Diabetés szerek
- A10B Vércukorszint-csökkentők, kivéve inzulin
- A10BA Biguanidok
- A10BA02 Metformin

A gyógyszerkészítmény ATC kódját alapszabályként a fő hatóanyag elsődleges terápiás alkalmazása alapján határozzák meg. Időnként előfordul, hogy két azonos hatóanyag tartalmú gyógyszerkészítmény kétféle ATC kódot kap. Ez akkor fordul elő, ha a hatóanyagoknak két különböző terápiás alkalmazása is elfogadott. Pl. a clonidine kétféle erősségben is elérhető. Az egyik magas vérnyomás kezelésében használatos, és így a C02 (vérnyomáscsökkentők) csoportba sorolódik. A másik erősségben a migrén esetén alkalmazzák, és az N02C (migrénellenes szerek) csoportba kerül.

8.4.6. EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓK EGYEDI AZONOSÍTÓJA

Kilenc jegyből (számok és betűk) álló azonosító jel, amelyet az egészségügyi államigazgatási szerv (ÁNTSz) ad ki és tart nyilván. Ágazati azonosító, vagy ÁNTSz-kód néven is ismert. Magyarországon minden egészségügyi szolgáltatás engedélyköteles, és a szolgáltatók az engedélyezési eljárás során azonosítót kapnak [15, 16]

Az 1997. évi CLIV törvény szerint:

Egészségügyi szolgáltatás: az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában vagy – törvényben meghatározott esetben – az egészségügyi államigazgatási szerv által történő nyilvántartásba vétel alapján végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amely az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása, vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a beteg vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, egészségügyi rehabilitációjára, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a beteg vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységet, valamint a mentést és a betegszállítást, a szülészeti ellátást, az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárásokat, a művi meddővé tételt, az emberen végzett orvostudományi kutatásokat, továbbá a halottvizsgálattal, a halottakkal kapcsolatos orvosi eljárásokkal – ideértve az ehhez kapcsolódó –, a halottak szállításával összefüggő külön jogszabály szerinti tevékenységeket is.

A kilencjegyű ÁNTSz-kód szervezeti egységet azonosít (pl. egy adott kórház adott szakrendelését, vagy fekvőbeteg osztályát). Korábban beszélő kód volt, ami meglátszik a régebben kiadott kódok szerkezetén, de ma már a kód képzését nem kötik szabályok, így egyszerű kódnak tekintendő.

8.5. Az adatok gépi feldolgozása

Az összegyűjtött adatok ma már szinte kivétel nélkül számítógépen kerülnek rögzítésre, és gyakran továbbításra is. A számítógép gyorsan, hatékonyan nagy mennyiségű adat feldolgozására képes, feltéve, hogy az adatok megfelelő struktúrában állnak rendelkezésre. Amit egy ember ránézésre értelmezni tud (pl. kézírás), az a számítógép számára esetleg nehezen kezelhető, és fordítva, némely számítógép által könnyen kezelhető adatsor ránézésre értelmezhetetlen egy ember számára.

Az adatokat **karakterek** írják le. A karakterek lehetnek **nyomtatható karakterek** és **nem nyomtatható karakterek**. Nyomtatható karakterek a billentyűzettel rögzíthető jelek: kis- és nagybetűk, számjegyek, írásjelek, amelyek a képernyőn vagy nyomtatásban is látszanak. Nyomtatható karakternek számít a szóköz karakter is, bár csak akkor látjuk, ha van mellette másik nyomtatható karakter is. Ezzel szemben a nem nyomtatható karaktereknek nincsen képi megjelenítésük (enter, tabulátor, escape, stb.).

A karakterek **file**-okba rendeződnek. Egy file több ezer, vagy akár több millió karaktert is tartalmazhat. A file-ok szerkezete többféle lehet: lehet bennük emberi szemmel is olvasható szöveg, vagy egy megfelelő programmal megjeleníthető kép is. Erre utalást a file nevének végén a ponttal elválasztott **kiterjesztés** adhat (Windows rendszerekben). Képfájl-ok gyakori kiterjesztései: .bmp, .jpg, .jpeg, .png, .tiff, szöveget jelez a .txt, .lst, .lis, .doc, kiterjesztés stb. A file-ok tartalma speciális programokkal jeleníthető meg, illetve módosítható. Így vannak szövegszerkesztő, képszerkesztő, táblázatkezelő alkalmazások, amelyek többnyire egy vagy több adott kiterjesztést kezelnek. Ennek a további részleteit jelen könyv nem tárgyalja, csak a szövegfájl-ok kezelését ismerteti részletesebben.

8.6. Szövegfile-ok

A szövegfile-ok legegyszerűbb formájában (ASCII vagy ANSI file-ok) az emberi íráshoz hasonlóan betűk, számjegyek, írásjelek követik egymást, a szöveg nem formázott (azaz nincsen benne dőlt betű, vastagon szedett szöveg, aláhúzás stb., csak a szöveg). A szöveg sorokra bomlik. A sorok végét két láthatatlan karakter a kocsni vissza és a soremelés (CR – carriage return, LF – line feed) jelzi, amelyeket szerkesztéskor az Enter billentyű megnyomásával lehet beszúrni. Ezek a karakterek nem nyomtathatóak, azaz a sor végét jelző karakterek nem, csak a hatásuk látszódik (új sor kezdődik). Az egyszerű szövegfile-okat meg lehet tekinteni és szerkeszteni is lehet a Windows alatt a Jegyzetömb (Notepad) programmal. Ismeretlen file típus esetén mindig érdemes megpróbálkozni a Jegyzetömbbel, mert sokszor a szokatlan kiterjesztések (.dat, .001, .amb stb.) egyszerű szövegfile-t takarnak. A szövegfile-ok lehetnek strukturáltak, vagy szabad formátumúak. Szabad formátum esetén többnyire az ember általi könnyebb olvashatóságot helyezik előtérbe, a tartalom számítógéppel nehezen értelmezhető (lásd 1. ábra.).

1. ábra. Szabad formátumú szövegfile

```
OEP FIN. INF. FOOSZT.      * 2012 Junius  18 * PROGRAM: RESZL_BES002 * 1.LAP
*****
INTEZET: 0242 Pécsi Tudományegyetem Klin.Kp.          * SZAMLAZASI IDOSZAK: 2012.05.
*****
RESZLETES KIMUTATAS A HOMOGEN BETEGSEG-CSOPORTOKBA SOROLASROL
NEM ENGEDELYEZETT * - JELU HBCS ESETEK, AMELYEK A LISTABAN SZEREPLO HBCS-BEN VANNAK ELSZAMOLVA
OSZTALY: 1 1612 I.BELGYOGY.KL.INFECTIOLOGIA
*****
ELSZ NEM  TORZS  TAJ  TERI- FELVETELI  TAVOZASI  ELSZAM  AKT.SULYSZ.  APOLASI  NAPOK
HBCS ELSZ  SZAM  SZAM  TESI  IDO      IDO      IDO      VAGY  ELSZAM.  MAX.  INTENZ.
KOD HBCS          KAT      TIPUSA      SULY.KR.NAP  FELETT  MAX.FEL.
*****
803A 9110 * 201209887x 036313587 1 2012/02/04 2012/02/10 ATHELY 0.10443 6.0
803A 9110 *s201209887x 036313587 1 2012/02/04 2012/02/10 ATHELY 0.10443 6.0
*****
OSZTALYOS ESETSZAM OSSZESEN          :      0
ELSZAMOLT NAPOK OSSZESEN              :     0.0
HATARNAP FELETTI NAPOK OSSZESEN      :     0.00
INTENZIV HATARNAP FELETTI NAPOK OSSZESEN:      0
AKT.SULYSZAM OSSZESEN                 :     0.00000
SULYOZOTT KRON.NAP OSSZESEN           :     0.00000
jelölések: s = storno tétel                r = 2 hónapnál régebbi tétel
          m = az osztály csak a műtétet végezte      n = az osztály műtéti sulyszámának stornója
          G = kúra-fekvő garancia tétel              E = kúra-fekvő garancia előzmény
          g = garancia tétel                          l = garancia storno tétel
          e = garancia előzmény                       x = intézetek közötti garancia
          A = storno,mert KÚRA-nál is szerepel        * = a nem eng. * jelű helyett elszámolt
          B = két fekvő intézet közötti átfedés       D = két fekvő intézet közötti átfedés miatti storno
```

T = boncolás más intézetben

U = boncolás más intézetnek

V = boncolás más intézetben storno

W = boncolás más intézetnek storno

kC = az osztálytól eltérően 1.0-ás szorzóval van elszámolva

Ezzel szemben a strukturált szövegfile-ok esetén az egyes soroknak meghatározott szerkezete van. Meg van határozva, hogy milyen sorrendben milyen típusú adat következhet. Ezeknél a file-oknál egy sort (amelyet a kocsi vissza + soremelés karakterek, vagy a file vége zárja) egy rekordnak is neveznek. A szövegfile-ok lehetnek fix rekordhosszúak, vagy változó rekordhosszúak. A rekord hossza a rekordban (sorban) lévő karakterek száma (nem számítva a kocsi vissza – soremelés karaktereket). Ha tehát minden sorban ugyanannyi karakter van, akkor a szövegfile fix rekordhosszú, egyébként változó rekordhosszú.

8.6.1. FIX REKORDHOSSZÚ SZÖVEGFILE

Fix rekordhossz esetén minden rekord ugyanolyan típusú adatokat tartalmaz, ugyanabban a sorrendben, különböző egyedekre. A rekord folytonos szakaszokra bontható, és a szakaszok minden rekordban ugyanazon a pozíción kezdődnek és végződnek.

2. ábra. Fix rekordhosszú szövegfile

```
0047828551929110720070212
0047828551929110720070215
0059119721932120520070110
0059119721932120520070115
0060456591933020920070402
0060456591933020920070412
0060456591933020920070424
0060456591933020920070427
0060456591933020920070509
0060456591933020920070516
0060456591933020920070530
0062911271933072920070115
```

A 2. ábra. egy fix rekordhosszú file egy részlete. A rekordhossz 25, ahol az első kilenc karakter egy TAJ-szám, majd következik nyolc jegyen a születési dátum, végül a kezelés dátuma ugyancsak nyolc jegyen.

```
004782855 | 19291107 | 20070212
```

A dátumok még akár tovább is bonthatók év, hónap, napra. Látható, hogy a TAJ-szám mindig az első pozíción áll, a születési dátum a tizedik pozíción, a kezelés dátuma pedig a 18. pozíción kezdődik. A rekordnak ezeket a szakaszait **mezők**nek nevezik. A sorokban a megfelelő mezők egymás alá kerülnek. A fix rekordhosszú file-ok szerkezetét a rekordképpel lehet leírni. A **rekordkép** táblázatos formában tartalmazza a mezők nevét, kezdő-, esetleg végpozícióját, a mező hosszát, esetenként a kitöltésére vonatkozó egyéb útmutatást.

3. táblázat. Rekordkép

| mező neve | kezdő pozíciója | hossza |
|-----------------|-----------------|--------|
| TAJ-szám | 1 | 9 |
| Születési dátum | 10 | 8 |
| Kezelés dátuma | 18 | 8 |

A fix rekordhosszú szövegfile-ok géppel könnyen feldolgozhatók, pl. Excelbe is beolvashatók. Fontos, hogy az egyes mezők minden rekordban ugyanolyan hosszúak. Ha pl. van egy mező, amely 4 karakter hosszon tartalmazza a kiadott gyógyszer mennyiségét, akkor a 4 karaktert az adat akkor is lefoglalja, ha csak két egységnyi gyógyszert adtak ki. Legyen adott a következő rekordszerkezet:

| mező neve | kezdő pozíciója | hossza |
|---------------|-----------------|--------|
| TAJ-szám | 1 | 9 |
| Mennyiség | 10 | 4 |
| Kiadás dátuma | 14 | 8 |

A file néhány rekordja (a mezőket a könnyebb olvashatóság végett függőleges vonalak választják el, azok nem részei a rekordnak):

```
004782855 | 2 | 20070212
004782855 | 11 | 20070215
005911972 | 104 | 20070110
```

A fenti példában a mennyiség mező tartalma jobbra van igazítva, a 4 karakternél rövidebb számok balról szóközökkel vannak kiegészítve.

Számadatoknál másik lehetőség a **jobbra igazítás** és előnullázás, amikor a mező nem használt részét „0” karakterekkel töltik fel.

```
004782855 | 0002 | 20070212
004782855 | 0011 | 20070215
005911972 | 0104 | 20070110
```

Végül a harmadik lehetőség, hogy a mező tartalmát **balra igazítják**, és jobbról szóközökkel egészítik ki:

```
004782855 | 2 | 20070212
004782855 | 11 | 20070215
005911972 | 104 | 20070110
```

Jobbra igazítást többnyire számértékeknek alkalmaznak, míg a szövegeket hagyományosan balra igazítják. Számértékeknek egyes feldolgozó programok megkövetelik az előnullázást, és szóköz esetén konverziós hibát jeleznek. Ezért, ha egy ilyen mezőbe beleválasztanak, akkor ugyanolyan formában kell megadni az új adatot, mint ahogyan az a többi rekordban is van.

8.6.2. VÁLTOZÓ REKORDHOSSZÚ SZÖVEGFILE-OK

Vannak változó rekordhosszú struktúrált szövegfile-ok is. Ilyenek pl. a CSV file-ok. A név az angol „comma separated values” kifejezésből (vesszővel elválasztott értékek) származik. CSV file-ok esetén a mezők nem állandó szélességűek. Ehelyett választani kell egy karaktert, amely a mezőértékekben bizonyosan nem fordul elő, és ez a mezőhatárok jelzésére alkalmazható. Az elválasztó karakter lehet bármely nyomtatható, vagy nem nyomtatható karakter (vessző, pontosvessző, szóköz, tabulátor stb., kivéve a CR és az LF), amely megfelel a fenti kritériumnak. A fenti file így néz ki CSV formában (az elválasztó karakter a pontosvessző):

```
004782855;2;20070212
004782855;11;20070215
005911972;104;20070110
```

A mezők itt is meghatározott sorrendben követik egymást, és nem hagyható el egyik sem. Ha valamelyik mező értéke üres, a határoló jel akkor is kötelező. Ha pl. a mennyiség nincsen kitöltve, akkor a rekord így néz ki:

```
004782855;;20070212
```

A CSV file-ok is szerkeszthetők a Jegyzettömb programmal, illetve beolvashatók Excelbe.

8.7. Excel és dBase formátumok

Adatokat nem csak szövegfile-okban lehet tárolni, hanem speciális file formátumokban is. Az Excel és a dBase file-ok tartalma közvetlenül nem olvasható, a Jegyzettömbbel hiába is próbálná valaki megnyitni. Olvasásukhoz, szerkesztésükhöz külön program, az Excel táblázatkezelő programja szükséges. Az Excel segítségével az adatok táblázatok formájában tárolhatók. A táblázatok sorokba és oszlopokba rendezett adatcellákból állnak. Az adatcellákba egy-egy adat kerülhet, amely formailag lehet szám, szöveg, dátum, stb. típusú. A táblázat első sorába rendszerint a mezők nevei, a következő sorokba pedig a mezők megfelelő értékei kerülnek. A fenti szövegfile így nézhet ki Excelben:

| TAJ | Mennyiség | Kiadás dátuma |
|-----------|-----------|---------------|
| 004782855 | 2 | 2007.02.12 |
| 004782855 | 11 | 2007.02.15 |
| 005911972 | 104 | 2007.01.10 |

Különbség a szövegfile-okhoz képest, hogy a mezőknek adattípusa van (szöveg, szám, dátum), illetve, hogy az oszlopok tetszőleges sorrendbe rakhatók, a fejléc sor utal a mező tartalmára. Az Excel részleteinek ismertetése meghaladja jelen jegyzet kereteit.

A dBase egy korai adatbázis-kezelő program, amelyik az adatokat ugyancsak táblázatokban tárolja. A dBase esetén is meg vannak nevezve a mezők, típusuk van, és a mezők (oszlopok) sorrendje a

dBase táblában is lényegtelen. Ma már a dBase adatbázis-kezelőt nem használják, de az általa kezelt file formátum az egészségügyi jelentésekben még mindig előfordul. A dBase file-okat a .dbf kiterjesztésről lehet felismerni, és az Excel táblázat-kezelőbe beolvasva lehet a tartalmukat megtekinteni.

8.8. Finanszírozási jelentések

A közfinanszírozásban részesülő egészségügyi szolgáltatók (beleértve a patikákat is) szerződést kötnek az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral (OEP), amely a szolgáltatók által végzett egészségügyi szolgáltatások költségeit részben vagy egészben megtéríti. Ezek az egészségügyi szolgáltatók az általuk végzett tevékenységről rendszeresen adatokat küldenek az OEP-nek elektronikus formában. Az OEP az adatokat fogadja, ellenőrzi, feldolgozza, és megállapítja a térítési díjat, amelyet a szolgáltatóknak átutal. Az egészségügyi jelentések szövegfile vagy dBase file formátumban készülnek el, és heti, kétheti vagy havi gyakorisággal kerülnek elküldésre. A rekordképek az OEP honlapján megtekinthetők. Valamennyi rekordkép részletes ismertetése nem célszerű, mert bármikor változhatnak, ezért csak a fekvőbeteg jelentés jelenlegi formájának lényeges pontjai kerülnek tárgyalásra, az eddig említettek illusztrálására egy gyakorlati példán.

8.8.1. FEKVŐBETEG-JELENTÉS

A fekvőbeteg szakellátásnál a finanszírozás alapja a legkisebb megfigyelt egység, az osztályos ellátási eset. Egy fekvőbeteg **osztályos ellátási eset** a beteg kórházi osztályra való felvételétől az osztályról való távozásáig tartó ellátások összessége. Egy teljes kórházi ellátási eset egy vagy több osztályos ápolási esetből tevődik össze (ha pl. egy bennfekvés során több osztályon is kezelték a beteget).

Alaphelyzetben minden osztályos ellátási esetet (egyedet) a finanszírozási jelentés egy rekordja ír le. A diagnózisokból 16, a beavatkozásokból 10 féle lehet egy rekordban BNO-val, illetve OENO-val kódolva. Ha ez netán nem lenne elegendő, úgy újabb rekord, ún. folytató rekord vehető fel (ez egyébként nem túl szerencsés dolog, de kezelhető).

A beérkezett adatok alapos ellenőrzésen mennek át, és az adathibákról hibalista készül, amelyet megküldenek a jelentő kórháznak. Ezt a minden adaton végrehajtott rutin ellenőrzést **folyamatba épített ellenőrzésnek** nevezik. A folyamatba épített ellenőrzés során vizsgálják, hogy a jelentés file szerkezete megfelel-e a rekordképnek, a kötelező mezők ki vannak-e töltve, a mezők értéke megfelel-e a típusuknak, nincsen-e ellentmondás az adatok között. A hibátlan adatokat feldolgozzák, és a finanszírozási adatokat hozzárendelik az ellátásokhoz. Az eredményt fix rekordhosszú (.dat), és szabad formátumú (.lis) szövegfile-okban egyaránt rögzítik, és a kórháznak megküldik. Ezekből a file-okból az elszámolás részletei nyomon követhetők. A hibátlan adatok alapján megállapított HBCs csoportokhoz finanszírozási összeget rendelnek, és az összeget a kórháznak havonta átutalják. A hibás tételeket a hibalisták alapján a kórház kijavítja, és pótlólag megküldi. A hibajavításra a kórháznak négy hónapja van, ha a hiba szerepel a hibalistán, illetve két hónapon belül saját kezdeményezésre korrigálhatja a korábban már beküldött és elfogadott tételeit.

8.8.2. JÁRÓBETEG-JELENTÉS

Járóbeteg-ellátásnál a finanszírozás alapegysége a megjelenési eset. A megjelenési eset a beteg egy adott szolgáltatónál (szakrendelés, szakambulancia vagy diagnosztikai egység), egy adott napon történt ellátása. A járóbeteg-ellátás elszámolása lényegesen egyszerűbb, mint a fekvőbeteg-ellátásé. Itt minden elvégzett, és a járóbeteg OENO táblájában szereplő tevékenység rögzíthető, és ezekhez meghatározott pontérték tartozik, amelyet forintosítani lehet. A tevékenységek kódjait a megjelenés többi adatával (személyazonosító adatok, dátum stb.) számítógépbe rögzítik, és strukturált szövegfile-ban jelentik. A szövegfile kevert típusú, ami azt jelenti, hogy egyszerre hordozza a fix és változó rekordhossz jellegzetességeit. A kevert típusú szövegfile-nál a file két részre osztható: az első néhány sora változó hosszúságú, általános információt hordoz. Ez a fejrész. A fejrészt azután egy fix rekordhosszúságú törzs követi, amelyik minden szempontból megfelel egy fix rekordhosszú strukturált file-nak, meghatározott hosszúságú mező értékeket tartalmaz. A járóbeteg-jelentésnél a fejrész nyolc sorból áll (ez tartalmazza a szolgáltató azonosító adatait, és az elszámolási időszakot), majd a kilencedik sortól kezdődően fix rekordhosszú strukturált file képét mutatja (lisd. 4. táblázat.).

A jelentések file-jait havonta megküldik az OEP-nek, ahol a fekvőbeteg-jelentések feldolgozásához hasonló folyamatba épített ellenőrzésen esnek át. A hibás tételeket lista alapján négy hónapon belül, saját kezdeményezésre két hónapon belül javíthatják a szolgáltatók.

4. táblázat. A járóbeteg-jelentés fejlécének szerkezete

| | |
|------------|---|
| 1. rekord: | 1-9. pozíció: a szolgáltató 4 jegyű azonosítója "00000"-val kilenc jegyre kiegészítve, kódképzés szabályai szerint. |
| | 10-13. pozíció: a szolgáltató finanszírozási OEP kódja. |
| 2. rekord: | 1-9. pozíció: a szolgáltató adóigazgatási azonosító számának első kilenc jegye |
| 3. rekord: | 1-2. pozíció: a szolgáltató adóigazgatási azonosító számának utolsó két számjegye |
| | 3. pozíció: szóköz |
| | 4-9. pozíció: elszámolási időszak év, hó |
| 4. rekord | 1- 7. pozíció: a beküldött rekordok száma, jobbra rendezve |
| 5. rekord | 1- 8. pozíció: a pénzforgalmi jelzőszám első 8 számjegye |
| 6. rekord | 1- 8. pozíció: a pénzforgalmi jelzőszám harmadik 8 számjegye |
| 7. rekord: | 1- 8. pozíció: a pénzforgalmi jelzőszám harmadik 8 számjegye |
| 8. rekord: | üres rekord |

ADATLAP kórházi (osztályos) ápolási esetről

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------|-------|--|----------------------------|--|--|--|--|--------------------------------------|---|---|---|---|------------------------|---|-----|---|----|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1. Kórház neve: | | | | | | | | | | 2. Osztály neve: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Osztály azonosítója: | | | | | 3/A. Szakmakód: | | | | | 4. Térítési kategória: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4/A. Részleges térítés jogcíme: | | | | | | | | | | 4/B. Részleges térítési díj összege: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Személyazonosító típusa: | | | | | | | | | | 6. Személyazonosító jel: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Törzsszám: | | | | | | | | | | 8. A beteg neve: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Érvényes biztosítás országa vagy a beteg állampolgársága: | | | | | | | | | | 10. Anyja neve: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. A beteg születési neve: | | | | | | | | | | 12. A beteg neme: | | | | | 13. Születés dátuma: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. A kísérő beteg törzsszáma: | | | | | | | | | | 14/A. A beteg kíséretének oka: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. Lakcím: | | | | | 16/A. Lakcím típusa: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17/A. Beutaló orvos munkahelyének azonosítója: | | | | | 17/B. Beutaló orvos kódja: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17/C. Beutalást megalapozó ellátást igazoló adat: | | | | | | | | | | 18. A felvétel jellege: | | | | | 19. A felvétel típusa: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20. A felvétel időpontja: | | | | | | | | | | 22. A távozás időpontja: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23. A beteg további sorsa: | | | | | 24. Az ellátó orvos kódja: | | | | | 25. E-adatlap kitöltés: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26. DIAGNÓZISOK | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Megnevezés | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | T | Kód | D | | | | | | | | | | | | |
| -1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| -2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| -3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27. BEAVATKOZÁSOK | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Megnevezés | Intézet/osztály azonosítója | Szakmakód | Dátum | | | | | | | J | N | S | F | M | A | T | Kód | L | db | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29. Újszülött súlya (g): | | | | | | | | | | 30. Baleset minősítése: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31. Felhasználói mezők: | | | | | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |

3. ábra. Fekvőbeteg adatlap

5. táblázat. Fekvőbeteg rekordkép

| Név | Tól | Ig | Hossz | Megnevezés |
|----------------|-----|-----|-------|--|
| MUNKAHELY_AZON | 1 | 9 | 9 | Az egészségügyi szolgáltató munkahely azonosítója (intézet+feladat+osztálykód) |
| SZAKMAKOD | 10 | 13 | 4 | Az egészségügyi szolgáltató munkahely szakmakódja |
| TORZSSZAM | 14 | 22 | 9 | A beteg törzsszáma |
| SORSZAM | 23 | 24 | 2 | Az ápolási esemény sorszáma |
| RESZ_SOR | 25 | 26 | 2 | Egy osztályos ápoláson belüli részszám sorszáma |
| SZEMELYAZ | 27 | 35 | 9 | Személyazonosító jel |
| AZ_TIPUS | 36 | 36 | 1 | Személyazonosító típusa |
| BETEG_NEME | 37 | 37 | 1 | A beteg neve |
| SZUL_DATUM | 38 | 45 | 8 | Születés dátuma |
| ALLAMPOLG | 46 | 48 | 3 | Az érvényes biztosítás országa vagy a beteg állampolgársága |
| BET_KISOK | 49 | 49 | 1 | A beteg kíséretének oka |
| KIS_TORZSSZAM | 50 | 58 | 9 | A kísért beteg törzsszáma |
| IR_SZAM | 59 | 62 | 4 | A beteg lakhelyének postai irányítószáma |
| LAKCIM_TIP | 63 | 63 | 1 | A lakcím típusa |
| TER_KAT | 64 | 64 | 1 | Térítési kategória |
| RESZ_TER | 65 | 72 | 8 | Részleges térítési jogcíme |
| RESZ_DIJ | 73 | 80 | 8 | Részleges térítési díj |
| BEUTALO | 81 | 89 | 9 | A beutaló orvosi munkahely azonosítója |
| BEUT_ORVOS | 90 | 94 | 5 | A beutaló orvos pecsétszáma |
| ELL_IG_ADAT | 95 | 103 | 9 | Az előző ellátást igazoló adat |
| FELV_IDO | 104 | 115 | 12 | A felvétel időpontja |
| OSZT_TIPUS | 116 | 116 | 1 | A felvevő osztály típusa |
| FELV_TIPUS | 117 | 118 | 2 | A felvétel típusa |
| FELV_JELL | 119 | 119 | 1 | A felvétel jellege |
| TAV_IDO | 120 | 131 | 12 | A távozás időpontja |
| TOV_SORS | 132 | 132 | 1 | A beteg további sorsa |
| BETEGSEG | 133 | 244 | 112 | Diagnózisok |
| BEAVATKOZ | 245 | 684 | 440 | Egészségügyi beavatkozások |
| UJSZ_SULY | 685 | 688 | 4 | Újszülött súlya grammban |
| BALESET_MIN | 689 | 690 | 2 | Baleset minősítése |
| FELHASZN | 691 | 720 | 30 | Felhasználók számára fenntartott mezők |
| ORVOSKOD | 721 | 725 | 5 | Ellátásért felelős orvos kódja |
| REKORD_TIP | 726 | 726 | 1 | A rekord jellege (Javító, Törlő, Normál) |
| E-ADATLAP | 727 | 727 | 1 | 0 = nincs E-adatlap, 1 = van E-adatlap |

| | | | | |
|--------------------|-----|-----|----|--|
| ELSZ_NYIL | 728 | 729 | 2 | Elszámolási nyilatkozat |
| TARALEK | 730 | 744 | 15 | Későbbi fejlesztésre fenntartva |
| CR/LF | 745 | 746 | 2 | A rekord végét jelző "CR/LF" karakterek |
| BETEGSÉG | | | | |
| BNO_TIPUS | 1 | 1 | 1 | A diagnózis típusa |
| BNO_KOD | 2 | 6 | 5 | A diagnózis BNO-10 ill. FNO kódja |
| BNO_OLDAL | 7 | 7 | 1 | A betegség oldalisága |
| BEAVATKOZÁS | | | | |
| B_MHELY | 1 | 9 | 9 | A beavatkozást végző munkahely 9 jegyű azonosítója |
| B_SZAKMAKOD | 10 | 13 | 4 | A beavatkozást végző munkahely szakmakódja |
| B_DATUM | 14 | 25 | 12 | A beavatkozás elvégzésének dátuma (ééééhhnnóópp formátumban) |
| B_JELLEG | 26 | 26 | 1 | A beavatkozás jellege |
| B_NOSOC | 27 | 27 | 1 | A nosocomiális környezet minősítése |
| B_SEBGYOGY | 28 | 28 | 1 | A sebgyógyulás minősítése |
| B_N_FERT | 29 | 29 | 1 | A nosocomiális fertőzés kódja |
| B_MIN | 30 | 30 | 1 | Beavatkozás minősítése az ellátásban elfoglalt helye szerint |
| B_ANAEST_KOD | 31 | 35 | 5 | Az anaesthesia módja |
| B_TIPUS | 36 | 36 | 1 | A beavatkozás típusa |
| B_KOD | 37 | 41 | 5 | A beavatkozás OENO kódja |
| B_OLDAL | 42 | 42 | 1 | Oldaliság kódja |
| B_DB | 43 | 44 | 2 | A beavatkozások száma |

IRODALOM

1. Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény.
2. 1996. évi XX. Törvény a személyazonosító jel helyébe lépő azonosítási módokról és az azonosító kódok használatáról.
3. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Vols. 1–3. World Health Organization, (1992–94), Geneva.
4. BNO-A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása-Tizedik revízió I-III. kötet, Népjóléti Minisztérium, Budapest 1995.
5. 42/1995. (XI. 14.) NM rendelet-a Betegségek Nemzetközi Osztályozása X. Revíziója bevezetéséről.
6. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Vols. 1–3. Geneva, World Health Organization, 1992–1994.
7. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organization, 2001.
8. International Classification of Procedures in Medicine (ICPM). WHO, 1978.
9. Boncz I, Nagy J. A Homogén Betegségcsoportok (HBCS) rendszerének 10 éves tapasztalatai finanszírozói oldalról. *Egészségügyi Menedzsment*, 2003; 5(2): 21–27.
10. Nagy J, Dózsa Cs, Boncz I. Experiences with the application of the DRG principle in Hungary. In: *The globalization of managerial innovation in health care* (Pp. 284–319.) Editors: Kimberly, John R, Pouvourville, Gérard de; D’Aunno, Thomas A. Cambridge University Press, 2008.
11. Endrei D, Zemlényi A, Molics B, Ágoston I, Boncz I. The effect of performance-volume limit on the DRG based acute care hospital financing in Hungary. *Health Policy*. 2014; (2-3):152–156.
12. Boncz I, Nagy J, Sebestyén A, Korosi L. Financing of health care services in Hungary. *Eur J Health Econ*. 2004; 5(3): 252–258.
13. Endrei D, Hegedüs Zs, Traiber-Harth I, Decsi T, Gyuró M, Cs Horváth Z, Ágoston I. A PTE Klinikai Központ betegjogi gyakorlatának tapasztalatai. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, 2014; 13(1): 19–23.
14. Endrei D, Molics B, Ágoston I. Multicriteria Decision Analysis in the Reimbursement of New Medical Technologies: Real-World Experiences from Hungary. *Value Health*. 2014;17(4):487–9.
15. 1991. évi XI. Törvény az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről.
16. 96/2003. (VII. 15.) Korm. Rendelet az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról.

9. PÉNZBELI ELLÁTÁSOK ÉS ELLENŐRZÉSÜK

(KÁTAY ZOLTÁN)

9.1. Bevezetés

A társadalombiztosítás rendszerén belül a pénzbeli ellátások fontos szerepet töltenek be. A pénzbeli ellátások megértéséhez önmagában az erről szóló jogszabály ismerete nem elegendő, hanem szükséges más területet érintő jogszabályok (Ptk. Mt. Tbj. stb.) bizonyos minimális szintű megismerése is. A társadalombiztosítás történeti áttekintése során mindig nagy jelentősége volt, de a rendszerváltás után a munkanélküliség kialakulása miatt még nagyobb jelentősége lett a pénzbeli ellátásoknak az egyén megélhetésének szempontjából. Sokáig az 1975. évi II. törvény szabályozta, majd ezt felváltotta a jelenleg is alkalmazott 1997. évi LXXXIII. törvény. A jogszabály az utóbbi években lényeges változásokon ment keresztül. Mára a magyar társadalom növekedése, a gyermekvállalás elősegítése és a családalapítás érdekében enyhülő szabályozás és a különböző élethelyzetekben keletkező problémákat megoldó szabályrendszer került kialakításra. Ezt tükrözi, hogy a csecsemőgondozási díj (korábban terhességi-gyermekágyi segély) igénybevétele nem csak a szülő nőt, örökbefogadó szülőt, gyámot, hanem a gyermeket a háztartásában nevelő vér szerinti apát, illetve a férfit is megilletheti bizonyos körülmények bekövetkezésekor. Ezzel együtt fő szempont volt a foglalkoztatók adminisztrációs terheinek csökkentése is, amelynek első lépéseként a különböző nyomtatványok kitöltése már számítógépes programmal történik, és az elektronikus beküldés lehetősége is megvalósult. Ennek folytatásaként 2015. évtől az ellátások alapját meghatározó jövedelmi adatokat már nem a foglalkoztató, hanem az adóhatóság közli az egészségbiztosító részére.

Társadalombiztosítási kifizetőhely:

Az egészségbiztosító által nyilvántartásba vett egészségbiztosítási pénzellátás megállapítását és folyósítását végző olyan foglalkoztató, amely a saját költségén végzi e tevékenységet a nála biztosítási jogviszonyban álló biztosítottokra vonatkozóan.

Pénzbeli egészségbiztosítási ellátások:

A kötelező egészségbiztosításról szóló törvény által meghatározott olyan pénzben nyújtott ellátás, amely a pénzbeli egészségbiztosítási járulékfizetésre kötelezett biztosítottat a járulékfizetése arányában illet meg.

Természetbeni egészségbiztosítási ellátások:

A kötelező egészségbiztosításról szóló törvény által meghatározott olyan természetben nyújtott egészségügyi szolgáltatások, amely a biztosítottat és a kizárólag egészségügyi szolgáltatásra jogosultak körébe tartozó személyeket illet meg.

Egészségbiztosítási ellátások:

- természetbeni
- pénzbeli

Természetbeni ellátások:

- egészségügyi szolgáltatás, ezen belül
 - alapellátás,
 - szakellátás, járóbeteg-szakellátás,
 - fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás,
- baleseti egészségügyi szolgáltatás,
- utazási költségtérítés,
- gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz támogatás,
- gyógyfürdő-szolgáltatás.

Pénzbeli ellátások:

- táppénz,
- csecsemőgondozási díj (CSED),
- gyermekgondozási díj (GYED),
- baleseti táppénz.

9.2. Természetbeni ellátásokon belül az utazási költségtérítés rendszere

Az utazási költségtérítés már régóta létező eleme a társadalombiztosításnak. Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételekor lehetőség van bizonyos esetekben és feltételek mellett utazási költségtérítésre a lakóhely és a szolgáltató közötti közlekedés során. Ez nem jelenti azt, hogy mindenkinek minden esetben a teljes utazási költsége megtérítésre kerül.

Utazási költségtérítés az alábbi esetekben vehető igénybe:

- a) járóbeteg-szakellátásra, fekvőbeteg-gyógyintézetbe, gyógyászati ellátásra, rehabilitációra, orvosszakértői vizsgálatra beutalt,
- b) fogyatékos gyermekek intézménybe való utazásához is jár,
- c) koraszülött intézményben elhelyezett gyermek anyatejellátása érdekében az anyának jár,
- d) beutalt tartózkodási helyéhez legközelebbi területi ellátására kötelezett egészségügyi szolgáltatóhoz,
- e) beutaló nélkül is igénybe vehető, ha az egészségi állapota azonnali ellátását indokolta,
- f) a 16 éven aluli gyermek kísérőjét is megilleti,
- g) a 16 éven felüli biztosított kísérőjét is megilleti, amennyiben a beteg egészségi állapota ezt indokolja,
- h) helyi utazás költségeihez támogatás nem jár,
- i) utazási költségtérítési utalvány az OEP által rendszeresített szigorú számadású nyomtatvány.

A fogyatékos gyermekek ellátását biztosító gyógypedagógiai intézménybe, valamint a korai fejlesztését és gondozását nyújtó intézménybe történő utazáshoz is jár utazási költségértítés.

Mértéke, összege:

Megegyezik az adott távon menetrend szerint közlekedő közforgalmú közlekedési eszközök (busz, vonat) utazási kedvezményekkel csökkentett legolcsóbb díjtételű menetjegy árával. Tömegközlekedés esetén a menetjegyet is csatolni kell az utalványhoz. A hely- és pótjegyek árához, valamint külön jogszabály alapján díjmentes utazásra jogosultnak nem jár utazási költségértítés. Aki az egészségi állapota miatt tömegközlekedési eszközön utazni nem képes, utazási költségértítésként kilométerenként 21 forint illeti meg. Ez az összeg már mintegy 10 éve változatlan. A kísért hazautazása, illetve a kísért biztosítottért történő visszautazása során utazási költségértítésként kilométerenként 18 forint illeti meg, amennyiben a kísért biztosított egészségi állapota, illetve elhúzódó kezelése miatt rövid időn belül nem tud lakóhelyére távozni (pl. több napos kórházi ellátás esetén). Az útvonal hosszának meghatározásánál az adott viszonylatban legrövidebb távon közlekedő tömegközlekedési eszköz útvonalát kell figyelembe venni.

Folyamata:

A beutaló orvos kiállítja az utazási költségértítési utalványt abban az esetben, ha a beteg tartózkodási helye és a területi kötelezettséggel rendelkező egészségügyi szolgáltató eltérő településen van. Az utalványon az orvosnak jelölnie kell, hogy kísérő szükséges, illetve hogy tömegközlekedési eszközön utazni képes a beteg vagy sem. A beteg az igénybevett szolgáltatás tényét az utalvány hátoldalán leigazoltatja az egészségügyi szolgáltatóval. Utólagos kiállítás esetén (ha a kiállítás időpontja későbbi, mint a megjelenésé) a kérelmet el kell utasítani. Ezután az utalványt aláírva tömegközlekedés igénybevétele esetén a menetjegyeket csatolva beküldi, a lakhelye szerinti kormányhivatal egészség-biztosítási pénzellátásokkal foglalkozó hivatalának, ahol elbírálják és folyósítják az ellátást.

9.3. Pénzbeli ellátások

Az egészségbiztosítási pénzellátások megértéséhez nélkülözhetetlen a biztosítottak körének, valamint a különböző biztosítási jogviszonyok meghatározásának az ismerete. Ezt elsősorban a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény határozza meg. Általánosságban az egészségbiztosítási ellátások a pénzbeli egészségbiztosítási járulékfizetési kötelezettséggel arányosan vehetők igénybe. Ez azt jelenti, hogy ami után a biztosított pénzbeli egészségbiztosítási járulékot fizet, az képezi a pénzbeli ellátások alapját. Ezért szokták azt mondani, hogy keresetkiesést pótló ellátások.

Az, aki ugyanazon biztosítási jogviszony alapján egyidejűleg pénzbeli ellátásra és gyermekgondozási támogatásra (gyermekgondozást segítő ellátás, azaz GYES, gyermeknevelési támogatás azaz GYET) is jogosult, választása szerint csak az egyik ellátást veheti igénybe. Ez egy fő szabály, de mindig vannak kivételek. Az a személy, aki gyermekgondozási támogatás, illetve gyermekgondozási díj igénybevétele mellett munkát vállal, az a keresőképtelenségére tekintettel táppénzre vagy baleseti táppénzre is jogosult lehet. Ennek megfelelően, aki gyermekgondozási díj mellett dolgozik, és a keresőképtelensége miatt táppénzre válik jogosulttá, akkor mindkét ellátás egyidejűleg megilleti. A fő-

szabály vonatkozik a szülők közös háztartásában élő gyermekük után járó ellátásokra azzal, hogy csak az egyik szülő veheti igénybe. Ha a szülő a különböző korú gyermekei jogán jogosult különböző ellátásokra, akkor azt egyidejűleg is igénybe veheti. A közös háztartásban élő gyermek jogán választásuk szerint a szülők valamelyike gyermekápolási táppénzre szerezhet jogosultságot.

Összegezve:

Több szülő, több gyerek, több ellátás esetén csak egy szülőnek jár valamennyi gyermeke után, de csak gyermekeként egy ellátás. Kivétel a gyermekápolási táppénz, amelyet bármelyik szülő igényelhet az után a gyermek után is, aki után már folyósítanak egy másik ellátást.

Fogalmak:**Jövedelem:**

- fennálló biztosítási jogviszonyban elért,
- pénzbeli egészségbiztosítási járulék alapot képező,
- adóhatósághoz bevallott.

Szerződés szerinti jövedelem:

- betegszabadságra jogosultak esetén az ellátásra való jogosultság kezdő napjának hónapjára számított távolléti díj,
- egyéni és társas vállalkozóknál a jogosultság kezdő napján érvényes minimálbér másfélszerese,
- mezőgazdasági őstermelőknél a jogosultság kezdő napján érvényes minimálbér,
- megbízási szerződésnél, 30 napnál kevesebb biztosítási jogviszony esetén minimálbér, vagy ha ennél több, akkor a szerződésben meghatározott díj,
- kizárólag akkor alkalmazható, ha a tényleges jövedelem nincs, vagy az 30 naptári napnál kevesebb.

Irányadó időszak: folyamatos biztosítás esetén az ellátásra való jogosultság kezdő napján fennálló biztosítási jogviszony első napjától az ellátásra való jogosultságot megelőző harmadik hónap utolsó napjáig terjedő időszak, melynek kezdő napja nem lehet korábbi az ellátásra való jogosultságot megelőző naptári év első napjánál.

Példa:

Munkaviszony: 2013.05.01-től jelenleg is.
Táppénzre jogosult: 2015.04.15-től.
Irányadó időszak: 2014.01.01-2015.01.31-ig.

Példa:

„A” munkáltatónál munkaviszony: 2000.01.01-2014.04.30-ig.
„B” munkáltatónál munkaviszony: 2014.05.01-től jelenleg is.
Táppénzre jogosult: 2015.04.15-től.
Irányadó időszak: 2014.05.01-2015.01.31-ig.

Számítási időszak és a juttatást megalapozó jövedelem:

- a) az irányadó időszakon belül,
- b) utolsó 180 naptári napi jövedelem vagy
- c) utolsó 120 naptári napi jövedelem vagy
- d) 120 napnál kevesebb, de 29 napnál több tényleges, vagy ennek hiányában szerződés szerinti jövedelem vagy
- e) minimálbér vagy kevesebb,
- f) legfeljebb azon hónapig tarthat, ameddig a biztosított jövedelméről a bevallás benyújtásra került.

Szülő:

- a) vér szerinti és az örökbefogadó szülő, továbbá az együtt élő házastárs,
- b) a gyermeket örökbe fogadni szándékozó személy, és az erre irányuló eljárás folyamatban van,
- c) gyám,
- d) nevelőszülő és a helyettes szülő.

Kereset: meghatározott jogviszonyban személyes munkavégzésért járó pénzbeli egészségbiztosítási járulékalapot képező jövedelem.

Keresőtevékenység: meghatározott biztosítási jogviszonyban, valamint egyszerűsített foglalkoztatás keretében végzett személyes tevékenység.

9.3.1. TÁPPÉNZ

Táppénzre jogosult az, aki a biztosítás fennállása alatt keresőképtelenné válik, és meghatározott mértékű pénzbeli egészségbiztosítási járulék fizetésére kötelezett. Ebből következik, hogy a táppénzre jogosultsághoz nélkülözhetetlen a biztosítási jogviszony fennállása. Egyidejűleg fennálló több biztosítási jogviszony esetén a keresőképtelenséget és a táppénzre való jogosultságot, azok időtartamát, az ellátás mértékét, illetőleg összegét mindegyik jogviszonyban külön-külön kell megállapítani. Ezt a szabályt kell alkalmazni arra az esetre is, ha a több biztosítási jogviszony ugyanannál a foglalkoztatónál áll fenn. A táppénz minden naptári napra jár, ideértve a szabadnapot, pihenőnapot és a munkaszüneti napot is.

Keresőképtelen

- a) aki betegsége miatt munkáját nem tudja ellátni;
- b) aki várandóssága, illetőleg szülése miatt nem tudja munkáját ellátni, és csecsemőgondozási díjra nem jogosult;
- c) az anya, ha kórházi ápolás alatt álló egyévesnél fiatalabb gyermekét szoptatja;
- d) a szülő, aki 12 évesnél fiatalabb beteg gyermekét ápolja, és a gyermeket a saját háztartásában neveli;
- e) a szülő a 12 évesnél fiatalabb gyermeke kórházi kezelése időtartamára, abban az esetben, ha a gyermeke mellett tartózkodik a fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézményben;
- f) aki fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásban (kórházi) betegségének megállapítása vagy gyógykezelése miatt részeseül;

- g) akit közegészségügyi okból foglalkozásától eltiltanak, és más beosztást nem kap, vagy akit közegészségügyi okból hatóságilag elkülönítenek, továbbá aki járványügyi, illetőleg állat-egészségügyi zárlat miatt munkahelyén megjelenni nem tud, és más munkahelyen (munkakörben) átmenetileg sem foglalkoztatható,
- h) a méltányosságból adható táppénz tekintetében a szülő:
 - aki 12 éves, vagy annál idősebb, de 18 évesnél fiatalabb beteg gyermekét otthon ápolja, vagy
 - a 12 éves, vagy annál idősebb, de 18 évesnél fiatalabb gyermeke kórházi kezelése időtartamára abban az esetben, ha a szülő a gyermeke mellett tartózkodik a fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézményben.

A keresőképesség elbírálására az erre vonatkozó vagy a finanszírozási szerződésben nevesített orvos jogosult. Az ellenőrző (fő) orvos a kezelő orvos jelenlétében a keresőképtelenség fennállását a biztosított tartózkodási helyén is ellenőrizheti!

Visszamenőlegesen igazolható:

- Háziorvos legfeljebb 5 napra,
- Orvosszakértői szerv legfeljebb 6 hónapra.

Táppénz a keresőképtelenség tartamára jár, legfeljebb azonban:

- a) a biztosítási jogviszony fennállásának időtartama alatt egy éven át;
- b) egyévesnél fiatalabb gyermek szoptatása, illetőleg ápolása címén a gyermek egyéves koráig;
- c) egyévesnél idősebb, de háromévesnél fiatalabb gyermek ápolása címén évenként és gyermekenként 84 naptári napon át;
- d) háromévesnél idősebb, de hatévesnél fiatalabb gyermek ápolása címén évenként és gyermekenként 42, egyedülállónak 84 naptári napon át;
- e) hatévesnél idősebb, de tizenkét évesnél fiatalabb gyermek ápolása címén évenként és gyermekenként 14, egyedülállónak 28 naptári napon át.

Ha a biztosított részére külön törvény rendelkezése szerint betegszabadság jár, és a betegsége miatt munkáját nem tudja ellátni, táppénzre legkorábban a betegszabadságra való jogosultság lejártát követő naptól jogosult. A betegszabadságot a Munka Törvénykönyvéről szóló 2012. évi I. törvény határozza meg. A munkáltató a munkavállaló számára a betegsége miatti keresőképtelenség idejére naptári évenként 15 munkanap betegszabadság illeti meg. Nem jár betegszabadság a társadalombiztosítási szabályok szerinti üzemi baleset és foglalkozási betegség miatti keresőképtelenség, valamint a vesztélyezettett várandósság miatti keresőképtelenség tartamára. Év közben kezdődő munkaviszony esetén a munkavállaló a naptári évre járó betegszabadság időarányos részére jogosult.

Az, aki keresőképtelenségét közvetlenül megelőző egy évnél rövidebb ideig volt folyamatosan biztosított, táppénzt csak a folyamatos biztosításának megfelelő időn át kaphat. Lényeges körülmény, hogy a keresőképtelenség és nem a táppénz kezdetére kell figyelemmel lenni. Ebből következik, hogy a keresőképtelenség kezdőnapja nem mindig táppénzzel kezdődik, hanem lehet az betegszabadság is.

Példa:

Munkaviszonyban áll: 2015.05.01-től jelenleg is.

Betegszabadság időarányosan: 2015.06.01–12-ig 10 munkanap.

Táppénzre jogosult: 2015.06.13–2015.07.13-ig 31 napra, mert 2015.05.01–2015.05.31-ig volt a keresőképtelenséget megelőzően folyamatosan biztosított, ezért 31 napra kaphat táppénzt.

Biztosításának a tartamára tekintet nélkül jár a táppénz annak, aki:

- 18 éves kora előtt válik keresőképtelenné, vagy
- iskolai tanulmányai megszűnését követő 180 napon belül biztosítottá válik, és keresőképtelenségéig megszakítás nélkül biztosított volt.

A biztosítás megszakítás nélkül akkor áll fenn, ha abban a szabadnap, a heti pihenőnap és a munkaszüneti nap kivételével egy nap megszakítás sincs.

Ha a biztosított a keresőképtelenség első napját közvetlenül megelőző egy éven belül már táppénzben részesült, ennek időtartamát az újabb keresőképtelenség alapján járó táppénz folyósításának időtartamába be kell számítani. Ezt hívjuk előzménynek.

Nem számít előzménynek:

- a) egyévesnél fiatalabb gyermek szoptatása,
- b) beteg gyermek ápolása,
- c) közegészségügyi okból foglalkozástól eltiltás, hatósági elkülönítés vagy a járványügyi, illetőleg állategészségügyi zárlat miatt részesült táppénzben.

Példa:

Munkaviszonyban áll: 2010.01.01-től jelenleg is.

Táppénzben részesült: 2014.08.01–2014.12.31-ig 153 nap.

Keresőképtelen: 2015.06.01–2015.07.01-ig.

Betegszabadság: 2015.06.01–2015.06.19-ig 15 munkanap.

Táppénzre jogosult: 2015.06.20–2016.01.17-ig $365 - 153 = 212$ napra.

Folyamatos a biztosítási idő táppénz folyósítás időtartamára és a mértékére vonatkozóan!

Ha abban 30 napnál hosszabb megszakítás nincs. A 30 napi megszakítás időtartamába nem számít be:

- a) a táppénz,
- b) a baleseti táppénz,
- c) a csecsemőgondozási díj (korábban terhességi-gyermekágyi segély),
- d) a gyermekgondozási díj (kivéve „diplomás” GYED),
- e) a gyermekgondozást segítő ellátás folyósításának az ideje.

A táppénz összegének meghatározására vonatkozóan!

A 180 napi folyamatos biztosításban töltött időnél kizárólag csak a biztosításban töltött időt lehet figyelembe venni, ha abban 30 napnál hosszabb megszakítás nincs. Nem vehető figyelembe és nem köti össze a biztosítási időket az ellátások folyósításának az ideje.

Példa:

„A” foglalkoztatónál a munkaviszony 2000.01.01–2014.10.31-ig állt fenn.

Gyermekgondozási segély. 2014.11.01–2015.02.28-ig.

„B” foglalkoztatónál a munkaviszony 2015.03.01-től jelenleg is fenn áll.

Táppénz összege szempontjából 2015.03.01-től folyamatos a biztosítása. Táppénz mértéke és a folyósítás időtartama szempontjából 2000.01.01-től folyamatos a biztosítása.

Nem jár a táppénz:

- a) a keresőképtelenségnek arra az időtartamára, amely alatt a biztosítás szünetel,
- b) munkavégzési kötelezettség hiányában keresetvesztéséig nincs,
- c) a betegszabadság lejártát követő szabadnapra és heti pihenőnapra, ha az azt követő munkanapon (munkaszüneti napon) a keresőképtelenség már nem áll fenn,
- d) a keresőképtelenségnek arra a tartamára, amelyre a biztosított a teljes keresetét megkapja, illetve, ha a keresetét részben kapja meg, a részben megkapott kereset után,
- e) a gyermekgondozást segítő ellátás folyósításának az idejére, ide nem értve a segély mellett végzett munka alapján járó táppénzt,
- f) az előzetes letartóztatás és a szabadságvesztés tartamára,
- g) a saját jogú nyugdíj folyósításának időtartamára,
- h) a korhatár előtti ellátás, a szolgálati járandóság, a balettművészeti életjáradék és az átmeneti bányászjáradék folyósításának az idejére, ide nem értve az ezek mellett végzett munka alapján járó táppénzt.

A táppénz folyósítását meg kell szüntetni, ha a jogosult az elrendelt orvosi vizsgálaton elfogadható ok nélkül nem jelent meg, vagy az ellenőrző (fő) orvos vizsgálatához nem járult hozzá, vagy az orvos utasításait nyilvánvalóan nem tartja be, illetőleg a gyógyulását tudatosan késlelteti.

Táppénz összege:

1. Folyamatos biztosítás esetén a táppénzre jogosultság kezdőnapját közvetlenül megelőző naptári év első napjától a jogosultság kezdő napját közvetlenül megelőző harmadik hónap utolsó napjáig terjedő időszakban az utolsó 180 naptári napra jutó jövedelem.

Példa:

Munkaviszonyban áll: 2014.05.01-től jelenleg is.

Táppénzre jogosult: 2015.04.15-től.

Irányadó időszak: 2014.05.01–2015.01.31-ig.

Számítási időszak: 2014.08.05–2015.01.31-ig, mert van visszafelé 180 napi jövedelem!

2. Ha a biztosított meghatározott időszakban nem rendelkezik 180 naptári napi jövedelemmel, azonban rendelkezik legalább 120 naptári napi jövedelemmel, és van legalább a táppénzre való jogosultság kezdő napjától 180 napnyi folyamatos biztosítási jogviszonya, akkor a táppénz naptári napi alapját a 120 napi tényleges jövedelem alapján kell megállapítani. Ennél a szabálynál fontos kritérium, hogy a biztosítottnak 180 naptári napi biztosítással kell rendelkeznie, ami nem feltétlenül a fennálló biztosítási jogviszonyában keletkezett.

Példa:

Munkaviszonyban áll: 2000.01.01-től jelenleg is.

GYES: 2014.01.01–2014.09.30-ig.

Táppénzre jogosult: 2015.04.15-től.

Írányadó időszak: 2014.01.01–2015.01.31-ig.

Számítási időszak: 2014.10.04–2015.01.31-ig, mert nincs 180 napi, de van 120 napi jövedelem és van 180 napnyi biztosítási idő!

- Ha a biztosított nem rendelkezik 120 naptári napi jövedelemmel, de a táppénzre való jogosultság első napját megelőzően van legalább 180 napnyi folyamatos biztosítási jogviszonya, a táppénz naptári napi alapját a tényleges, ennek hiányában a szerződés szerinti jövedelme alapján kell megállapítani.

Példa:

Munkaviszonyban áll: 2000.01.01-től jelenleg is.

GYES: 2014.01.01–2014.12.31-ig.

Táppénzre jogosult: 2015.04.15-től.

Írányadó időszak: 2014.01.01–2015.01.31-ig.

Számítási időszak: 2015.01.01–2015.01.31-ig, mert nincs 180 és 120 napi, de van legalább 30 napi jövedelem, ezért a tényleges ennek hiányában szerződés szerinti jövedelem és van 180 napnyi folyamatos biztosítási idő!

- Ha a biztosított a táppénzre való jogosultság első napját megelőzően nem rendelkezik 180 napnyi folyamatos biztosítási jogviszonnal, a táppénz naptári napi alapját a jogosultság kezdő napján érvényes minimálbér alapulvételével kell megállapítani, kivéve, ha a tényleges vagy a szerződés szerinti jövedelme a minimálbért nem éri el. Ez esetben a táppénz naptári napi alapja a tényleges, ennek hiányában a szerződés szerinti jövedelem.

Példa:

Munkaviszonyban áll: 2015.01.01-től jelenleg is.

Táppénzre jogosult: 2015.04.15-től.

Írányadó időszak: 2015.01.01–2015.01.31-ig.

Számítási időszak: 2015.01.01–2015.01.31-ig. Nincs 180 napnyi folyamatos biztosítási idő (hiába van 31 napi jövedelem) ezért a minimálbérnél több nem csak kevesebb lehet a táppénz alapja, ha a tényleges jövedelme ettől kevesebb!

- Ha a biztosított azért nem rendelkezik legalább 180 naptári napi jövedelemmel, mert legalább 180 napig táppénzben, baleseti táppénzben, csecsemőgondozási díjban vagy gyermekgondozási díjban (kivéve a méltányosságból megállapított ellátásokat) részesült, a táppénz naptári napi összegét az utolsóként megállapított ellátás alapjának figyelembevételével kell megállapítani, ha az a szerződés szerinti jövedelménél kedvezőbb, amennyiben nem, akkor a szerződés szerinti jövedelem a táppénz alapja. Az előző ellátás alapját csak abban az esetben lehet figyelembe venni, ha az a jelenleg fennálló biztosítási jogviszonyában elért jövedelme alapján került megállapításra.

Példa:

Munkaviszonyban áll: 2000.01.01-től jelenleg is.

GYED:2014.01.01–2014.12.31-ig.

Táppénzre jogosult: 2015.04.15-től

Irányadó időszak: 2014.01.01–2015.01.31-ig.

(Számítási id. lehetne: 2015.01.01–2015.01.31-ig). Nincs 180 napi jövedelem, mert legalább 180 napot gyermekgondozási díjban részesült, ezért az előző ellátás (GYED) lesz a táppénz alapja, ha az a szerződés szerintnél kedvezőbb!

Táppénz mértéke:

Kétévi folyamatos biztosítási idő esetében a jövedelem 60%-a, ennél rövidebb biztosítási időre, a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás tartamára, valamint a kórházban lévő gyermeke mellett tartózkodás időtartamára 50%-a azzal, hogy a táppénz egy napra járó összege nem haladhatja meg a jogosultság kezdő napján érvényes minimálbér kétszeresének harmincad részét.

Többes jogviszony alapján járó táppénz:

Ha a biztosított több fennálló jogviszonyából kéri az ellátást, akkor az érintett valamennyi fennálló biztosítási jogviszonyhoz külön-külön hozzá kell számítani a megszűnt biztosítási jogviszonyból származó biztosításban töltött napoknak a fennálló biztosítás kezdő napját megelőző napjait.

Példa:

„A” foglalkoztatónál munkaviszonyba állt: 2000.01.01–2015.04.30-ig

„B” foglalkoztatónál munkaviszonyban áll: 2015.05.01-től jelenleg is.

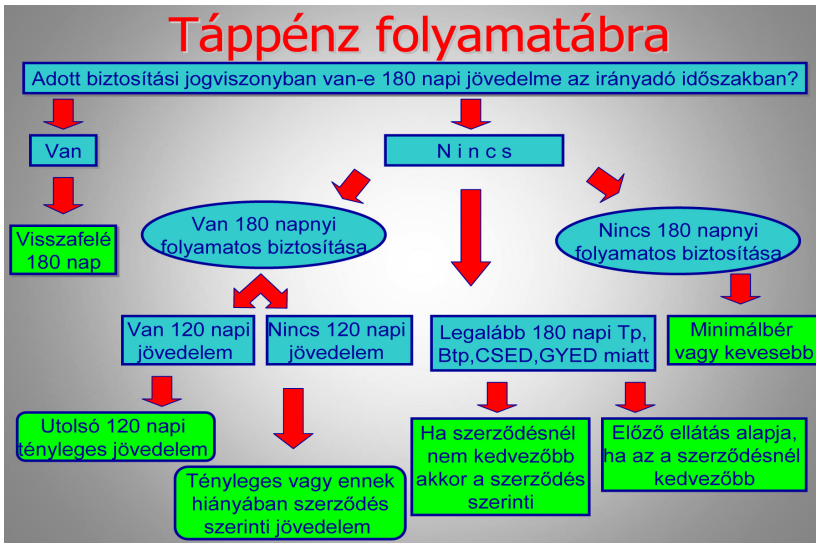
„C” foglalkoztatónál munkaviszonyban áll: 2015.06.01-től jelenleg is.

Táppénzre jogosult: 2015.08.01-től. Mindegyik jelenleg fennálló jogviszony (B, C) elé kell venni a korábban megszűnt (A) biztosítási jogviszonyt és a táppénz mértékét, időtartamát, folyamatos biztosítási idő kezdetét ennek figyelembevételével kell megállapítani. „B” jogviszonyban a folyamatos biztosítási idő kezdete 2000.01.01., míg a „C” jogviszonyban 2015.06.01. mivel megszakadt a biztosítás folyamatossága (2015.05.01–31-ig 31 nap).

Előleg megállapítása:

Amennyiben bevallás hiánya miatt 21 napon belül nem állapítható meg a pénzbeli ellátás, akkor a rendelkezésre álló jövedelmi adatok alapján kell az ellátás előlegét meghatározni. A pénzbeli ellátásról szóló határozatot legkésőbb az előlegről szóló végzés keltét követő egy éven belül a rendelkezésre álló adatok alapján kell meghozni. Amennyiben az így megállapított pénzbeli ellátás összege a folyósított előleg összegénél kevesebb, akkor az igénylő köteles a különbözetet felróhatóságra való tekintet nélkül, a visszafizetésre kötelező határozat jogerőre emelkedésétől számított 30 napon belül visszafizetni.

A gyermeknevelési támogatás, az ápolási díj, a korhatár előtti ellátás, a szolgálati járandóság, a baltművészeti életjáradék vagy az átmeneti bányászjáradék mellett munkát végző biztosítottra a táppénzre vonatkozó rendelkezéseket azzal az eltéréssel kell alkalmazni, hogy az ellátás időtartamának megállapításánál biztosítási időként csak a felsorolt ellátások folyósításának időtartama alatt biztosítási jogviszonyban töltött napokat lehet figyelembe venni, és csak az ebben elért jövedelmet.



1. ábra. A táppéNZ összegének meghatározása folyamatábrán

9.3.2. CSECSEMŐGONDOZÁSI DÍJ

Csecsemőgondozási díjra jogosult az, aki a szülést megelőzően két éven belül 365 napon át biztosított volt, és

- a biztosítás tartama alatt vagy a biztosítás megszűnését követő 42 napon belül szül, vagy
- a biztosítás megszűnését követően 42 napon túli baleseti táppéNZ folyósításának az ideje alatt vagy a folyósítás megszűnését követő 28 napon belül szül.

A csecsemőgondozási díjra jogosultsághoz szükséges előzetes 365 napi biztosítási időbe be kell számítani:

- a biztosítás megszűnését követő baleseti táppéNZ, csecsemőgondozási díj, gyermekgondozási díj (kivéve a diplomás GYED) folyósításának az idejét,
- közép- vagy felsőfokú oktatási intézmény nappali tagozatán egy évnél hosszabb ideje folytatott tanulmányok idejéből 180 napot,
- a rehabilitációs járadék, rehabilitációs ellátás folyósításának idejét.

A csecsemőgondozási díj a szülési szabadságnak megfelelő időtartamra jár, legfeljebb a gyermek születését követő 168. napig.

Csecsemőgondozási díj a szülési szabadságnak megfelelő időtartam még hátralévő tartamára

- örökbefogadási szándékkal rendelkező nőnek a gondozásba vétel napjától,
- családba fogadó gyámnak jár, a kirendelés napjától,

- a vér szerinti apának is jár, ha a szülő nő a kórházi ellátás miatt igazoltan kikerül abból a háztartásból, ahol a gyermeket gondozzák, az igazoláson feltüntetett időtartamra,
- a vér szerinti apának is jár, ha a szülő nő meghal, az elhalálozás napjától,
- a férfinak is jár, aki a csecsemőt örökbefogadási szándékkal nevelésbe vette, ha a gyermeket vele együtt örökbe fogadni szándékozó nő kórházi ellátás miatt igazoltan kikerül abból a háztartásból, ahol a gyermeket gondozzák, az igazoláson feltüntetett időtartamra,
- a férfinak is jár, aki a csecsemőt örökbefogadási szándékkal nevelésbe vette, ha a gyermeket örökbe fogadni szándékozó nő meghal, az elhalálozás napjától,
- a férfinak is jár, aki a csecsemőt egyedül vette örökbefogadási szándékkal nevelésbe, a gondozásba vétel napjától.

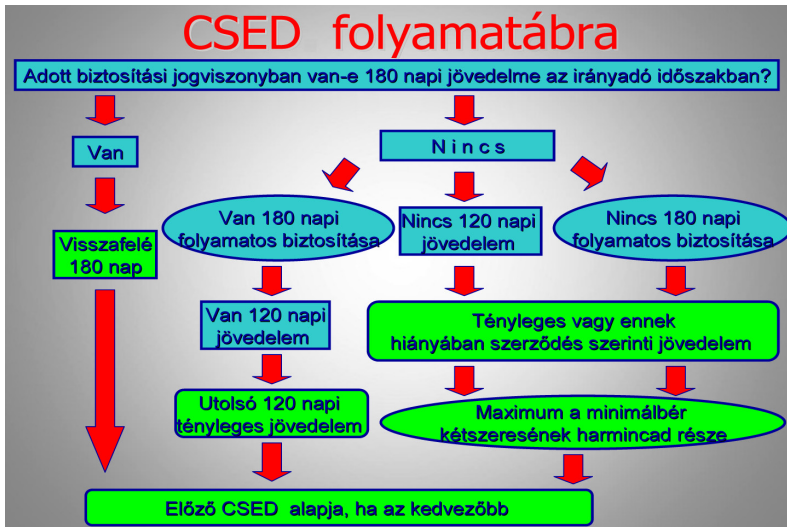
Nem jár csecsemőgondozási díj:

- a) a szülési szabadságnak arra a tartamára, amelyre a teljes keresetét megkapja,
- b) ha bármilyen jogviszonyban – ide nem értve a nevelőszülői foglalkoztatási jogviszonyban végzett tevékenységet – keresőtevékenységet folytat.
- c) annak a biztosítottnak, aki a keresetét részben kapja meg, csak az elmaradt keresete után jár csecsemőgondozási díj.

Nem minősül kereső tevékenységnek az ellátásra való jogosultság kezdőnapját megelőzően végzett tevékenységből származó jövedelem, ha az az ellátás folyósításának ideje alatt kerül kifizetésre.

Csecsemőgondozási díj összege és mértéke:

A táppénz összegének meghatározásánál az első két pontban leírtakkal egyezik meg, azaz az utolsó 180 napi vagy ennek hiányában az utolsó 120 napi jövedelem, ha van 180 napnyi biztosítása. Amennyiben nincs 120 napi jövedelme, vagy nincs 180 napnyi biztosítása, akkor a jogosultság kezdő napján érvényes minimálbér kétszeresének harmincad részének a figyelembevételével kell megállapítani, kivéve, ha a naptári napi jövedelme a minimálbér kétszeresének harmincad részét nem éri el, mert akkor a tényleges jövedelmet, vagy ennek hiányában a szerződés szerinti jövedelmet kell alapul venni. Ha a gyermek gyermekgondozási díj vagy gyermekgondozást segítő ellátás igénybevétele alatt, vagy annak megszűnését követő egy éven belül születik, és az ezt megelőzően utolsóként született gyermek jogán megállapított csecsemőgondozási díj naptári napi alapja magasabb összegű, mint a fenti általános szabály alapján számított csecsemőgondozási díj naptári napi alapja, akkor a magasabb naptári napi alap alapján kell az ellátást megállapítani. Ezt a szabályt a 2015. 06. 30-át követő csecsemőgondozási díjra való jogosultság esetében kell alkalmazni, és csak akkor, ha mindkét ellátás alapja ugyanabban a fennálló biztosítási jogviszonyban elért jövedelem figyelembevételével került megállapításra! A csecsemőgondozási díj mértéke mindig 70%.



2. ábra. A csecsemőgondozási díj összegének meghatározása

9.3.3. GYERMEKGONDOZÁSI DÍJ

Gyermekgondozási díjra jogosult:

- a biztosított szülő, ha a gyermekgondozási díj igénylését – a gyermeket szülő anyja esetén a szülést – megelőzően két éven belül 365 napon át biztosított volt,
- az anya, valamint a csecsemőgondozási díjnál a szülési szabadságnak megfelelő időtartam még hátralévő tartamára jogosultak körében meghatározott személy, aki részére csecsemőgondozási díj került megállapításra, és a biztosítási jogviszonya a csecsemőgondozási díjra való jogosultságának időtartama alatt megszűnt, feltéve hogy a csecsemőgondozási díjra való jogosultsága a biztosítási jogviszonyának fennállása alatt keletkezett, és a szülést megelőzően két éven belül 365 napon át biztosított volt, és a gyermeket saját háztartásában neveli.

A jogosultságra tehát két lehetőség van: az egyik, hogy biztosított a szülő és ennek tartama alatt igényli az ellátást, míg a másik esetben elsősorban az anya jogosult, ha a csecsemőgondozási díj alatt szűnik meg a biztosítása. Ez utóbbi szabályt lehet alkalmazni a csecsemőgondozási díjnál a szülési szabadságnak megfelelő időtartam még hátralévő tartamára jogosultak körében felsorolt személyek élethelyzetére is.

A csecsemőgondozási díjhoz hasonlóan a gyermekgondozási díjra történő jogosultsághoz szükséges előzetes 365 napi biztosítási időbe be kell számítani mindazon időket, ami ott felsorolásra került, azzal az eltéréssel, hogy a biztosítás megszűnését követően csak a baleseti táppénz idejét lehet beszámítani, de a csecsemőgondozási díjat és a gyermekgondozási díjat nem. Ebből következik az, hogy nem mindenki jogosult gyermekgondozási díjra, aki csecsemőgondozási díjra is jogosult volt.

Példa:

Munkaviszonyban áll: 2015.01.01-től jelenleg is.

Szült: 2015.03.01-jén.

Munkaviszonyban állt: 2010.01.01–2013.10.31-ig.

„Passzív” GYED: 2013.11.01–2014.12.31-ig.

A szülést megelőző két éven belüli időszakban 2013.03.01–2015.02.28-ig a biztosítási idő (munkaviszonyokban) 245 nap+59 nap=304 nap, a CSED esetében a passzív GYED-et is figyelembe kell venni, így megvan a 365 napja, azaz jogosult az ellátásra, de ennek lejártát követően a GYED-nél már nem számítható be, így erre már nem lesz jogosult.

A gyermekgondozási díj szempontjából nem tekinthető szülőnek – így az ellátásra sem jogosult – a helyettes szülő, a gyermekvédelmi gyám- és a nevelőszülő, függetlenül attól, hogy a nála elhelyezett gyermek tekintetében kirendelték-e gyámként. Sajnos hátrányosan érinti azokat a nevelőszülőket is, akiknek a nevelőszülői jogviszonyán kívül más biztosítási jogviszonya (pl. munkaviszony) is van, mert akkor abban, ha fizetés nélküli szabadságra megy a nevelt gyermeke jogán, akkor szünetel a biztosítása, mert gyermekgondozási díjban nem részesül. A gyermekgondozási díj legkorábban a csecsemőgondozási díj, illetőleg az annak megfelelő időtartam (168 nap) lejártát követő naptól a gyermek 2. életévének betöltéséig jár. Ikergyermekes esetén a megfelelő időtartam lejártát követő naptól további 1 évig jár, legfeljebb a gyermekek 3. életévének betöltéséig.

Nem jár gyermekgondozási díj:

- a) a jogosult egyéb rendszeres pénzellátásban (1993. évi III. törvény 4. § (1) bekezdés i) pontjában) részesül, ide nem értve a táppénzt, a baleseti táppénzt, a csecsemőgondozási díjat, a gyermekgondozási díjat, a gyermekgondozási támogatást, az álláskereső járadékot és segélyt, a vállalkozói és a munkanélküli járadékot, valamint az álláskeresőt ösztönző juttatást, vagy ha a jogosult rendszeres pénzellátásban részesül, és a csecsemőgondozási díjra vagy a gyermekgondozási díjra való jogosultság kezdő napján pénzbeli egészségbiztosítási járulék fizetésére kötelezett;
- b) a gyermeket ideiglenes hatállyal elhelyezték, nevelésbe vették, továbbá, ha harminc napot meghaladóan bentlakásos szociális intézményben helyezték el;
- c) gyermeket napközbeni ellátást biztosító intézményben (bölcsőde, családi napközi, házi gyermekfelügyelet) helyezték el, kivéve ha a jogosult keresőtevékenységet folytat, továbbá ide nem értve a rehabilitációs, habilitációs foglalkozást nyújtó intézményi elhelyezést;
- d) a jogosult előzetes letartóztatásban vagy szabadságvesztését, elzárásbüntetését tölti.

Továbbiakban akkor sem jár gyermekgondozási díj, ha főszabályként:

- a) GYED jogosultság ideje alatt a gyermek meghal, az elhalálozás időpontját követő hónap első napjától,
- b) az elhalálozás időpontját követő hónap első napjáig 15 napnál kevesebb van hátra, akkor az elhalálozást követő 16. naptól,
- c) legfeljebb a gyermek 2 éves koráig.

Ikrek esetében:

- a) ikrek közül, ha csak egy gyermek marad életben, akkor a főszabály figyelembevételével legfeljebb a gyerek 2 éves koráig jár, tovább nem,
- b) ikrek közül, ha több gyermek marad életben, akkor a főszabály figyelembevételével legfeljebb a gyerek 3 éves koráig jár az ellátás.

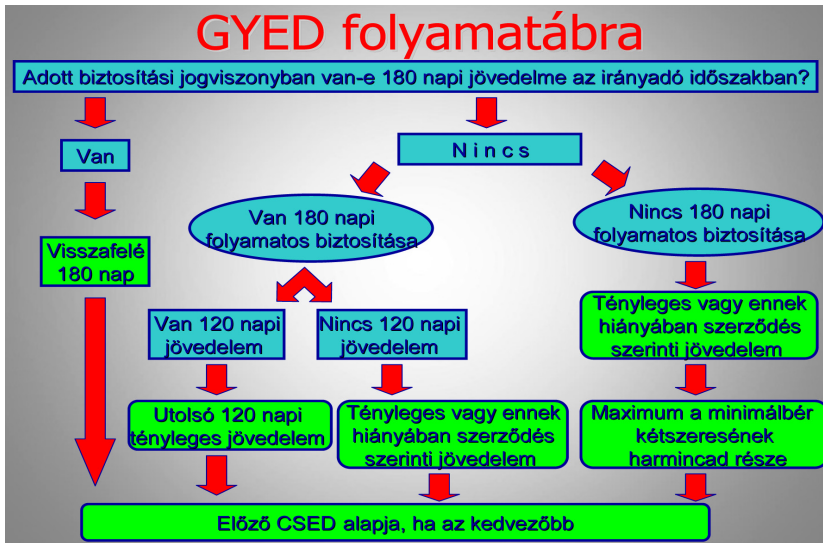
Gyermekgondozási díj összege és mértéke:

A gyermekgondozási díj összege a naptári napi alap 70%-a, de legfeljebb havonta a mindenkori minimálbér kétszeresének 70%-a. A maximális összegben megállapított gyermekgondozási díj összegét minden év január 15-éig hivatalból felül kell vizsgálni, és a tárgyévre érvényes összeghatár figyelembevételével január 1-jei időponttól újra meg kell állapítani. Ez csak a maximális összegű ellátásokat érinti a többit nem. Ugyanazon személy részére ugyanazon gyermeke jogán benyújtott újabb igény esetén az ellátás összege nem változik, mint amit korábban állapítottak meg. Aki egyidejűleg több jogviszony alapján jogosult gyermekgondozási díjra, az ellátás összegét egybe kell számítani, de így sem haladhatja meg a maximális összeget. Aki több különböző korú gyermek után jogosult egyidejűleg gyermekgondozási díjra, a maximális összeget gyermekenként kell megállapítani. Ikergyermek esetén nem gyermekenként jár az ellátás.

A táppénz összegének meghatározásánál az első három pontban leírtakkal egyezik meg, azaz az utolsó 180 napi, vagy ennek hiányában az utolsó 120 napi, vagy ha nincs 120 napi jövedelem, akkor a tényleges ennek hiányában a szerződés szerinti jövedelem, ha van 180 napnyi biztosítása. Amennyiben nincs 180 napnyi biztosítása, akkor a jogosultság kezdő napján érvényes minimálbér kétszerese harmincad részének a figyelembevételével kell megállapítani, kivéve, ha a naptári napi jövedelme a minimálbér kétszerese harmincad részét nem éri el, mert akkor a tényleges jövedelmet vagy ennek hiányában a szerződés szerinti jövedelmet kell alapul venni. Ha a gyermek gyermekgondozási díj vagy gyermekgondozást segítő ellátás igénybevétele alatt, vagy annak megszűnését követő egy éven belül születik, és az ezt megelőzően utolsóként született gyermek jogán megállapított csecsemőgondozási díj naptári napi alapja magasabb összegű, mint a fenti általános szabály alapján számított gyermekgondozási díj naptári napi alapja, akkor a magasabb naptári napi alap alapján kell az ellátást megállapítani. Ezt a szabályt a 2015. 06. 30-át követő gyermekgondozási díjra való jogosultság esetében kell alkalmazni, de csak akkor, ha mindkét ellátás alapja ugyanabban a fennálló biztosítási jogviszonyban elért jövedelem figyelembevételével került megállapításra! A gyermekgondozási díj mértéke mindig 70%.

„Diplomás” gyermekgondozási díjra jogosult:

- a) „sima” gyermekgondozási díjra nem jogosult,
- b) szülést megelőző 2 éven belül államilag elismert felsőfokú intézményben magyar nyelvű napali képzésben legalább 2 aktív félév hallgatói jogviszonnyal rendelkezik,
- c) gyermeke hallgatói jogviszony fennállása alatt vagy a szünetelését, illetve megszűnését követő 1 éven belül születik,
- d) gyermeket saját háztartásában neveli,
- e) magyar állampolgár vagy másik EGT tagállam állampolgára, és
- f) a szülés időpontjában rendelkezik magyarországi bejelentett lakóhellyel.



3. ábra. A gyermekgondozási díj összegének meghatározása

Az időtartama a gyermek születésének napjától a gyermek 1 éves koráig jár. A vér szerinti apa is jogosult, ha a szülő nő meghal, vagy ha a szülő nő egyik gyermekgondozási díjra sem jogosult, ebben esetben a meghatározott jogosultsági időből igénybe nem vett időszakokra jár, de legfeljebb a gyermek 1 éves koráig. A két aktív félévben összesen 260 naptári napi hallgatói jogviszonnyal kell rendelkezni.

„Diplomás” gyermekgondozási díj összege:

- alapképzésben, szakképzésben, szakirányú továbbképzésben résztvevő hallgató esetén a jogosultság kezdő napján érvényes kötelező legkisebb munkabér,
- a mesterképzésben, egységes, osztatlan képzésben vagy doktori képzésben részt vevő hallgató esetén a jogosultság kezdő napján érvényes garantált bérminimum 70%-a. Ezt a fix összeget minden év január 15-éig hivatalból felül kell vizsgálni.

Ha a jogosult a szülés napján biztosított és a számítási időszakban rendelkezik legalább 180 vagy 120 naptári napi jövedelemmel, az ellátás összegét ez alapján kell kiszámítani azzal, hogy az ellátás összege nem lehet kevesebb a képzéstől függő fix összegnél, valamint nem lehet magasabb havonta a gyermekgondozási díj maximumánál.

9.3.4. MÉLTÁNYOSSÁGI PÉNZBELI ELLÁTÁSOK

Kizárólag a biztosított részére állapítható meg táppénz, gyermekápolási táppénz, csecsemőgondozási díj, gyermekgondozási díj, ha az ahhoz szükséges biztosítási idővel nem rendelkezik. A méltányosságból megállapítható pénzbeli ellátások folyósításának idejét és összegét az egészségbiztosító állapítja

meg, amely nem lehet több táppénz esetében (kivéve gyermekápolási táppénzt) az egy évnél és a napi maximum összegnél, csecsemőgondozási díjnál a 168 napnál és a maximum összegnél, valamint a gyermekgondozási díjnál gyermek kétéves koránál és a minimálbér összegénél. Ellátás nem engedélyezhető, ha egyéb ellátásra szerez jogosultságot. Méltányossági ellátás időtartama újabb ellátás megállapítására nem jogosít. A biztosított a méltányossági kérelmet a foglalkoztatójához nyújthatja be, aki 5 napon belül továbbítja a székhelye szerinti kormányhivatalnak. A fővárosi és megyei kormányhivatal jogosult egyszeri segítyt évente egyszer megállapítani annak, akinek az egészségi állapota, jövedelmi helyzete, életkörülménye és gyógyszerköltsége ezt indokoltá teszi.

9.4. Baleseti ellátás

Baleseti ellátás üzemi baleset vagy foglalkozási betegség esetén jár. Baleseti ellátásként a sérültet baleseti egészségügyi szolgáltatás, baleseti táppénz és baleseti járadék illeti meg.

9.4.1. BALESET, ÜZEMI BALESET FOGALMA, FAJTÁI

Baleset: balesetnek minősül az emberi szervezetet ért olyan egyszeri külső hatás, amely a sérült akaratától függetlenül, hirtelen vagy rövid idő alatt következik be, és sérülést, mérgezést, más (testi, lelki) egészségkárosodást vagy halált okoz.

Üzemi baleset: az a baleset, amely a biztosítottat a foglalkozása körében végzett munka közben, vagy azzal összefüggésben éri. Üzeminek minősül az a baleset is, amelyet a biztosított munkába vagy otthon lakására (szállására) menet közben szenved el (a továbbiakban: úti baleset). Üzemi baleset az is, amely a biztosítottat közcélú munka végzése vagy egyes társadalombiztosítási ellátások (pl. elrendelt vizsgálaton, kezelésen történt megjelenésével) igénybevétele során éri.

Foglalkozási betegség a munkavégzés, a foglalkozás gyakorlása közben bekövetkezett olyan heveny és idült, valamint a foglalkozás gyakorlását követően megjelenő vagy kialakuló idült egészségkárosodás, amely

- a) a munkavégzéssel, a foglalkozással kapcsolatos, a munkavégzés, a munkafolyamat során előforduló fizikai, kémiai, biológiai, pszichoszociális és ergonómiai kóroki tényezőkre vezethető vissza, illetve
- b) a munkavállalónak az optimálisnál nagyobb vagy kisebb igénybevételenek a következménye.

Nem üzemi baleset:

- a) részben vagy egészben a balesetet szenvedett biztosított alkohol vagy kábítószer általi igazolt befolyásoltsága miatt következett be,
- b) munkahelyi feladatokhoz nem tartozó engedély nélkül végzett munka,
- c) engedély nélküli járműhasználat,
- d) munkahelyi rendbontás során,

- e) a lakásról (szállásról) munkába, illetőleg a munkából lakásra (szállásra) menet közben indokolatlanul nem a legrövidebb útvonalon közlekedve, vagy az utazás indokolatlan megszakítása során történt,
- f) aki sérülését szándékosan okozta,
- g) az orvosi segítség igénybevételével, illetőleg a baleset bejelentésével szándékosan késlekedett.

Baleseti egészségügyi szolgáltatás:

Az üzemi balesetből eredő egészségkárosodás miatt támogatással rendelt gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás árához, valamint a gyógyászati segédeszköz javítási díjához – amennyiben a támogatás mértéke a nulla százalékot meghaladja – százszázalékos mértékű támogatás jár.

9.4.2. BALESETI TÁPPÉNZ

Baleseti táppénzre az jogosult, aki a biztosítás fennállása alatt vagy a biztosítás megszűnését követő legkésőbb harmadik napon üzemi baleset következtében keresőképtelenné válik. Az is jogosult, aki ugyanabból a balesetből eredően ismételten keresőképtelenné válik. Több biztosítási jogviszony esetén abban jogosult baleseti táppénzre, amelyben a baleset érte. A baleseti táppénz az előzetes biztosítási időre és táppénzfolyósításra tekintet nélkül egy éven keresztül jár azzal, hogy legfeljebb az orvosszakértői szerv egy évvel meghosszabbíthatja. Baleseti táppénz időtartamának megállapításánál előzményként figyelembe kell venni az ellátásra való jogosultság első napját közvetlenül megelőző egy éven belül a baleseti táppénz folyósításának időtartamát. Nem jogosult baleseti táppénzre az, aki ugyanazon üzemi balesetből eredően baleseti járadékban részesül. A baleseti táppénznél a betegszabadságra vonatkozó rendelkezéseket nem kell alkalmazni.

Baleseti táppénz összege, mértéke:

- Folyamatos biztosítás esetén a táppénzre jogosultság kezdőnapját közvetlenül megelőző naptári év első napjától a jogosultság kezdő napját közvetlenül megelőző harmadik hónap utolsó napjáig terjedő időszakban az utolsó 180 naptári napra jutó jövedelem.
- Ha a biztosított a meghatározott időszakban nem rendelkezik 180 napi jövedelemmel, a baleseti táppénz alapját a tényleges, ennek hiányában a szerződés szerinti jövedelme alapján kell megállapítani.

A baleseti táppénz alapjának naptári napi összegének 100%-a, úti baleset esetén annak 90%-a. Pénzbeli egészségbiztosítási járulék fizetésére nem kötelezett biztosított (pl. öregségi nyugdíjas munkavállaló), illetőleg baleseti ellátásra jogosult baleseti táppénze az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összege 150 százalékának (42.750,-Ft/hó) naptári napi összegével azonos, úti üzemi baleset esetén annak 90 százalékával egyezik meg. Ha a sérült az első baleseti táppénzre való jogosultság megszűnését követő 180 napon belül ugyanazon üzemi baleset következtében, abban a jogviszonyában, amelyben a baleset érte, újból keresőképtelenné válik, a baleseti táppénz összege a korábbiánál kevesebb nem lehet.

Baleseti ellátásra jogosult:

- a) nevelési-oktatási és felsőoktatási intézmény, iskolarendszeren kívüli oktatásban, gyakorlati oktatásban részesülő tanulójának, hallgatójának az a balesete, amelyet képzés közben, vagy ezzel összefüggésben szenvedett el;
- b) szocioterápiás intézetben gyógykezelt betegnél, a szocioterápiás foglalkoztatás közben vagy azzal összefüggésben elszenvedett baleset;
- c) őrizetbe vett, előzetesen letartóztatott elzárásra utalt, illetőleg szabadságvesztés büntetést töltő személy esetén a fogvatartás ideje alatt végzett munka közben, valamint a fogvatartást foganatosító szerv közege által adott utasítás teljesítése közben, vagy azzal összefüggésben elszenvedett baleset;
- d) közcélú, illetőleg közérdekű munkát végző személynek az a balesete, amelyet a közcélú, illetőleg közérdekű munka végzése során vagy azzal összefüggésben szenvedett el (pl. állami szerv vagy önkormányzat, illetőleg a munkáltató által kezdeményezett, irányított vagy jóváhagyott társadalmi munka).

9.4.3. BALESETI JÁRADÉK

A baleseti járadék alapvető célja, hogy a baleseti táppénz lejártát követően pénzbeli ellátást biztosítson a jogosult részére. Ennek az ellátásnak a megállapítását, folyósítását a nyugdíjagazat végzi függetlenül attól, hogy ezt a kötelező egészségbiztosításról szóló törvény szabályozza. Baleseti járadékra az jogosult, akinek üzemi baleset következtében 13%-ot meghaladó egészségkárosodása keletkezett, de a megváltozott munkaképességű személyek ellátásai nem illetik meg, valamint nem részesül öregségi nyugdíjban. Ha az egészségkárosodás mértéke a 20%-ot nem haladja meg, a baleseti járadék legfeljebb két éven át, ha meghaladja, vagy szilikózisból és aszbesztózisból ered, akkor az egészségkárosodás tartamára időbeli korlátozás nélkül jár. A baleseti járadék akkortól jár, amikor az egészségkárosodást megállapították, vagy ha baleseti táppénzben részesül, akkor ennek a megszűnését követő naptól.

Baleseti járadékösszege, mértéke:

- a) az 1. baleseti fokozat, akinek az egészségkárosodása 14–20%, az átlagkereset 8%-a,
- b) a 2. baleseti fokozat, akinek az egészségkárosodása 21–28%, az átlagkereset 10%-a,
- c) a 3. baleseti fokozat, akinek az egészségkárosodása 29–39%, az átlagkereset 15%-a,
- d) a 4. baleseti fokozat, akinek az egészségkárosodása 39% felett az átlagkereset 30%-a.

A baleseti járadékot, a balesetet közvetlenül megelőző egy éven belül elért nyugdíjjárulék alapját képező kereset havi átlaga alapján kell megállapítani. A baleseti fokozat változása esetén a baleseti járadék összegét az új fokozatnak megfelelően módosítani kell. Újabb üzemi baleset esetén valamennyi baleset következményét együttesen kell figyelembe venni, és az átlagkeresetek közül a kedvezőbb alapján kell megállapítani. A járadék összegének alapját, ha a jogosult nem rendelkezik 365 napi keresettel, akkor a tényleges kereset havi átlaga, vagy ha egyáltalán nincs figyelembe vehető keresete, akkor a megállapítás kezdő napját megelőző hónapban érvényes minimálbér alapulvételével kell megállapítani. A baleseti járadékra jogosultság megszűnik, ha az egészségkárosodás a 13%-ot már nem haladja meg.

9.5. Pénzbeli és baleseti ellátások igényérvényesítése

Az egészségbiztosítási pénzbeli ellátás iránti igény az **igénybejelentés** napjától visszamenőleg legfeljebb 6 hónapra érvényesíthető. Az ellátást legkorábban az igénybejelentés napját megelőző 6. hónap első napjától lehet megállapítani. (Pl. a 2015. 03. 10-én érkezett igényt visszamenőleg 2014. 09. 01-jétől lehet megállapítani) Az igénybejelentés napja a kérelem postára adásának igazolt napja. A pénzbeli ellátást a foglalkoztatónál kell előterjeszteni. A „Diplomás” gyermekgondozási díjat a **kérelmező lakóhelye szerint illetékes egészségbiztosító**hoz nyújthatja be. A kifizetőhellyel nem rendelkező munkáltató a pénzbeli ellátás iránti kérelmeket kizárólag az OEP honlapján közzétett számítógépes program segítségével töltheti ki és állíthatja elő. A kifizetőhellyel nem rendelkező munkáltató a pénzbeli ellátások iránti kérelmekhez „Foglalkoztatói igazolást” állít ki, melyet a biztosított által benyújtott igazolásokkal együtt 5 napon belül továbbít a foglalkoztató székhelye szerint illetékes egészségbiztosítóhoz. Az egyéni vállalkozó „Igénybejelentés” elnevezésű nyomtatványt állít ki a pénzellátás igényléséhez. Pénzbeli ellátásra való jogosultság esetén, ha a pénzbeli ellátás összege 21 napon belül azért nem állapítható meg, mert nem került sor a biztosított jövedelméről bevallás benyújtására, akkor a rendelkezésre álló adatok alapján a az igénylő részére végzésben előleget kell megállapítani. A pénzbeli ellátásról szóló érdemi döntést legkésőbb az előlegről szóló végzés meghozatalát követő egy éven belül a rendelkezésre álló adatok alapján meg kell hozni. A pénzbeli ellátás határozattal történő megállapításakor a pénzbeli ellátás összegébe a folyósított előleg összegét be kell számítani.

Ha a kérelmet jogszabálysértő módon elutasították, vagy alacsonyabb összegű ellátást állapítottak meg, illetőleg folyósítottak, a jogszabálysértés felfedésétől visszafelé számított 5 éven belül járó összeget és az utána járó késedelmi pótlékot utólag ki kell fizetni. Az esedékessé vált és fel nem vett ellátást az esedékességtől számított egy éven belül lehet felvenni. A jogosult halála esetén a fel nem vett ellátást a vele közös háztartásban együtt élt házastárs, gyermek, unoka, szülő, nagyszülő és testvér egymást követő sorrendben, ezek hiányában az örökös veheti fel a halál napjától, vagy a hagyatéki végzés jogerőre emelkedése napjától számított egy éven belül. A pénzbeli ellátás iránti kérelmet a kifizetőhellyel rendelkező munkáltató esetében a kifizetőhely, egyéb esetben a munkáltató székhelye szerint illetékes egészségbiztosító bírálja el, és utólag folyósítja, kivéve, akinek egyidejűleg több biztosítással járó jogviszony alapján jogosult gyermekgondozási díjra, mert akkor a kérelmét az egészségbiztosítónak kell elbírálnia és folyósítania.

A baleset üzemiségének elismerése iránti kérelmet – a foglalkozási megbetegedést kivéve – legkésőbb a baleset bekövetkezésétől számított egy éven belül lehet benyújtani a **baleseti táppénz megállapítására jogosult szerv**hez. E határidő elmulasztása miatt igazolással élni nem lehet. Az üzemi baleset megállapításáról határozatot kell hozni, amely tartalmazza az egészségkárosító következményeket (mije sérült meg), és a határozatot közölni kell a biztosítottal, a kezelő orvossal, továbbá a keresőképtelenséget elbíráló orvossal. Baleseti ellátást csak elismerő határozattal lehet igénybe venni. Az üzemi baleset jogerős megállapításáig a társadalombiztosítási támogatással rendelt gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátás árához, fogászati ellátáshoz a térítési díj a biztosítottat terheli. Ezt követően a kezelőorvos az üzemi balesettel összefüggésben rendelt ellátásokról igazolást állít ki, amelyet öt munkanapon belül megküld az egészségbiztosító vagy a társadalombiztosítási ki-

fizetőhely részére attól függően melyik hozta meg a határozatot. Ezután kerül folyósításra a biztosított által korábban kifizetett térítési díj. A baleseti járadék iránti igényt az üzemi baleset bekövetkezése napjától számított 3 éven belül, illetőleg a foglalkozási megbetegedés megállapítását követő 1 éven belül lehet a kérelem benyújtásával érvényesíteni. Munkavégzés során elszenvedett baleset esetén „Munkabaleseti jegyzőkönyvet” más üzemi balesetnek minősülő balesetek esetén „Üzemi baleseti jegyzőkönyvet” kell felvennie a foglalkoztatónak az esemény kivizsgálása során. A foglalkoztatónak mindig részletes jegyzőkönyvet kell kiállítania. Egyéni vállalkozók üzemi balesete esetén a jegyzőkönyvet a székhelye szerinti egészségbiztosító veszi fel. Halált okozó üzemi baleset vagy foglalkozási betegség esetén az egészségbiztosító dönt. Amennyiben a baleset nem minősül üzemi balesetnek (pl. otthon történt), akkor a sérültnek az előírt nyomtatványon nyilatkoznia kell a baleset körülményeiről (hol, mikor, hogyan történt, ki okozta, volt-e rendőrségi eljárás, hol látták el sérülését stb.). Ennek a későbbiekben a megtérítési eljárásnál lehet szerepe. A sérült a nyilatkozatot a táppénzfolyósító szerv megkeresésére 15 napon belül visszajuttatja.

A biztosított a biztosítási kötelezettséggel járó jogviszony létesítésekor az „Igazolvány a biztosítási jogviszonyról és az egészségbiztosítási ellátásokról” elnevezésű nyomtatványt (amit TB kiskönyvnek is hívnak) a foglalkoztatónak átadja, aki 3 napon belül bejegyzi a biztosítási jogviszony kezdetét és a jogviszony végéig megőrzi. A jogviszony végét a megszűnésekor, továbbá a jövedelemigazolás kiadásának tényét (amennyiben erre sor kerül) bejegyzi. Ezen kívül feljegyzi a biztosítási jogviszony megszűnését közvetlenül megelőző 2 éven belül folyósított pénzbeli ellátások és a passzív jogon folyósított ellátások időtartamát. Ha a biztosított az igazolványt nem adja át, a foglalkoztató köteles a biztosítottat felhívni, hogy az előző foglalkoztatójától szerezze be. Amennyiben nem szerzi be, erről a biztosítottnak írásban kell nyilatkoznia. A foglalkoztató a biztosított írásbeli kérésére jövedelemigazolást köteles kiadni, amelyen igazolja a megelőző naptári év első napjától a jogviszony megszűnésének napjáig a pénzbeli egészségbiztosítási járulékalapot képező jövedelmet és azon időtartamokat, jogcímeiket, amelyekre jövedelme nem volt. A jövedelemigazolás szigorú számadású nyomtatványon történik. A jövedelemigazolásnak jelentősége a csecsemőgondozási díj és a gyermekgondozási díj esetén csak azoknál van, akiknek a gyermeke 2015.01.01-je előtt született. Erre azért van szükség, mert a 2013. 07. 15-e előtt hatályos jogszabályok alapján is meg kell állapítani az ellátásokat és a magasabb összegű ellátást kell folyósítani a biztosított részére. A táppénz és baleseti táppénz folyósításának 240. napját követő 15 napon belül a táppénzt folyósító szerv köteles a keresőképtelenséget igazoló orvost és a biztosítottat értesíteni a biztosított táppénz, baleseti táppénz jogosultsága megszűnésének időpontjáról. Pénzbeli ellátás esetén a foglalkoztató köteles haladéktalanul értesíteni az ellátást folyósító egészségbiztosítót, ha az igénylő biztosítási jogviszonya az ellátás időtartama alatt megszűnik. Ennek például azért van jelentősége, mert a biztosítás megszűnését követően táppénz már nem folyósítható (passzív táppénz).

A foglalkoztatók, az egyéni vállalkozók és egyéb szervek az egészségbiztosítás pénzbeli és baleseti ellátásainak megállapításához szükséges nyilvántartások vezetésére, valamint adatok bejelentésére kötelezhetők, de egészségügyi adatot nem kezelhetnek. Az adatszolgáltatási és nyilvántartási kötelezettségeit a felszámolás és a végelszámolás kezdő időpontjától a felszámoló, illetve a végelszámoló teljesíti.

9.6. Pénzbeli ellátásokkal kapcsolatos ellenőrzések

A társadalombiztosítás történetében a II. világháborút követően létrehozták a **kifizetőhelyek** intézményét, ami a mai napig is fennáll. Ennek a lényege, hogy a 100 főt foglalkoztató munkáltatónak kötelező, míg a többinek csak megállapodás megkötése esetén lehetőség a kifizetőhely létrehozása. A kifizetőhelyek fő feladata a pénzbeli ellátásokra való jogosultság megállapítása, folyósítása és ezzel kapcsolatos ügyintézés (határozathozatal, végzés kibocsátás stb.), továbbá az OEP által rendszeresített nyomtatványokat (pl. segélyezési egyéni lap, adatmegállapító lap stb.) köteles vezetni. Azoknál a foglalkoztatóknál ahol nem működik kifizetőhely ott a pénzbeli ellátásokkal kapcsolatos feladatokat a munkáltató székhelye szerinti megyei egészségbiztosító végzi. Ebből következően a kifizetőhellyel nem rendelkező foglalkoztatóknak adatszolgáltatási kötelezettségük van, ezért elsősorban ezek vizsgálatát végzi az egészségbiztosító. Ezen kívül az egyéni vállalkozók üzemi balesete esetén a körülményeket kivizsgálja és a tényeket jegyzőkönyvbe rögzíti.

A kifizetőhelyeken pedig az ellátások megállapítását, összegének számfejtését és utalását ellenőrzik. Amennyiben az ellenőrzés során megállapítást nyer, hogy a kifizetőhely téves összegben folyósította a pénzellátást, akkor intézkedni kell. Ha kevesebb összegben állapította meg, mint amennyi jog szerint meg illette a biztosítottat, akkor ki kell utalni a különbözetet. Ebben az esetben határozattal kötelezi az egészségbiztosító a kifizetőhelyet. Ha többet kapott, akkor a 90 napon belüli túlfizetést a felvevőtől határozattal, a 90 napon túlit a túlfizetésért felelőstől (pl. foglalkoztató, igénylő, egyéb szerv) követelik vissza határozattal vagy fizetési meghagyással. A fizetési meghagyást a foglalkoztató vagy egyéb szerv felé kell kiadni. Az ellenőrzés során vizsgálni kell a kifizetőhely különböző intézkedéseinek jogszerűségét, alaki és tartalmi elemeit. Ilyen intézkedések a végzések (hiánypótló, belföldi jogsegély stb.) és az érdemi döntéseket tartalmazó határozatok.

Az ellenőrzés fajtái lehetnek: átfogó, téma, cél, instruáló, utó és záró. Átfogó ellenőrzés az, amikor egy időszakra vonatkozóan történik a vizsgálat. Témaellenőrzés, amikor egy konkrét témában (pl. táppénz megállapítás) több munkáltatónál végeznek ellenőrzést. Céllellenőrzésnek pedig azt nevezzük, amikor egy konkrét ügyben egy foglalkoztatónál van a vizsgálat. Instruálónak az tekinthető, amikor egy foglalkoztatónál működő kifizetőhelyen elsősorban ügyintéző-változás vagy kifizetőhely-létesítés esetén segítő, oktató jelleggel történik a vizsgálat. Utóellenőrzésről pedig akkor beszélünk, ha ezt megelőzően átfogó, cél, téma, instruáló ellenőrzés volt, és annak során valamilyen kötelezettség került előírásra, amelynek teljesítését, végrehajtását utólag kell megvizsgálni. Záró ellenőrzésre akkor kerül sor, amikor egy kifizetőhely megszűnik. Megszűnéskor a folyamatban lévő pénzbeli ellátásokat a továbbiakban az egészségbiztosító folyósítja. A vizsgálatokat az éves ellenőrzési tervben foglaltak szerint kell végezni.

A foglalkoztatónak a biztosítottak bejelentését az adóhatóság felé kell teljesíteni, akik ezt továbbítják az OEP felé. Az ellenőrzések során a bejelentéseket minden esetben vizsgálni kell. A pénzbeli ellátások megállapítását megelőzően az egészségbiztosító minden esetben kontrollálja a bejelentés tényét. Eltérés vagy a bejelentés hiánya esetén az egészségbiztosító a foglalkoztatót hiánypótlásra szólítja fel.

A társadalombiztosítási kifizetőhely a kifizetett pénzbeli ellátásokról és a kifizetőhelyet megillető 1%-os költségtérítés összegéről havonta elszámolást nyújt be az egészségbiztosítási szervhez. Az elszámoláson kell feltüntetni a táppénz-hozzájárulás összegét is. Az egészségbiztosítási szakigazga-

tási szerv az elszámolást a beérkezésétől számított 8 napon belül felülvizsgálja és az elszámolt táp-pénz-hozzájárulással csökkentett összegre vonatkozóan intézkedik a Magyar Államkincstáron keresztül az átutalásról.

Az egészségbiztosító szak- és pénzügyi ellenőrzése kiterjed az egészségbiztosítás pénzbeli, illetőleg baleseti ellátásaival összefüggő nyilvántartási és adatszolgáltatási kötelezettség teljesítésére, a társadalombiztosítási feladatokat ellátó szervek hatáskörébe tartozó ellátásoknak és szolgáltatásoknak a jogosultak részére történő megállapítására, folyósítására, továbbá az ezekkel összefüggő ügyviteli feladatok ellátására. Az ehhez szükséges nyilvántartásokat, egészségügyi szolgáltatói jelentéseket, könyvelési és egyéb okmányokat, illetőleg adatokat rendelkezésre kell bocsátani. Az egészségbiztosító ellenőrzési eljárása során kérheti annak igazolását, hogy a pénzbeli egészségbiztosítási járulékalapot képező jövedelem bevallásának eleget tett. Ha az ellenőrzés során megállapítást nyer, hogy a bevallásra kötelezett nem teljesítette bevallási kötelezettségét, az egészségbiztosító felhívja a bevallásra kötelezettet, hogy 10 napon belül mulasztását pótolja, annak elmaradása esetén értesíti az állami adóhatóságot.

Aki a bejelentési, nyilvántartási, adatszolgáltatási kötelezettségét nem vagy késedelmesen, illetve nem az előírt módon teljesíti, vagy valótlan adatokat közöl természetes személy esetén 10.000,-tól 100.000 forintig, foglalkoztató és egyéni vállalkozó esetén 10.000,- forinttól 1 millió forintig terjedő, az elkövetett mulasztással arányos mulasztási bírság fizetésére kötelezhető. A bírság összegének megállapításánál mérlegelni kell az enyhítő és súlyosbító körülményeket. A mulasztási bírságot kiszabó elsőfokú végzés ellen önálló fellebbezésnek van helye.

A kifizetőhelyeken végzett ellenőrzéseket visszamenőleg öt évre vonatkozóan lehet elvégezni tekintettel arra, hogy a követelés is ennyi időn belül érvényesíthető. Mindebből látható, hogy a kifizetőhelyen végzett vizsgálat során az ellenőrnek nem csak a hatályos jogszabályokat kell ismernie, hanem a korábbiakat is.

Felhasznált jogszabályok és egyéb források jegyzéke:

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény és a végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII.1) kormányrendelet.

10. FELELŐSSÉGI SZABÁLYOK, JOGORVOSLATI ÉS DÖNTÉS FELÜLVIZSGÁLATI KÖTELEZETTSÉG A KÖTELEZŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS RENDSZERÉBEN

(KECSKÉS ANNAMÁRIA)

10.1. Felelősségi szabályok

10.1.1. VISSZAFIZETÉSI ÉS MEGTÉRÍTÉSI KÖTELEZETTSÉG

Az Egészségbiztosítási Alap kasszájából **jogalap nélkül vagy valakinek felróhatóan kifizetett pénzbeli ellátásokat**, illetve a természetbeli ellátások költségeit vissza kell fizetni, meg kell téríteni. **Visszafizetésre** az a személy köteles, akinek a részére az ellátást folyósították, **megtérítésre** pedig a tőle különböző más személy vagy szerv, akinek vagy amelynek az ellátás felvétele felróható.

Amennyiben erre az ellátást jogalap nélkül felvevő személyt a folyósító szerv kilencven napon belül írásban kötelezi, attól függetlenül köteles a visszafizetésre, hogy a jogalap nélküli felvétel neki felróható volt-e vagy sem. A felvétel időpontja ebben az esetben az a nap, amikor az ellátást személyesen átvették vagy amikor a bankszámlán jóváírták.

Ebben az esetben tehát a kifizető nem vizsgálja azt, hogy a jogalap nélküli kifizetés az igénylő, a foglalkoztató vagy más valamely téves, hibás adatszolgáltatása, mulasztása vagy az egészségbiztosító esetleges mulasztása, ügyviteli hibája miatt történt: ha a **folyósítástól számított 90 napon belül** a jogalap nélküli felvétel tényét a folyósító szerv észleli, és a jogosultat határozatban kötelezi annak visszafizetésére, a felvevő nem hivatkozhat arra, hogy ő felróható magatartást nem tanúsított, hanem mindenképpen köteles a meghatározott összeg visszafizetésére.

Kilencven nap elteltével attól követelhető vissza az ellátás összege, akinek a felvétel felróható. Felróhatóságnak nevezzük, ha valaki az adott jogviszonyban nem úgy jár el, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható, azaz nem tanúsítja azt a gondosságot, figyelmet, amit az adott helyzetben a jog elvár.

Ezen szabály alapján az ellátás visszakövetelhető az ellátásban részesülő személytől, de más szervtől vagy személytől is, akinek vagy amelynek felróható magatartása miatt került sor jogalap nélküli kifizetésre. Amennyiben a munkáltatók vagy az egészségügyi szolgáltatók mulasztása, illetve téves, hibás adatközlése miatt kerül sor jogalap nélküli kifizetésre, az egészségbiztosítási szerv a foglalkoztatót vagy a szolgáltatót kötelezi az ellátás jogalap nélkül kifizetett részének megtérítésére.

Ha a foglalkoztatót vagy egészségügyi szolgáltatót és az ellátásban részesülőt is felelősség terheli az ellátás jogalap nélküli megállapításáért vagy felvételéért, akkor azt közrehatásuk arányában kö-

telesek megtéríteni, illetve visszafizetni. Ha a közrehatás aránya nem állapítható meg, a felelősöket egyenlő arányban kell megtérítésre, illetve visszafizetésre kötelezni.

Ha több foglalkoztatót vagy egészségügyi szolgáltatót terhel felelősség, felelőségük ebben az esetben egyetemleges. Az **egyetemleges felelőség** azt jelenti, hogy a jogosult (jelen esetben az egészségbiztosító) bármely kötelezettől követelheti a tartozás teljes összegének megtérítését.

2015. január 1. napjától az egészségbiztosítás pénzbeli ellátásai és a baleseti táppénz összegének megállapításánál az ellátásra való jogosultság kezdő napján fennálló biztosítási jogviszonyban személyi jövedelemadó-előleg megállapításához bevallott jövedelmet kell figyelembe venni. Aki azért vett fel jogalap nélkül pénzbeli ellátást vagy baleseti táppénzt, mert a biztosítottra vonatkozóan a korábban bevallott jövedelemadatok az állami adóhatóságnál módosításra kerültek, felróhatóságára való tekintet nélkül köteles azt visszafizetni. Tehát ha valaki a korábban a foglalkoztatója által benyújtott bevallás alapján pénzbeli ellátásban részesült, és ezt a bevallást a munkáltató utóbb módosítja (alacsonyabb jövedelmet vall be), a módosítás folytán **keletkezett többletösszeget** az ellátásban részesülőnek a felróhatóság vizsgálata és időkorlát figyelembe vétele nélkül vissza kell fizetnie. Természetesen az általános elvülésre vonatkozó szabályok ebben az esetben is érvényesek: az ellátás felvételétől számított 5 éven belül lehet a meghatározott összeget visszakövetelni.

Az EGT tagállamokban EU-kártyával vagy azt helyettesítő nyomtatvánnyal jogosulatlanul igénybe vett ellátásnak, egészségügyi szolgáltatásnak az E. Alapot terhelő költségeit az ellátás igénybe vevője köteles megtéríteni.

A magyar egészségügyi szolgáltatásra jogosult személyek, akik Magyarországon, vagy az Európai Unió más tagállamában rendelkeznek állandó lakóhellyel, egy másik tagállamban a magyar egészségbiztosítás terhére vehetnek igénybe – orvosilag szükséges – egészségügyi szolgáltatásokat. Ezen ellátásokra való jogosultság az Európai Egészségbiztosítási Kártyával (EU Kártya) igazolható.

Abban az esetben, ha a kártyabirtokos magyarországi egészségügyi szolgáltatásra való jogosultsága a Kártyán feltüntetett érvényességi idő alatt (pl. külföldre költözés miatt) megszűnik, a Kártyát haladéktalanul vissza kell szolgáltatni az azt kiállító egészségbiztosítási pénztári szakigazgatási szervnek. Ha valaki ezt nem teszi meg, és a Kártyát jogosulatlanul használja, az igénybe vett ellátások költségeit meg kell térítenie.

Az egészségbiztosító a követelését mindezen fenti esetekben visszafizetésre kötelező határozattal, illetve megtérítésre kötelező fizetési meghagyással érvényesíti.

A biztosított köteles megtéríteni a neki felróható módon jogalap nélkül igénybe vett gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás után folyósított támogatás összegét, ha arra az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének ellenőrzését követően írásban kötelezték.

Az egészségbiztosító jogosult ellenőrizni, hogy a biztosított mely egészségügyi szolgáltatásokat vette igénybe, illetve hogy jogosult volt-e ezek igénybe vételére. Ha az ellenőrzés során azt állapítja meg, hogy az igénybe vétel jogtalan volt, a biztosítottnak a folyósított támogatás összegét meg kell térítenie, amennyiben a jogalap nélküli felvétel neki felróható.

Az egészségbiztosító ilyen esetben megtérítésre kötelező határozatot bocsát ki.

Megtérítésre kötelezhető a fenti szabály alapján pl. a biztosított, aki az ún. kihordási időn belül újabb azonos rendeltetésű gyógyászati segédeszközt indokolatlanul vesz igénybe. Kihordási időnek nevezzük azt az időtartamot, amelyre meghatározott mennyiségű gyógyászati segédeszköz támo-

gatással rendelhető, vagy azt az időtartamot, amelyre vonatkozóan a rendelt eszköz árához az OEP támogatást állapít meg.

Ebben az esetben azért megtérítésről és nem visszafizetésről beszélünk, mert a biztosított nem pénzbeli ellátást, hanem eszközt, szolgáltatást vett igénybe. Ezen szolgáltatások értékét kell megtérítenie az egészségbiztosító felé.

10.1.2. FELELŐSÉG AZ ELLÁTÁSOK KÉSEDELMES KIFIZETÉSÉÉRT

Ha az egészségbiztosító, illetve a társadalombiztosítási kifizetőhely a pénzbeli ellátási, valamint bal-eseti táppénz iránti igény érvényesítéséről az előírt határidőn belül nem gondoskodik, az adózás rendjéről szóló törvényben meghatározott késedelmi pótlékkal azonos mértékű kamatot köteles fizetni a jogosult részére.

Az ellátások kifizetéséről a Ket. által előírt általános ügyintézési határidőn, illetve – ha annak feltételei fennállnak – sommás eljárás keretében 8 napon belül kell gondoskodni. Ha a folyósító szerv ezt a határidőt túllépi, a késedelem miatt kamatfizetési kötelezettsége keletkezik – ide nem értve az előleg folyósítását.

10.1.3. A KÖVETELÉS ÉRVÉNYESÍTÉSE

Az **egészségbiztosító követelését** – a felvett ellátás kifizetésétől, a szolgáltatás, illetve a támogatás igénybevételeitől számított – öt éven belül érvényesítheti. Ha a követelésre alapot adó magatartás bűncselekmény, a követelés a büntethetőség elévülési idején belül érvényesíthető.

Jogalap nélkül felvett ellátások esetében a határozatot mindig az a szerv hozza, amely az ellátást folyósította.

Ha a kötelezett a határozat jogerőre emelkedésétől számított 15 napon belül tartozását nem egyenlíti ki, az egészségbiztosítási szerv követelését a bankszámlával rendelkező kötelezett esetében azonnali beszedési megbízással (inkasszó), bankszámlával nem rendelkező kötelezett személy esetében munkabérből vagy egyéb rendszeres járandóságból történő letiltással érvényesíti. Ha ezen végrehajtási eljárás nem vezet eredményre, a követelést az egészségbiztosítási szerv megkeresésére az állami adóhatóság adók módjára hajtja be. Az egészségbiztosítási szerv hatásköre, hogy azonnali beszedési megbízást nyújtson be, vagy a foglalkoztatót, rendszeres járandóságot folyósító szervet megkeresse a jövedelemből történő letiltás érdekében. Ha ezen intézkedések nem járnak sikerrel, a követelést át kell adni a Nemzeti Adó- és Vámhivatal területileg illetékes szervezeti egységének a végrehajtás foganatosítására.

10.1.4. MÉLTÁNYOSSÁG

A magánszeméllyel szemben jogalap nélkül felvett, illetve igénybe vett ellátás visszatérítése, illetőleg megtérítése címen fennálló követelést az egészségbiztosító méltányosságból mérsékelheti, elengedheti, vagy részletfizetést engedélyezhet.

Az egészségbiztosító méltányosságból a kirótt kamatot, késedelmi pótlékot, illetve a mulasztási bírságot mérsékelheti, elengedheti vagy részletfizetést engedélyezhet.

A jogszabály csak a magánszemélyek javára engedi meg a követelésre, azaz a tőkeösszegre vonatkozó fizetési kedvezmény alkalmazását.

A kamat, késedelmi pótlék, mulasztási bírság tekintetében erre mind a magánszemélyek, mind a jogi személyek javára lehetőség van.

A méltányossági eljárás során az egészségbiztosító vizsgálja a kötelezett és a vele egy háztartásban élők jövedelmi, vagyoni helyzetét, a tartozás nagyságát, a további méltánylást érdemlő körülményeket, és ez alapján hoz döntést a fizetési kedvezmény engedélyezéséről.

A kötelezett a tartozást a méltányossági határozatban megjelölt kedvezménnyel: részletekben, mérsékelt összegben, későbbi időpontig stb. fizetheti meg. Ha erre nem kerül sor, a tartozás egy összegben esedékessé válik, és ha a kötelezett felszólításra nem fizeti meg, végrehajtási eljárás indul.

A méltányossági eljárásban hozott döntés ellen nincs helye fellebbezésnek. A méltányossági jogkörben hozott döntés bírósági felülvizsgálatát kizárólag semmisségére hivatkozva lehet kérni.

10.2. Jogorvoslati és döntés felülvizsgálati kötelezettség a kötelező egészségbiztosítás rendszerében

Magyarország Alaptörvénye alapvető jogként nyilvánítja ki, hogy mindenki jogorvoslattal élhet az olyan bírói, közigazgatási vagy más hatósági döntés ellen, amely jogát vagy jogos érdekét sérti. A jogorvoslatihoz való jog alanyi jog, amelyet csak törvény korlátozhat vagy zárhat ki.

A hatóság határozata ellen önálló jogorvoslatnak van helye. A végzés ellen akkor van helye önálló jogorvoslatnak, ha azt a törvény lehetővé teszi, egyéb esetben a végzés elleni jogorvoslati jog a határozat, ennek hiányában az eljárást megszüntető végzés ellen igénybe vehető jogorvoslat keretében gyakorolható.

Kérelemre induló eljárás (jogorvoslat)

- a.) fellebbezés,
- b.) bírósági felülvizsgálat,
- c.) újrafelvételi eljárás,
- d.) Alkotmánybíróság határozata alapján indítható eljárás.

Hivatalbóli eljárás (döntés felülvizsgálat)

- a.) hatóság saját hatáskörében indított eljárás keretében (visszavonás, módosítás),
- b.) felügyeleti eljárás keretében.

10.2.1. KÉRELEMRE INDULÓ ELJÁRÁSOK

10.2.1.1. Fellebbezés

Az **ügyfél** az elsőfokú határozat ellen fellebbezhet. Ügyfél az a természetes vagy jogi személy, továbbá jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, akinek jogát vagy jogos érdekét az ügy érinti, akit hatósági ellenőrzés alá vontak, illetve akire nézve a hatósági nyilvántartás adatot tartalmaz. A **fellebbezés** nincs meghatározott jogcímhez kötve, fellebbezni bármely okból lehet, amelyre tekintettel az érintett a döntést sérelmesnek tartja. A fellebbezést indokolni kell.

A fellebbezést a döntés közlésétől számított 15 napon belül annál a hatóságnál lehet előterjeszteni, amely a megtámadott döntést hozta. Az elsőfokú hatóság a törvényben meghatározott esetekben a fellebbezést érdemi vizsgálat nélkül elutasítja.

Ha a fellebbezés alapján a hatóság arra az álláspontra jut, hogy döntése jogszabályt sért, a döntését módosítja vagy visszavonja. Egyéb esetekben a fellebbezést az ügy összes iratával együtt felterjeszti a fellebbezés elbírálására jogosult hatósághoz. A másodfokú döntést hozó szerv a döntést helyben hagyja, megváltoztatja, vagy megsemmisíti. Ha a másodfokú döntés meghozatalához nincs elég adat, vagy az elsőfokú döntés meghozatalát követően új tény merül fel, vagy egyébként a tényállás további tisztázása szükséges, a másodfokú döntést hozó hatóság a kiegészítő bizonyítási eljárás lefolytatását maga végzi el, és ennek alapján dönt.

A döntést követően a másodfokon eljáró hatóság a megküldött iratokat a döntéssel együtt visszaküldi az első fokú döntést hozó hatósághoz, amely intézkedik a döntés kézbesítése iránt.

10.2.1.2. Bírósági felülvizsgálat

A döntés bírósági felülvizsgálata két esetben kezdeményezhető:

- a.) ha a döntés ellen nincs helye fellebbezésnek, vagy
- b.) ha a hatósági eljárásban a fellebbezésre jogosultak valamelyike a fellebbezési jogát kimerítette.

A **közigazgatási hatósági ügyek** bírósági felülvizgálatára a közigazgatási és munkaügyi bíróságok illetékesek. A bíróság a Polgári perrendtartás általános és a közigazgatási perekre vonatkozó speciális szabályai alapján jár el. A hatóság döntését helyben hagyhatja, megváltoztathatja, vagy hatályon kívül helyezheti, illetve a hatályon kívül helyezéssel egyidejűleg új eljárásra utasíthat.

10.2.1.3. Újrafelvételi eljárás

Ha a **jogerős határozattal** lezárt ügyben a határozat jogerőre emelkedését követően jut az ügyfél tudomására a határozat meghozatala előtt már meglévő, az eljárásban még el nem bírált és az ügy elbírálása szempontjából jelentős tény, adat, vagy más bizonyíték, a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül újrafelvételi kérelmet nyújthat be, feltéve, ha elbírálása esetén az ügyfélre kedvezőbb határozatot eredményezett volna.

A kérelem benyújtásának szubjektív határideje tehát 15 nap, mely a tudomásszerzéstől számít, az objektív határidő 6 hónap, melynek elteltét követően nincs lehetőség **újrafelvételi kérelem** benyújtására (kivéve egyes különös méltánylást érdemlő esetekben).

A kérelmet az elsőfokú hatóság bírálja el, a jogerős határozatot módosíthatja, visszavonhatja vagy új döntést hozhat.

10.2.1.4. Alkotmánybíróság határozata alapján indítható eljárás

Ha az ügyfél az egyezséget jóváhagyó határozat meghozatala során alkalmazott alaptörvény-ellenes jogszabály, illetve jogszabályi rendelkezés ellen alkotmányjogi panaszt nyújt be, és ez alapján az Alkotmánybíróság a jogszabályt, illetve annak rendelkezését megsemmisíti, az ügyfél kérelmet nyújthat be az egyezséget jóváhagyó hatósághoz a határozat módosítása, illetve visszavonása iránt.

10.2.2. HIVATALBÓL INDÍTOTT ELJÁRÁSOK

10.2.2.1. A határozat visszavonása, módosítása

Ha a kérelem elbírálása vagy a követelés érvényesítése után a hatóság megállapítja, hogy

- a.) a fellebbezés elbírálására jogosult hatóság, a felügyeleti szerv vagy bíróság által el nem bírált határozat jogszabályt sért, vagy
- b.) a kérelmet tévesen utasították el, illetve
- c.) az ellátás összegét tévesen állapították meg, vagy
- d.) az ellátást tévesen folyósították,

a hatóság a határozat közlésétől számított 5 éven belül a határozatot módosítja vagy visszavonja.

Itt tehát nem az ügyfél kezdeményezi a felülvizsgálatot, hanem a **hatóság hivatalbóli eljárása**, belső ellenőrzés során derül fény a határozat jogszabálysértő voltára. A visszavonás, módosítás feltétele, hogy a határozatot fellebbezési szerv még nem bírálta el.

Ezen eljárás lefolytatására a hatóság csak egy ízben, a döntés közlésétől számított egy éven belül jogosult.

A visszavonásnak, módosításnak az időbeliségen kívül egy korlátja van: nem kerülhet rá sor, ha az jóhiszeműen szerzett és gyakorolt jogot sértene.

10.2.2.2. Felügyeleti eljárás

A hatóság felügyeleti szerve jogosult **felügyeleti eljárás keretében**, hivatalból megvizsgálni az első fokon eljáró hatóság eljárását, illetve döntését, és ennek alapján intézkedni.

Ha mulasztást állapít meg, akkor megteszi a szükséges intézkedést a jogszabálysértő mulasztás felszámolására, ha a döntés jogszabálysértő voltát állapítja meg, azt megváltoztathatja, megsemmisítheti, vagy a megsemmisítés mellett az első fokon eljáró szervet új eljárásra utasíthatja.

Bizonyos esetekben nincs lehetőség a megváltoztatásra, illetve megsemmisítésre: ha a döntést a bíróság már érdemben elbírált, ha nem áll fenn semmisségi ok, és a visszavonás, módosítás az ügyfél jóhiszeműen szerzett és gyakorolt jogát sértené, ha a kötelezettséget megállapító döntés jogerőre emelkedésétől számított 5 év eltelt, ha azt jogszabály kizárja vagy feltételhez köti, és a feltétel nem áll fenn.

Semmisségi okok

A fenti eljárások során kötelező a **döntés megsemmisítése**, ha

- a.) a magyar hatóság joghatósága kizárt,
- b.) az ügy nem tartozik az eljáró hatóság hatáskörébe vagy illetékességébe,
- c.) a határozatot a szakhatóság kötelező megkeresése nélkül, vagy a szakhatóság állásfoglalásának figyelmen kívül hagyásával hozták meg,
- d.) a döntés tartalmát bűncselekmény befolyásolta (feltéve, hogy annak elkövetését jogerős ítélet megállapította, vagy ilyen ítélet meghozatalát nem a bizonyítottság hiánya zárta ki),
- e.) a döntést hozó testületi szerv nem volt szabályszerűen megalakítva, nem volt határozatképes, vagy nem volt meg a szükséges szavazati arány,
- f.) a döntést bíróság által már érdemben elbírált ügyben hozták, vagy a bíróság által elrendelt új eljárásban a hatóság nem a bíróság határozatában foglaltaknak megfelelően járt el.

IRODALOM

Felhasznált jogszabályok:

- 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól
- 217/1997. (XII.1.) Korm. rendelet a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról
- 2004. évi CXL. törvény a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól

11. BALESETI MEGTÉRÍTÉSI ELJÁRÁSOK

(KECSKÉS ANNAMÁRIA)

11.1. Az eljárás jogszabályi alapjai, eljáró szervek

Sokszor fel sem merül az emberben, hogy milyen hátrányos anyagi következményekkel járhat a munkáltató részéről egy-egy munkavédelmi szabályszegés, magánszemély részéről a ház előtti járda síkosság mentesítésének elmulasztása, a kedvenc kutya póráz nélküli sétáltatása, vagy egy hirtelen felindulásból elcsattanó pofon. Az esetleges szabálysértési, illetve büntetőjogi felelősségre vonáson túl arra is számítani kell, hogy a sérült esetlegesen felmerülő egészségügyi, illetve azzal kapcsolatos pénzbeli ellátásainak költségeit meg kell térítenünk.

Az Ebtv. 67. illetve 68. § alapján a foglalkoztató vagy más felelős személy köteles a nyújtott egészségbiztosítási ellátások költségeit megtéríteni.

A megtérítési eljárást 2015. április 1. napjától a megyei kormányhivatalok folytatják le az Ebtv. alapján, a Ket. szabályait figyelembe véve.

A kormányhivatalok hatásköre a 319/2010. (XII. 27.) számú, az egészségbiztosítási szervekről szóló Korm. rendelet 4. § (2) bekezdés am.) pontján alapul, mely szerint a Kormányhivatal az egészségbiztosítási pénztári feladatai keretében ellátja a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Ebtv.) VIII. fejezetében meghatározott megtérítési eljárásokkal kapcsolatban hatáskörébe utalt feladatokat.

A megtérítési eljárás célja a biztosított egészségkárosodása esetén a jogosan igénybe vett kötelező egészségbiztosítási ellátások finanszírozott (pénzbeli és természetbeni) költségeinek E. Alap számára történő megtérítése, ha az egészségkárosodás bekövetkezéséért valamely személy felelőssége megállapítható.

Nagyon fontos hangsúlyozni, hogy ezek az eljárások nem kérelemre, hanem hivatalból indulnak. Az eljáró szerv nem a sérült bejelentése alapján, hanem hivatalból, a felvett jegyzőkönyvek, illetve a szolgáltatók jelentése alapján szerez tudomást a balesetekről.

Megtérítésről és nem kártérítésről beszélünk, hiszen nem a sérült jut kártérítési összeghez, hanem az ellátások költségét (mely a baleset bekövetkezése nélkül nem merült volna fel) kísérli meg az eljáró szerv az E. Alapba visszajuttatni.

11.2. Baleset fogalmi, kategóriák

Az üzemi baleset gyűjtőfogalom, a munkabalesetek mellett magában foglal egyéb baleseteket, sérüléseket is.

Üzemi baleset az a baleset, amely a biztosítottat a foglalkozása körében végzett munka közben vagy azzal összefüggésben éri. Üzeminek minősül az a baleset is, amelyet a biztosított munkába vagy

onnan lakására (szállására) menet közben szenved el (a továbbiakban: úti baleset). Üzemi baleset az is, amely a biztosítottat közcélú munka végzése vagy egyes társadalombiztosítási ellátások igénybevétele során éri. /Ebtv. 52.§ (1)/

A munkabaleset fogalmát a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény 87.§ 3. pontja határozza meg: az a baleset, amely a munkavállalót a szervezett munkavégzés során vagy azzal összefüggésben éri, annak helyétől és időpontjától és a munkavállaló (sérült) közrehatásának mértékétől függetlenül.

A munkavégzéssel összefüggésben következik be a baleset, ha a munkavállalót a foglalkozás körében végzett munkához kapcsolódó közlekedés, anyagvételezés, anyagmozgatás, tisztálkodás, szervezett üzemi étkeztetés, foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás és a munkáltató által nyújtott egyéb szolgáltatás stb. igénybevétele során éri.

Nem tekinthető munkavégzéssel összefüggésben bekövetkező balesetnek (munkabalesetnek) az a baleset, amely a sérültet a lakásáról (szállásáról) a munkahelyére, illetve a munkahelyéről a lakására (szállására) menet közben éri, kivéve, ha a baleset a munkáltató saját vagy bérelt járművével történt.

Vannak tényezők, melyek kizárják az üzemi balesetként történő elismerést (sérült ittassága, engedély nélkül végzett munka, munkahelyi rendbontás, úti baleset esetén nem a legrövidebb útvonalon történő közlekedés, az út indokolatlan megszakítása). Ezekben az esetekben a baleset üzemiségét elutasítják, a sérült nem jogosult baleseti táppénzre.

Ezen balesetek is kivizsgálásra kerülnek azonban az Ebtv. 68. §. alapján, hiszen a sérülésnek lehet okozója, felelőse.

A felsoroltakon kívül történhetnek még otthoni (háztartási) balesetek, közlekedési balesetek, bántalmazással, más bűncselekménnyel okozott sérülések, kutyaharapás, más állat által okozott sérülés, közlekedési balesetek, melyek felelőse szintén köteles a felmerült egészségbiztosítási ellátások megtérítésére.

11.3. A foglalkoztató felelőssége

Az Ebtv. 67. §-a alapján a foglalkoztató köteles megtéríteni az üzemi baleset vagy foglalkozási megbetegedések miatt felmerült egészségbiztosítási ellátást, ha a baleset vagy megbetegedés annak a következménye, hogy ő vagy megbízottja a reá nézve kötelező munkavédelmi szabályokban foglalt kötelezettségének nem tett eleget, illetőleg ha ő vagy alkalmazottja (tagja) a balesetet szándékosan idézte elő. Munkaerő-kölcsönzés esetén a foglalkoztató alatt az Mt.-ben meghatározott kölcsönvevőt is érteni kell.

A **megtérítési kötelezettség** az alábbi feltételek együttes fennállása esetén állapítható meg:

- olyan kötelezettség elmulasztása, amelyet az adott munkáltatóra kötelező munkavédelmi szabály ír elő
- e mulasztást a munkáltató, illetve a megbízottjának tekinthető személy követte el, vagy a balesetet ezen személyek szándékosan idézték elő
- a mulasztás és a baleset között okozati összefüggés van
- a sérültnek nyújtott baleseti ellátás e balesetre tekintettel vált szükségessé

Az általános bírósági gyakorlat szerint a Legfelsőbb Bíróság Közigazgatási Kollégiumának 25. sz. állásfoglalására tekintettel, amennyiben a munkáltató bármilyen arányú felelőssége megállapítható a baleset bekövetkezése tekintetében, felelőssége teljes, tehát nincs lehetőség kármegosztásra sérülti közrehatás esetén sem. A foglalkoztató kizárólag akkor mentesül a kártérítés alól, ha bizonyítja, hogy semmilyen munkavédelmi szabályszegést nem követett el, és mindent megtett a baleset megelőzése érdekében. Mentesül a foglalkoztató a megtérítési kötelezettség alól akkor is, ha a balesetet a sérült kizárólagos tevékenysége, magatartása okozta.

A szabályozás célja a munkáltatók arra történő ösztönzése, hogy a munkavállalók egészségének, testi épségének megőrzése érdekében minden jogszabályi kötelezettségünknek eleget tegyenek.

A fenti szabályok alapján a foglalkoztató felelőssége és megtérítési kötelezettsége az üzemi balesetként elismert munkabalesetek esetében állapítható meg. Azon munkabalesetek tekintetében, amelyek nem kerülnek üzemi balesetként elismerésre, a baleseti ellátások költségeinek megtérítésére az egyéb balesetekre vonatkozó szabályok alapján, az Ebtv. 68. § alkalmazásával van lehetőség.

Az eljárás során a hatóság a tényállás tisztázása érdekében bizonyítást vesz fel, melynek során a baleset körülményeit deríti fel.

Példa 1.

A sérült tartósítóiipari segédmunkásként dolgozott a munkáltatónál. A baleset napján az automata dobozzáró géphez volt beosztva. A doboztetőszállító-szalag és a dobozzáró gép között 45 cm-es távolság van. A sérült a dobozfedeleket indítás előtt bepakolta a helyükre, majd a gép elektromos kezelőegységénél az indításokat elvégezte a géptest oldalán lévő elhordó szalagműködető gombjával. Ezt követően odalépett a tetőszállító-szalag és a dobozzáró gép közötti szűk helyre, hogy megnézzze, minden rendben van-e, meggyőződjön a gyűjtőasztal működéséről, majd megfordult, hogy visszainduljon a gépkezelői helyre. Jobbra fordulva a sérült jobb könyöke feletti köpenye ujját elkapta a kiadagoló csillag, melynek következtében a jobb karját felcsavarta. A baleset következtében a jobb felkar könyök ízülethez közeli, ún. bütyök feletti haránt törését, valamint a jobb oldali orsócsont és singcsont középső és felső harmad határán bekövetkezett darabos törését szenvedte el, mely nagy valószínűséggel maradandó fogyatékossgal gyógyul.

A baleset elsődleges oka, hogy a munkáltató nem gondoskodott a gép mozgó alkatrészének (kiadagoló csillag) megfelelő burkolásáról, illetve a veszélyes tér megközelítését nem akadályozta meg.

Kockázatértékelés keretében nem azonosította be teljeskörűen a meglévő és várható veszélyeket, nem értékelte megfelelően a munkavállaló egészségét és biztonságát veszélyeztető kockázatokat, ebből adódóan nem határozta meg a védekezés megfelelő módját sem.

A munkáltató elmulasztotta rendszeres ellenőrzési kötelezettségét, nem győződött meg róla, hogy a munkavégzés körülményei megfelelnek-e az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés feltételeinek.

A sérült részére nem biztosították a gép használati és kezelési utasításában előírt, zárt, testhez simuló munkaruhát.

A balesetet követően sor került a gép meglévő védőburkolatának kiegészítésére a kihordó csillag forgásterénél.

Ebben az esetben kizárólag a munkáltatói szabályszegés volt az oka a baleset bekövetkezésének.

Példa 2.

A sérült a munkáltató vetőmagüzemében dolgozott, mint laboráns. Feladata volt, hogy a vetőmagüzemben a szója tisztítását ellenőrizze, illetve mintát vegyen. Ezt a munkát úgy végezte, hogy a labor Ny-i oldalán lévő ajtón keresztül két tállal a kezében elindult a II. szárító felé. A szárító II. és az iroda közötti rész feléhez ért, amikor a mellette haladó targoncán függő Big Bag zsák a jobb vállánál meglökte. A lökés következtében elesett, és a jobb lábán öregujj törést szenvedett.

A bekövetkezett munkabaleset elsődleges oka, hogy a munkaterületen a rendszeres gyalogos- és járműforgalom (anyagszállítás) ellenére nem volt kijelölve, illetőleg nem volt leválasztva az anyagszállítási útvonal. A baleset bekövetkezésében közrejátszott a Big Bag zsákok szállítási módja is, mely a vezetőt a látásában korlátozta. A közlekedés során a targonca hangjelzést nem adott.

A sérült és a szemtanú is azt nyilatkozta, hogy a sérült egyenesen haladt a targonca mellett, vele párhuzamosan, nem változtatott hirtelen irányt.

A munkáltatói mulasztás mellett a targoncavezető, mint a munkáltató megbízottjának a mulasztása is megállapítható. A KRESZ szabályait megszegve, nem szorosan az út jobb oldalán haladva és nem a korlátozott látási viszonyoknak megfelelően vezette a járművet.

Ezen baleset esetében a munkáltató és a munkáltató megbízottja is mulasztott, a kötelezés a munkáltató részére került kibocsátásra, hiszen kármegosztásra nincs lehetőség.

Példa 3.

A sérült a baleset napján a munkáltató alkalmazottjaként egy építkezésen dolgozott öt munkatársával. Ebédhez készülődtek, a sérült egy munkatársával a beltéri lépcső tövében lévő hungarocell kötetgre ült, hogy ott elfogyasszák az ebédjüket. Közben egy másik munkavállaló elindult az emeletre, a padlástérbe. Felfelé menet a lépcső 2/3-ánál, kb. 2,2 m magasan elvesztette egyensúlyát, és a lépcső közepén húzódó kémény és födém közti nyíláson leesett, rázuhant a sérült hátára. A sérült a baleset következtében a háti XII. csigolya zömítéssel törésével járó sérülést szenvedett.

A bekövetkezett munkabaleset elsődleges oka, hogy az építés-kivitelezési munkahelyen elmulasztották kiépíteni a leesés-beesés elleni védelmet, valamint nem történt meg a munkáltató részére előírt munkavédelmi ellenőrzés. A lépcsőfelfjáró nem volt ellátva leesés elleni védőkorlással, valamint a sérült munkatársa, aki a lépcsőről leesett, erősen ittas állapotban volt. A munkáltató a leesés-beesés elleni védelem kiépítése mellett elmulasztotta a munkavállaló munkára képes állapotának ellenőrzését is.

Ebben az esetben a munkáltató kötelező munkavédelmi szabályt is szegett, és a munkavállalók ellenőrzésére vonatkozó szabályt is elmulasztotta.

11.4. „Harmadik személy” által okozott balesetek

„Harmadik személy” által okozott balesetnek tekintünk minden olyan balesetet, amelyért nem a munkáltató, hanem valamely más személy vagy szerv felelős.

Az ebbe a kategóriába tartozó eseteket szinte lehetetlen teljeskörűen felsorolni: idetartoznak a közlekedési balesetek, a bántalmazásos esetek, az állat által okozott sérülések, a gyalogsként elszenvedett úti, közúti balesetek, illetve azok a balesetek is, amelyek ugyan munkavégzés közben következtek be, de nem a munkáltató a felelős.

Az Ebtv. 68. § alapján, aki az egészségbiztosítási ellátásra jogosult betegségéért, keresőképtelenségéért, egészségkárosodásáért vagy haláláért felelős – kivéve a 67. §-ban meghatározott esetet –, köteles az emiatt nyújtott egészségbiztosítási ellátást megtéríteni. A megtérítési kötelezettség olyan mértékben áll fenn, amilyen mértékben a felelősség megállapítható.

A megtérítési kötelezettség az alábbi feltételek együttes fennállása esetén állapítható meg:

- a) bármely személy (belföldi/külföldi, természetes/jogi személy) olyan magatartása, amellyel a sérültnek egészségkárosodást okozott
- b) az okozó nem úgy járt el, ahogy az az adott helyzetben elvárható
- c) az okozó cselekménye és a baleset között okozati összefüggés van
- d) a sérültnek nyújtott baleseti ellátás e balesetre tekintettel vált szükségessé

A felelősség megállapítására, ha jogszabály kivételt nem tesz, a Ptk-nak a szerződésen kívül okozott károkért fennálló felelősségre vonatkozó szabályait kell megfelelően alkalmazni, azzal az eltéréssel, hogy a felelősség abban az esetben is fennáll, ha az ellátásra jogosultnak vagyoni kára nincs.

A Ptk. szabályai szerint aki másnak jogellenesen kárt okoz, köteles azt megtéríteni. Mentessül a felelősség alól a károkozó, ha bizonyítja, hogy magatartása nem volt felröhható.

Minden károkozás jogellenes, kivéve, ha a károkozó a kárt

- a) a károsult beleegyezésével okozta;
- b) a jogtalan támadás vagy a jogtalan és közvetlen támadásra utaló fenyegetés elhárítása érdekében a támadónak okozta, ha az elhárítással a szükséges mértéket nem lépte túl;
- c) szükséghelyzetben okozta, azzal arányos mértékben; vagy
- d) jogszabály által megengedett magatartással okozta, és a magatartás más személy jogilag védett érdekét nem sérti, vagy a jogszabály a károkozót kártalanításra kötelezi.

Külön szabályt állapít meg a Ptk. azon személyek károkozása tekintetében, akiknek belátási képessége oly mértékben korlátozott, hogy a károkozással kapcsolatos magatartásuk következményeit nem képesek felmérni. Ezen személyek nem felelnek az általuk okozott kárért. A vétőképtelenség nem életkor, hanem a szellemi, értelmi képesség szintje alapján állapítható meg. Minden egyes esetben külön kell vizsgálni, hogy a károkozó tudatában volt-e, illetve lehetett-e cselekménye következményeinek, átfogta-e a tudata azokat. Amennyiben nem, felelősségre nem vonható.

A vétőképtelen helyett az felel, aki jogszabály alapján a vétőképtelen gondozójának minősül. Gondozó az is, aki a vétőképtelen személy felügyeletét a károkozáskor ellátta. Gondozó elsősorban a szülő, nevelőszülő, gyám, de az is, aki a gyermek felügyeletét ideiglenes jelleggel látja el (pl. bölcsődei gondozó, óvónő, nagyszülő, más családtag).

Mentessül a gondozó a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy a nevelés és a felügyelet ellátásával kapcsolatban felröhátóság nem terheli, azaz mindenben úgy járt el, ahogy az az adott helyzetben elvárható.

Példa 4.

A sérült munkahelyéről lakására tartott kerékpárral. Egy családi ház előtti útszakaszon kerékpárjával a sérült elé kanyarodott egy kiskorú gyermek. Az ütközés következtében mindketten elesetek, a sérült csuklója eltört.

A baleset időpontjában hatályos Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény 347. § (1) bekezdése értelmében akinek belátási képessége hiányzik vagy fogyatékos, felelősségre nem vonható, helyette a gondozója felel, kivéve, ha bizonyítja, hogy a felügyelet ellátása érdekében úgy járt el, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható. A kiskorú helyett a törvényes képviselője felel.

A balesettel összefüggésben lefolytatott megtérítési eljárás során beszerzett iratok és nyilatkozatok együttes mérlegelésével megállapításra került, hogy a sérülés bekövetkezésében a gyermeket és a biztosítottat is felelősség terheli, ezért a gondozó felelősséggel tartozik a sérülés miatt felmerült egészségbiztosítási ellátások költségeiért a bekövetkezésben való közrehatása arányában.

Épület egyes részeinek lehullásával vagy az épület hiányosságai révén másnak okozott kárért az épület tulajdonosa felelős, kivéve, ha bizonyítja, hogy az építkezésre és karbantartásra vonatkozó szabályokat nem sértették meg, és az építkezés vagy karbantartás során a károk megelőzése érdekében nem járt el felróhatóan. Ezen szabály alapján kerül sor például középületek, társasházak területén elszenvedett (a fentiekre visszavezethető) balesetek esetén a tulajdonos megtérítésre kötelezésére.

Az állattartók felelősségére külön szabályt állapít meg a Ptk.: aki állatot tart, az állat által másnak okozott kárért felel, kivéve, ha bizonyítja, hogy az állat tartásával kapcsolatban felróhatóság nem terheli. Tehát az állattartó csak akkor mentesül a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy az állat tartásával, felügyeletével kapcsolatban úgy járt el, ahogy az elvárható, ahogy azt a jogszabályok előírják.

Példa 5.

A sérült a baleset napján reggel munkába ment. Ahogy a munkahelyének helyt adó ingatlan felé haladt, a kötelezett kinyitotta a családi háza kapuját, kijött, és mellette kifutott a nagyméretű kutyája is. A kutya az utcán megtámadta a sérültet, ráugrott és beleharapott a bal karjába és a vállába.

A baleset oka, hogy az állat gazdája nem akadályozta meg, hogy a kutya kijusson a közterületre.

Szigorúbb szabályok vonatkoznak a veszélyes állat tartóira: a veszélyes üzemi felelősség szabályai szerint felel. Ez azt jelenti, hogy csak akkor mentesül a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy a kárt olyan elháríthatatlan ok idézte elő, amely a fokozott veszéllyel járó tevékenység (jelen esetben a veszélyes állat tartása) körén kívül esik. Veszélyes állatnak minősülnek a veszélyes állatokról és tartásuk engedélyezésének részletes szabályairól szóló 8/1999. (VIII. 13.) KöM-FVM-NKÖM-BM együttes rendelet 1. számú mellékletében meghatározott fajok (pl. majomfajták, nagymacsák, strucc, krokodilok, kígyók).

Közlekedési (gépjárművel okozott) balesetek estén alkalmazandó az Ebtv. végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet 49/D. §, mely szerint az Ebtv. 68-68/A. §-a alapján a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítás hatálya alá tartozó megtérítésre kötelezett helyett a gépjármű üzemeltetőjének kötelező felelősségbiztosításáról szóló rendelkezések alapján a biztosító áll helyt azzal, hogy e kötelezettségének átalányösszegben is eleget tehet. Az évenkénti átalányösszeg mértékét, az elszámolás ügyviteli rendjét az OEP a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítást nyújtó biztosítókkal és a Magyar Biztosítók Szövetségével megállapodásban rendezi.

Amennyiben a balesetet okozó gépjármű a baleset időpontjában rendelkezett érvényes kötelező gépjármű-felelősségbiztosítással, helyette a biztosító fizet. Ilyenkor a gépjárművezető nem értesül az eljárásról, az eljáró hatóság a biztosító részére bocsát ki ún. virtuális kárszámlát. Amennyiben azonban a gépjárműnek nem volt vagy nem lehet érvényes felelősségbiztosítása, illetve ha a balesetet olyan személy okozta, akire nem terjed ki a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítás hatálya (pl. utas, gyalogos), akkor a felmerült költségek megtérítésére a baleset okozója kötelezhető.

Példa 6.

A kötelezett a baleset napján Budapest X. kerületében a kétirányú, osztott pályás Vaspálya utcában a Kőrösi Csoma Sándor utca felől a Kőér utca irányába vezette személygépkocsiját. A kötelezett előtt, vele azonos irányban közlekedett a sérült az általa vezetett segédmotoros kerékpárral. Haladásuk során a kötelezett nekiütközött a sérült által vezetett jármű hátsó részének. A motorkerékpár az oldalára dőlt, a sérült pedig az úttestre zuhant. A kötelezett a helyszínről segítségnyújtás nélkül elhajtott. A sérült a baleset következtében horzsolásos és zúzódásos sérülést szenvedett.

A kötelezett magatartása és a sérülés bekövetkezése között okozati összefüggés állapítható meg, így a baleset okozója a felmerült egészségbiztosítási ellátások megtérítésére köteles. A kötelező gépjármű-felelősségbiztosítás hatálya alá tartozó megtérítésre kötelezett helyett a biztosító áll helyt. Az eljárás során megállapítást nyert, hogy a személygépkocsi a baleset időpontjában nem rendelkezett érvényes kötelező felelősség-biztosítással, ezért a balesettel kapcsolatban felmerült költségek megtérítésére a sérülés okozóját kell kötelezni.

Példa 7.

A sérült a munkáltató alkalmazottjaként tömörítő hulladékgyűjtő járművel kommunális hulladékok gyűjtését végezte XY településen, a Névtelen u. 2. számú ház előtt az aszfaltos úttesten hosszanti irányban kb. 60 cm szélességben utólagos aszfaltozás húzódott, amelynek közepén kb. 20-25 cm szélességben kb. 15 cm mélységű süllyedés futott végig. A sérült egy 110 literes műanyag edényt vitt a jármű felé beürítésre, amikor a bal lábával a süllyedés szélére lépett, és a bokája kifordult. A baleset következtében bokája külső részén részleges szalagszakadást szenvedett.

A község önkormányzatának tájékoztatása szerint a településen 2011. évben csatornahálózat építés történt. A beruházás befejezését követően 2012. évben utólagos útjavítási munkák folytak. A szennyvízelvezető rendszer kivitelezését a Zrt. végezte, mely a munkák elvégzésére alvállalkozókat vont be. A baleset helyszínén az építési, majd aszfaltozási munkákat a kötelezett Kft. végezte. A terület a baleset időpontjában még a vállalkozónak átadott terület volt, hiszen a műszaki átadás-átvétel még nem történt meg.

A baleset oka, hogy az aszfaltozási munkákat végző társaság a munkákat nem megfelelő minőségben, technikai színvonalon végezte el, ezért a költségek megtérítésére köteles.

Nagy számban kerül sor megtérítési eljárás lefolytatására a bántalmazással, testi sértéssel okozott sérülések miatt. Az eljárás lefolytatásának nem feltétele a szándékos elkövetés, a cselekmény gondatlan megvalósítása esetén is fennáll a megtérítési kötelezettség. Az ilyen esetek nagy részében rendelkezésre állnak más hatóság, bíróság eljárása során keletkezett iratok, melyek a megtérítési eljárásban felhasználhatók. A megtérítési kötelezettségnek azonban nem feltétele a bűncselekményként, szabálysértésként történő minősítés, így a büntetőjogi felelősséget megállapító határozat, ítélet sem. A megtérítési kötelezettség akkor is fennáll(hat), ha a büntetőeljárás során a kötelezett felelőssége nem került megállapításra, vagy az eljárás valamely ok miatt megszüntetésre került. Önmagában a sérülés okozása megalapozza a felelősséget.

Példa 8.

A sérült és a kötelezett egy munkahelyen dolgoztak. A Kft. telephelyén szóváltásba keveredtek, amely tettlegességig fajult. A kötelezett a sérültet egy alkalommal pofon ütötte, amitől ő elesett. A baleset következtében enyhe fokú agyrázkódás sérülést szenvedett.

Jelen esetben nem került sor feljelentésre, hatósági eljárásra, azonban a tényállás, illetve a bizonyítás eredménye alapján egyértelmű, hogy a sérülés bekövetkezéséért a kötelezett a felelős.

Példa 9.

2012. december 14-én éjfél körüli időben a sérült és a kötelezett is – külön társasággal – egy szórakozóhelyre érkezett. Hajnali 2 óra körüli időben szóváltásba kerültek egymással, dulakodtak, ezért a biztonsági személyzet a sérültet kivezette az épületből. A kötelezett szintén elhagyta a szórakozóhelyet, a közelben parkoló autójához ment. Röviddel később egy ismerőseivel odahívatta az autóhoz a sérültet, hogy megbeszéljék a történeteket. Amikor odaértek, a sérült társaságukban tartózkodó ismerőse könyökkel meglökte a kötelezett ismerőseit. A kötelezett ezt észelve kiugrott az autóból és a jobb kezében tartott baseball ütővel a sérültet egy alkalommal nagy erővel – sújtásszerű ütéssel – megütötte a koponyája jobb oldalán, a halánték-fali tájon, melynek következtében a sérült elveszítette az eszméletét és a betonozott úttestre zuhant. A bántalmazás következtében a koponya jobb fali-halántékcsonti terület benyomatos törését, felette pedig a jobb halántéktáj 10 cm-es repesztett bőrsébét szenvedte el.

A balesettel összefüggésben lefolytatott megtérítési eljárás során beszerzett iratok és nyilatkozatok együttes mérlegelésével megállapítást nyert, hogy a biztosított sérülésének bekövetkezésében a kötelezettet és a sérültet is felelősség terheli, ezért a címzett a sérülés bekövetkezésének közrehatása arányában felelősséggel tartozik a sérülés miatt felmerült egészségbiztosítási ellátások költségeiért.

Tekintettel arra, hogy a bántalmazást megelőzően a sérült kihívó, provokáló magatartást tanúsított a kötelezettel szemben, a sérült közrehatásának arányát az eljáró hatóság 20%-ban állapította meg. A kötelezett a felmerült ellátási költségek 80%-nak megfizetésére köteles.

A harmadik személy által okozott sérülések esetében mindig vizsgálni kell a sérülte közrehatás mértékét, hiszen ezt figyelembe véve állapítható meg a kötelezetti felelősség mértéke. A sérült és az okozó között ez alapján kármegosztást kell alkalmazni, azzal, hogy a sérült saját ellátásainak költségét nem köteles megtéríteni.

Amennyiben a sérülést több személy okozta, felelősségük a bekövetkezett kárért egyetemleges.

11.5. Bizonyítás

Az eljárás során a hatóság bizonyítást folytat le, a bizonyítás eszközeit szabadon választhatja meg.

Bizonyíték lehet különösen:

- a) rendelkezésre álló irat
- b) az ügyfél, a sérült nyilatkozata
- c) helyszíni szemléről készült jegyzőkönyv
- d) szakértői vélemény
- e) tárgyi bizonyíték
- f) az egyéb eljárások (szabálysértési, büntetőeljárási) iratai

Úti (gyalogos) balesetek esetén azt kell megállapítani, hogy balesetet burkolathiba vagy téli időszakban a csúszásmentesítés hiánya, esetleg csupán a sérült figyelmetlensége, rossz mozdulata okozta. Ha burkolathiba, akkor a közút kezelője, ha jeges felület, akkor a csúszásmentesítés elvégzésére köteles szerv vagy személy (lehet magánszemély is az ingatlana előtti terület vonatkozásában) felelős a sérülés bekövetkezéséért.

Kutya vagy más állat által okozott sérülések esetében annak bizonyítására folyik eljárás, hogy az állat tulajdonosa megszegte-e az állattartásra vonatkozó szabályokat, cselekménye, mulasztása közrejátszott-e abban, hogy a baleset bekövetkezhetett (kapu nyitva hagyása, póráz nélküli sétáltatás, postaláda helytelen elhelyezése). Ha szabályszegés nem történt, vagy ha a baleset a sérült magatartása miatt következett be, nem kerül sor kötelezésre.

Bántalmazással okozott sérülések esetében a megtérítési eljárást általában megelőzi valamely hatósági, rendőrségi eljárás. Ennek irataiból állapítható meg, hogy ki vagy kik felelősek a balesetért. Ezek hiányában nyilatkozatok, tanúvallomások, felelősség elismerése alapján lehet a sérülés körülményeit rekonstruálni.

A Kormányhivatal jogosult a megtérítési igényt megalapozó eseménnyel kapcsolatban a más hatóságnál, illetve egyéb szervnél indult eljárás során hozott, a megtérítési igény elbírálásához szükséges döntés megismerésére.

11.6. Igényérvényesítés

Amennyiben megállapítást nyer, hogy ki felelős a sérülésért, a hatóság igényét fizetési meghagyás, külföldi okozó esetén kárszámla kibocsátásával érvényesíti.

A **fizetési meghagyás** a hatósági határozat általánosan kötelező tartalmi elemein felül tartalmazza:

- a) a sérülés, baleset időpontját
- b) a sérülést szenvedett személy nevét
- c) a megtérítendő egészségbiztosítási ellátási költség összegét
- d) a teljesítési határidőt
- e) azon tájékoztatást, hogy a fizetési meghagyás a közléssel, kézhezvétele napján jogerőssé válik
- f) tájékoztatást a jogorvoslat, a bírósági felülvizsgálat lehetőségéről
- g) folyamatos egészségbiztosítási ellátást igénylő baleset esetén tájékoztatást a további költségek igényérvényesítési jogáról.

Az indokolási rész tartalmazza:

- a) a fizetési kötelezettség megállapításának részletes indokait
- b) a megállapított tényállást, a tényállás alapjául szolgáló bizonyítékokat
- c) a mulasztások, szabályszegések, valamint a baleset, illetve az igénybe vett ellátások közötti okozati összefüggés igazolását
- d) a fizetési meghagyás kibocsátási alapjául szolgáló valamennyi jogszabályi hivatkozást.

A külföldi állampolgárok által magyar biztosítottak okozott balesetek egészségbiztosítási költségeinek érvényesítése kárrendezéssel foglalkozó társaság bevonásával történik.

Az 5000 forintot meg nem haladó megtérítési kötelezettség esetén a megtérítésre irányuló eljárást nem kell lefolytatni.

11.7. A megtérítendő összeg megállapítása

A megtérítendő összeg tartalmazza a sérült részére kifizetett **pénzbeni ellátásokat**, mint például a táppénz, baleseti táppénz összegét, az általa igénybevett **természetbeni ellátásokat**, mint például a fekvő- és járóbeteg szakellátás, szakápolás, betegszállítás, képkalkotó vizsgálatok, valamint a gyógyszeres, gyógyászati segédeszközök támogatási költségeit, illetve az esetleges külföldi egészségügyi ellátások költségeit is.

A megtérítésre kötelezett a ténylegesen megállapított és folyósított kötelező egészségbiztosítási ellátásokért, valamint az egészségbiztosítás keretében igénybe vett, finanszírozott egészségügyi szolgáltatásokért felelős. A magán egészségügyi szolgáltatóknál igénybevett ellátásokat nem az OEP finanszírozza, azok nem is szerepelnek az adatbázisokban, így azokat nem kell megtéríteni.

A fizetési meghagyásban az OEP által ténylegesen kifizetett összeg jelenik meg, hiszen ez jelenti az E. Alap kiadását. Ez azt jelenti, hogy az aktív fekvő- és járóbetegellátások esetén nem a ténylegesen a pontérték alapján járó összeget, hanem a teljesítményvolumen keret szabályai miatt esetlegesen csökkentett és **ténylegesen finanszírozott** összeget kell megtéríteni.

A gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök esetében a társadalombiztosítási támogatás összegét kell megtéríteni.

A mentés, sürgősségi betegszállítás költségei szintén a sérüléssel összefüggésben merülnek fel, így ezek is részét képezik a megtérítendő összegnek.

A külföldön történt természetbeni ellátások tényéről és finanszírozott összegéről az E-FORM rendszeren keresztül az OEP Nemzetközi Kapcsolatok és Jogviszony Nyilvántartási Főosztálya rendelkezik adatokkal. Ezen összegek is felszámításra kerülnek a fizetési meghagyásban.

A megtérítésre kötelezettet a visszafizetésre vagy megtérítésre előírt összeg után a Ptk-ban meghatározott mértékű kamatfizetési kötelezettség terheli. A **kamatot** a pénzbeli ellátás folyósításának napjától, egészségügyi szolgáltatás esetén a finanszírozott összeg átutalásának napjától a fizetési meghagyás kiadásának napjáig kell felszámítani. Nem kell felszámítani a kamatot, ha annak összege az 1.000 forintot nem éri el.

Nem kell a kamatot megfizetni, ha az érintett az eljárásról való tudomásszerzésével egyidejűleg a felelősségét írásban elismeri, és nyilatkozatát a követelés teljes kiegyenlítéséig fenntartja, továbbá a követelés összegét határidőben megfizeti.

Az eljárás megindító végzéssel együtt postázásra kerül egy felelősség-elismerő nyilatkozat minta, amelyet kitöltve és az abban foglalt feltételeket vállalva a kötelezett mentesül a kamatfizetés terhe alól.

A követelés a felvett ellátás kifizetésétől, illetőleg az egészségügyi vagy baleseti egészségügyi szolgáltatás igénybevételeitől számított öt éven belül érvényesíthető. Ha a követelésre alapot adó

magatartás a bíróság jogerős ítélete szerint bűncselekmény, a 66–68. §-on alapuló követelés öt éven túl is érvényesíthető mindaddig, amíg a büntethetőség el nem évül.

Az időben elhúzódó kezelések, ellátások esetében orvosszakmai feladat annak megállapítása, hogy az adott, esetleg évek múlva bekövetkező, vagy éveken át tartó kezelés összefüggésben van-e a korábbi balesettel vagy más eredetű. Azon ellátások költségeit, amelyeket minden kétséget kizáróan a sérüléssel összefüggésben nyújtottak, a sérülés okozójának meg kell fizetnie. Ide tartoznak a későbbi helyreállító műtétek, fémkivétel, rehabilitációs ellátás.

Példa 10.

A sérült egy tetőszerkezet bontási munkálataiban vett részt. A baleset a mennyezet bontásakor következett be. A sérült egy feszítővassal a gerendákra szögelt mennyezeti deszkákat feszítette le úgy, hogy a gerendákon keresztben elhelyezett kb. 2,5 méter hosszú pallón állt. A feszítés közben kibillent az egyensúlyából, ráesett a még fel nem szedett mennyezetdeszkákra, melyek beszakadtak alatta és a sérült kb. hat méter mélybe, a betonpadlózatra zuhant. A baleset következtében ágyéki csigolyatörést és egyéb zúzódásokat szenvedett.

A sérülést követően sürgősségi betegszállítás, mentés történt, a beteget a legközelebbi fekvőbeteg-ellátó intézménybe szállították. Labor-, ultrahang-, röntgen- és CT-vizsgálatokat követően gerincműtétet hajtottak végre rajta, implantátum beültetésére is sor került. Több hetes kórházi ellátást követően otthonába bocsátották, a szállítást betegszállító végezte. Ezt követően rehabilitációs ellátásban vett részt, majd otthoni szakápolás keretében gyógytornában részesült. Mivel ezen ellátások mindegyike a baleset bekövetkezése miatt vált szükségessé, a költségeket a felelős munkáltatónak meg kellett térítenie.

A fizetési meghagyás **indokolása** tartalmazza azon jogszabályhelyeket, melyeket a kötelezett megsértett vagy az abban foglalt rendelkezéseket elmulasztotta.

A fizetési meghagyás **hatósági határozat**, a kiadására irányuló eljárásban hozott döntés ellen nincs helye fellebbezésnek, ellene bírósági felülvizsgálat lehetősége biztosított. A felülvizsgálatra az a közigazgatási és munkaügyi bíróság illetékes, amelynek illetékességi területén a kötelezett lakóhelye, ennek hiányában tartózkodási helye, nem természetes személy kötelezett esetén a székhelye található.

11.8. Végrehajtás

Amennyiben a fizetésre kötelezett a fizetésre kötelező döntés jogerőre emelkedésétől számított tizenöt napon belül fizetési kötelezettségét nem teljesíti, az egészségbiztosítási szerv a követelését:

- a) a bankszámlával rendelkező kötelezett esetében azonnali beszedési megbízással,
- b) bankszámlával nem rendelkező kötelezett személy esetében munkabérből vagy egyéb rendszeres járandóságból történő letiltással érvényesíti.

Ha ez a végrehajtási eljárás nem vezet eredményre, a követelést az egészségbiztosítási szerv megkeresésére az állami adóhatóság adók módjára hajtja be.

IRODALOM

Felhasznált jogszabályok:

- 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól
- 217/1997. (XII.1.) Korm. rendelet a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról
- 1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről
- 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről
- 2004. évi CXL. törvény a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól

12. NEMZETKÖZI ELLÁTÁSOK

(GAJDÁCSINÉ HEGYES ENIKŐ)

12.1. Egészségügyi ellátások igénybevétele külföldön

A magyar biztosított, illetve egészségügyi ellátásra jogosult (a továbbiakban: biztosított) Magyarország határain kívül is kerülhet olyan élethelyzetbe, melynek eredményeként a külföldi egészségügyi ellátó rendszert kell igénybe vennie.

Az ellátások közti határvonalat a kezelés, ellátás igénybevételének alapja/jogalapja határozza meg. Más szabályozás vonatkozik a kvázi sürgősségi és más a tervezett, azaz elektív ellátásokra. Mielőtt a részletes szabályok ismertetésre kerülnek, elengedhetetlen néhány jogi terminus technicus tisztázása az európai uniós jogrendszeren belül.

Az uniós szabályozás két legfontosabb jogforrása: a rendelet és az irányelv. A **rendelet** egy olyan jogi forma, amely kötelező erejű, közvetlenül hatályosuló. Ez annyit jelent, hogy az adott uniós jogforrás hivatalos megjelenésével egyidejűleg valamennyi tagállam jogrendszerének automatikusan részévé válik, minden egyéb tagállami belső jogi aktus nélkül. Nem kell átültetni, nem kell hatályba léptetni sem. Sőt, amennyiben tagállami jogforrással mutat kollíziót, úgy mindig az uniós jogi norma az irányadó. Ezt hívják az uniós jog szupremációjának.

A másik fontos jogforrás: az **irányelv**. Különbség az előbb ismertetett rendelettel abban mutatkozik meg, hogy ezen uniós jogforrást valamennyi tagállamnak implementálni kell. Az irányelv is határoz meg a tagállamok számára kötelező tartalmat, ugyanakkor engedi, hogy a tagállam a saját belső rendszeréhez harmonizálva ültesse át az uniós jogi normát. Az irányelvek esetében az implementációra mindig előre meghatározott idő intervallum áll rendelkezésre.

12.1.1. Az EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS IGÉNYBEVÉTELE AZ EURÓPAI UNIÓ TERÜLETÉN

Vizsgáljuk meg először a magyar biztosított lehetőségeit a sokszor csak sürgősségiként emlegetett ellátások vonatkozásában.

Az Európai Unió területén, még pontosabban az EGT tagállamok területén, átmeneti tartózkodás ideje alatt a magyar biztosított, az adott tagállam belső jogszabályai – ideértve társadalombiztosítási és egészségügyi jogszabályait is – alapján az orvosilag indokolt és szükséges ellátások igénybevételére jogosult, közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatónál az **Európai Egészségbiztosítási Kártya** (továbbiakban: Kártya) alapján/birtokában. A meghatározás valamennyi eleme egy kis magyarázatra szorul. Elsőként fontos kiemelni, hogy ezen szabályozás uniós rendeleti szabályozás, azaz ugyanazt kell, hogy jelentse valamennyi uniós/EGT tagállam számára.

- átmeneti tartózkodás: az uniós rendelet ezt 3 hónapban határozza meg,
- orvosilag indokolt és szükséges: ez a definíció talán legfontosabb pontja: az az ellátás vehető

ezen a jogcímen igénybe, melyet a külföldi közfinanszírozott egészségügyi szolgáltató kezelő-
 orvosa ott és akkor annak minősít. Orvosi okokból szükségessé váló természetbeni ellátások
 azon ellátásokat jelentik, amelyeket a tartózkodási hely szerinti tagállamban, ennek jogszabá-
 lyai alapján nyújtanak annak érdekében, hogy a biztosított a szükséges gyógykezelés céljából
 ne kényszerüljön tervezett tartózkodásának vége előtt visszatérni az illetékes tagállamba.
 Ennek eldöntése minden esetben orvosszakmai kérdés. Az így nyújtott ellátások vonatkozásá-
 ban nincs taxáció, ennek eldöntése minden esetben orvosi kompetencia. Fontos tudni, hogy
 az egészségügyi szolgáltatónak úgy kell ellátnia a magyar biztosítottat, mintha az adott tag-
 államban lenne biztosított (egyenlő bánásmód alapelve). A magyar jogrend rendelkezik egy
 miniszteri rendelettel, mely taxatívén sorolja fel a sürgősségi ellátás keretében nyújtható ellá-
 tásokat, azonban a szolgáltatók által az Európai Egészségbiztosítási Kártya terhére nyújtott
 ellátások ennél szélesebb körűek is lehetnek.

- a) közfinanszírozott egészségügyi szolgáltató: az adott tagállam társadalombiztosítása által
 finanszírozott egészségügyi szolgáltató, így értelemszerűen a magánszolgáltatóknál ez az
 ellátás nem jár.
- b) Európai Egészségbiztosítási Kártya: a Kártyát a kormányhivatal adja ki kérelemre, a magyar
 egészségügyi szolgáltatásokra jogosult személyek részére. A Kártya nem állítható ki azon
 harmadik állambeli személyek részére, akik nem Magyarországon vagy valamely más EGT
 tagállamban rendelkeznek állandó lakóhellyel.

A Kártya bármely kormányhivatalnál igényelhető és kiadása térítésmentes, kivéve azon eseteket, ha
 érvényességi ideje alatt megsemmisül, megrongálódik, elvész vagy ellopják. Ilyen esetekben igazga-
 tási szolgáltatási díj fizetendő.

A Kártya a kormányhivatalnál személyesen, vagy meghatalmazott útján – kiskorúak esetén a tör-
 vényes képviselő közreműködésével – továbbá postai úton, valamint ügyfélkapun keresztül írásban
 igényelhető. A Kártya alapvetően az egészségügyi szolgáltatásra jogosultság végéig, de legfeljebb a
 kiállítástól számított 36 hónapig érvényes.

Abban az esetben, ha a kártyabirtokos magyarországi egészségügyi szolgáltatásra való jogosult-
 sága a Kártyán feltüntetett érvényességi idő alatt (pl. külföldre költözés miatt) megszűnik, a Kártyát
 haladéktalanul vissza kell szolgáltatni az azt kiállító kormányhivatalnak.

Jogosultság nélkül egy másik tagállamban igénybe vett egészségügyi szolgáltatások költségeiért a
 szolgáltatást igénybe vevője viseli a felelősséget.

Az Európai Bizottság határozatai alapján orvosilag szükséges ellátásnak minősül pl. a dialízis-keze-
 lés, az oxigénterápia és a szüléssel kapcsolatos ellátások is. Ezekben az esetekben javasolt a külföldi
 szolgáltatóval való előzetes kapcsolatfelvétel. A szüléssel kapcsolatban azonban, ha megállapítható,
 hogy a várandós nő terhessége során a terhesgondozási ellátásokat is külföldön vette igénybe az Eu-
 rópai Egészségbiztosítási Kártya terhére, akkor az ezt követő szülés feltételezhető, hogy már nem lesz
 Európai Egészségbiztosítási Kártya terhére nyújtható. Ebben az esetben a szülés már tervezett, elektív
 ellátás lesz!

**A Kártya azonban nem használható fel akkor, ha a biztosított valamilyen egészségügyi
 szolgáltatás igénybevételének céljából utazott másik tagállamba!** Fontos kiemelni, hogy az EGT
 tagállamai közül **Belgiumban, Franciaországban, Luxemburgban** és bizonyos típusú egészségügyi
 szolgáltatók esetében **Finnországban ún. visszatérítéses rendszer** működik. Ezekben az országokban

az egészségügyi ellátások és gyógyszerek költségeit az ellátásban részesülő személy köteles megelőlegezni. Az illetékes biztosító a hatályos tagállami jogszabályok alapján a visszatéríthető összeget utólag megtéríti. Az önrész visszatérítésére itt sincs lehetőség.

A Kártya nélkül igénybe vett ellátásokért a beteg a külföldi szolgáltató által megállapított és kiszámlázott összeget köteles saját maga megfizetni. Ez az összeg eltérhet attól az összegtől, amit a külföldi szolgáltató a vele szerződésben álló biztosítótól akkor kapott volna, ha az ellátást a **Kártya** alapján nyújtja.

Amennyiben a betegnek nem volt Kártyája és az ellátás költségeit saját terhére kellett, hogy igénybe vegye, a kezeléskor kiállított eredeti számlákat és a kiegyenlítésére vonatkozó igazolást a lakóhelye szerint illetékes kormányhivatalnál kell benyújtani. A **költségek utólagos megtérítésére** vonatkozó igény **érvényesítésének határideje:** az ellátás igénybevételétől számított **hat hónap**.

Ebben az esetben a kormányhivatal megkeresi a kisegítő teherviselőt, és a külföldi biztosítótól kapott információk alapján azt az összeget fizeti ki, amennyibe az ellátás a Kártya alapján került volna. Az így megtérített és a ténylegesen kiszámlázott, illetve kifizetett összegek közötti **költségkülönbözetet** az ellátásban részesült személy **saját maga köteles vállalni**, ezt az egészségbiztosító nem téríti meg.

A fent leírtakból egyértelműen következik, hogy milyen jelentőséggel bír az Európai Egészségbiztosítási Kártya kiváltása. Sok kellemetlenségtől kímélheti meg magát az ember, ha ezt a hatósági igazolványt még utazás előtt kiváltja. Hangsúlyozni kell azonban azt is, hogy ez a jogosultság nem teszi teljesen térítésmentessé a külföldi orvosilag indokolt ellátásokat, ezért kiegészítő (pl. utas-poggyász- és baleset-) biztosítás megkötése javasolt. Egyrészt mivel eltérhet a tagállamok által nyújtott közfinanszírozott egészségügyi „csomag” tartalma, a fent már említett önrészek miatt, valamint azon feltétel miatt, hogy ezzel a kártyával csak közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatónál vehetünk igénybe ellátást. Azon ellátásokat, melyeket itthon sem térít az E. Alap pl. extrém sport, plasztikai beavatkozás, annak külföldön történő igénybevételére természetesen az Európai Egészségbiztosítási Kártya sem jogosít.

12.1.2. TERVEZETT ELLÁTÁS – AZ EU IRÁNYELV SZERINT

A külföldön igénybevett egészségügyi ellátások közé azon esetek tartoznak, amikor a biztosított kifejezetten az egészségügyi ellátás igénybevétele céljából – tervezetten – utazik külföldre. Az erre vonatkozó magyar szabályozás az elmúlt időszakban jelentős változáson ment keresztül. Itt is léteznek a már fentebb hivatkozott uniós rendeletek szabályai, illetve ezen túlmenően a Magyarországon nem végzett ellátások vonatkozásában az ún. méltányossági ág.

2011-ben az Európai Unió megalkotta a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló 2011/24/EU irányelvet. Az irányelv megszületését az indokolta, hogy az Európai Unió a négy alapszabadság mellett, az egészségügyi szolgáltatásokra is kiterjesztette a szabad áramlás lehetőségét. Ennek értelmében az uniós állampolgárok nemcsak az eddigi keretek között, hanem ezen új, rendeleti ág létrejöttével is bővítették azon jogukat, hogy egészségügyi ellátást „határainkon túl” is igénybe vegyenek. A tagállamok az implementálásra, azaz az irányelvi szabályok „hazai arculatra szabására” 2 évet kaptak. Ezen átültetési időszak alatt próbálták a tagállamok egy olyan rendszert kidolgozni, mely egyszerre tesz eleget az irányelv által támasztott elvárásoknak, ugyanakkor megfelel a saját hazai egészségügyi eljárásainak, jogszabályainak is. A hazai érintett ha-

tóságok azon túl, hogy egymással egyeztettek, számos workshop keretében próbáltak külföldi ötletet is méríteni. Az irányelv hatálybalépését megelőzően ugyanis nem készült hatástanulmány, mely az uniós polgárok migrációs hajlandóságát az egészségügyi ellátások tekintetében tesztelte volna. Ezen túlmenően az uniós tagállamai rendkívül különböző egészségügyi ellátórendszerrel bírnak. Van ahol társadalombiztosítás működik (pld. Hollandia, Németország és hazánk), van, ahol vegyes rendszer működik és van ahol az adóból finanszírozott nemzeti egészségügyi rendszer (pld. Skandináv országok, Nagy-Britannia). Ebből kifolyólag a félelmek és aggályok is jócskán eltértek egymástól. Volt olyan ország, ahol orvos elvándorlást vizionáltak, voltak, akik a várólisták megkerülésétől tartottak, és voltak olyan szakemberek és politikusok, akik olyan betegáradattól tartottak, amire az ellátórendszere nincs felkészülve. Szintén mások az eltérő szakmai protokollok miatt gondolták esetlegesen aggályosnak a külföldi gyógykezeléseket. Magyarországon az a döntés született, hogy valamennyi fekvőbeteg ellátási esemény és a járóbeteg ellátások közül a 3000 OENO pont fölötti esetek, beavatkozások csak és kizárólag előzetes OEP engedély birtokában vehetők igénybe az E. Alap terhére. Utólagos igényérvényesítést a jogszabály expressis verbis tilt.

Az implementálás eredményeként a tervezett ellátások vonatkozásában egy komplex jogszabály, a 340/2013. (IX.25.) Korm. rendelet tartalmazza – az uniós rendeleten túl – az eljárási szabályokat. A kormányrendelet az átültetésre nyitva álló határidőre elkészült, sok más uniós tagállammal ellentétben. A jogalkotó eljáró szervként kizárólagos hatáskörben az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat jelölte ki, mely hatósági eljárás keretében hozza meg döntését.

A **tervezett ellátások vonatkozásában** az „tereli” a **kérelmet** rendeleti, irányelvi vagy éppen méltányossági ágra, hogy a kérelmezett beavatkozás, ellátás Magyarországon befogadott ellátás-e, végzik-e a magyar közfinanszírozott szolgáltatók. Amennyiben a kérelemben megjelölt, külföldön igénybe venni tervezett ellátás itthon végzett, úgy csak abban az esetben van mód és lehetőség **OEP engedélyt kapni**, ha az a kérelmező számára itthon orvosilag indokolt időn belül nem végezhető el, nincs olyan magyar közfinanszírozott szolgáltató, aki a betegnek ezen ellátást nyújtaná. Ezen kérelmek az ún. rendeleti, illetve irányelvi ágon kerülnek elbírálásra.

Amennyiben a kérelmezett ellátás olyan beavatkozás finanszírozására irányul, mely Magyarországon nem befogadott, úgy az ügy méltányossági kérelemként kerül elbírálásra.

A fenti eljárások mindegyike kérelemre indul. A kormányrendelet mellékleteként kiadott 2. számú melléklet tartalmaz konkrétan a betegre, illetve a kezelőorvos által relevánsnak, fontosnak tartott adatokat. A kormányrendelet előkészítése során a jogalkotó figyelmet fordított arra is, hogy az érdemben döntő finanszírozó és az orvos-szakmai megalapozottságot kimondó szerv/hatóság, ne legyen egy és ugyanaz. Ennek eredményeként ezen eljárások mindegyikében mind a beteg számára orvosilag indokolt ellátási időt (rendelet/irányelv), mind pedig a szakmai elfogadottságot – és ezzel konjunktíve együtt járó reális egészségnyereséget (méltányosság) – független orvosszakértő, illetve a szakmailag illetékes kollégium Tagozata jogosult eldönteni.

Ezen független **orvosszakmai vélemények**hez az OEP kötve van: a véleményük kvázi szakhatósági állásfoglalásnak minősül.

Ha az ellátás itthon is elérhető, az OEP ellátásszervezés keretében más egészségügyi szolgáltatót is megkereshet az ellátás elvégzésére. Az így végzett beavatkozás TVK-n felül kerül elszámolásra az azt végző szolgáltató számára.

Külföldi szolgáltatónál igénybevett ellátások esetén elsősorban Európán belüli szolgáltató javasolt, ugyanakkor volt már rá példa, hogy tengerentúli ellátást is finanszírozott az OEP. Amennyiben a

kérelmezett külföldi gyógykezelés engedélyezésre kerül, akkor a rendeleti és méltányossági ág esetén az OEP az ellátás teljes költségét – ide nem értve a „hotelszolgáltatásokat” – vagy uniós formanyomtatványon (S2) vagy kötelezettségvállaló nyilatkozat formájában átvállalja. Az új, irányelvi ág esetén a kérelmezőnek előzetesen engedélyezett ellátásnál kell az ellátás teljes költségét megfizetnie, melyből utólagosan csak a belföldi költségmérték kerül számára megfizetésre/megtérítésre. Járulékos költségek vonatkozásában, kérelemre a beteg, illetve indokolt esetben kísérőjének utazási költsége téríthető meg. Minden külföldi gyógykezelés után a zárójelentés egy példányát meg kell küldeni az OEP-nek, illetve vissza kell integrálódni a betegnek a magyar ellátórendszerbe, azaz fel kell keresnie itthoni kezelőorvosát. A kormányrendelet hatálybalépése óta eltelt másfél év tapasztalata alapján az új irányelv miatt nem indult meg „betegmigráció”, a magyar biztosítottak vonatkozásában a kérelmek több mint 95%-a a Magyarországon nem végzett ellátásokra vonatkozik. A Szakmai Kollégiumi Tagozati támogató javaslatok zöme pedig onkológia kórképekhez, súlyos gerincbetegségekkel, illetve genetikai vizsgálatokkal kapcsolatban születtek. Számokban kifejezve a költségvetési sorról mintegy 1,9 milliárd forintot fordítottunk közel 600 beteg tervezett külföldi gyógykezelésére.

12.2. Nemzetközi elszámolások

A magyar biztosítottak által az Európai Egészségbiztosítási Kártya és az S2 terhére igénybevett ellátások E. Alap részéről történő kiegyenlítése utólagosan, a nemzetközi elszámolások rendszerén keresztül történik. Fő szabály szerint a külföldi biztosító megelőlegezi az egészségügyi szolgáltató számára a magyar biztosítottak nyújtott ellátás költségét és azt uniós formanyomtatvány megküldésével megtéríteti a beteg biztosítása szerinti országgal. Az elszámolási rendszer, figyelembe véve az eltérő tagállami egészségügyi finanszírozási eljárásokat, a magyar finanszírozási szabályoktól eltérő, jóval tágabb időintervallumokkal dolgozik. Így előfordulhat, hogy egy 2014-es külföldön igénybevett ellátási esemény csak 2016. évben kerül megfizetésre az E. Alap által. Amennyiben az ellátást magyar közfinanszírozott szolgáltató külföldi biztosítottak nyújtja, úgy azt a „szokásos” 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet alapján lejelenti az OEP felé, és megkapja az érte járó finanszírozási összeget a belföldön alkalmazott finanszírozási díjakkal és TVK mentesen. Az OEP ezt követően, mint Magyarország összekötő szerve, „továbbszámlázza” a biztosító ország másik összekötő szervének a külföldi biztosítottak részére nyújtott magyar ellátás költségét. Míg az igénybennyújtás folyamata jól szabályozott, addig az uniós jogszabályok az esetlegesen nem fizető tagállamokkal szemben igazából nem tartalmaznak komoly szankciókat.

12.3. EUROTRANSPLANT

Az Eurotransplant nemzetközi szervezettel Magyarországnak 2011. november 3-ától van előzetes együttműködési megállapodása. A cél kezdetektől fogva a teljes jogú tagság elérése volt, amely 2014. július 1-vel valósult meg. Mind 2012-ben, mind 2013-ban egy 180 millió forintos keretösszeg került elkülönítésre a Külföldi Gyógykezelési előirányzat terhére.

Az **Eurotransplant** szerződés finanszírozási feladatainak megvalósítására született egy OEP–OVSZ megállapodás, amely alapján az OEP illetékes főosztálya teljesít kifizetéseket egyrészt az Eurotransplant, másrészt az OVSZ-en keresztül légi szállítást végző szolgáltatók felé.

Az Eurotransplant 8 ország transzplantációs központjait, laboratóriumait és donorkórházait tömörítő szervezet. Az Eurotransplant tagországai jelenleg Ausztria, Belgium, Hollandia, Horvátország, Luxemburg, Németország, Szlovénia és Magyarország. Az együttműködés egyik legjelentősebb előnye, hogy egyetlen donorjelentő rendszer és központilag kezelt várólista működik. (A teljes jogú tagsággal egyidőben a nemzeti transzplantációs várólisták megszűntek, és azóta csak az Eurotransplant várólistája létezik.) Megközelítőleg 16.000 beteg van jelenleg a központi várólistán. Ez a szám teszi lehetővé, hogy virtuálisan minden donorszervhez találjanak megfelelő recipienst. Szintén a nagyszámú recipiensbázisnak köszönhetően sokkal nagyobb számú transzplantáció valósulhat meg. A magyar orvosszakma is rendkívül elégedett volt a transzplantációk számának növekedésével, amelynek nyilvánvalóan az Eurotransplant együttműködés volt a kiváltó oka. Az Eurotransplant évente közel 7.000 donorszerv elosztását szervezi meg. A nemzetek közötti együttműködés javítja a kritikus helyzetű betegek esélyeit, a kölcsönös szolidaritás elve nyújt segítséget az olyan speciális betegcsoportok támogatásában, mint a gyermekek, ritka vércsoportú vagy szövettípusú betegek.

Magyarország csatlakozásával az Eurotransplant által kiszolgált terület lakossága több mint 134 millió főre duzzadt. A transzplantációk közül a tüdő-transzplantáció vonatkozásában létezett és létezik egy háromoldalú megállapodás (AKH-OEP-SOTE), azonban várhatólag még 2015-ben budapesti központtal működő saját, nemzeti tüdő-transzplantációs programunk is lesz.

12.4. Egyezmények

Magyarország számos szociális biztonsági illetve szociálpolitikai egyezményt kötött. Az egyezményeknek csupán kis része tartalmaz egészségügyi ellátásra vonatkozó rendelkezéseket, így az egyezményekkel érintett országba történő utazás előtt mindenképpen javasolt tájékozódni a konkrét szabályozásról. Fontos megjegyezni, hogy amennyiben az egyezménynek van is egészségügyi tárgyú része, az a legtöbb esetben csak azt a jogosultságot eredményezi a magyar állampolgárok számára, hogy a másik egyezményes állam területén sürgős szükség esetén az egészségügyi ellátást megkapja. Az egyezményes országok listája az alábbi: Kanada, Quebec, Ausztrália, India, Japán, Mongólia, Koreai Köztársaság, Montenegró, Bosznia Hercegovina, Svájc, Moldova, Szerbia, Kuba, Angola, Korea.

12.5. Harmadik országban igénybe vett ellátások

Az Európai Unió, illetve az EGT és Svájc területén kívül igénybe vett egészségügyi ellátások megfizetése fő szabály szerint a beteget terheli, illetve utasbiztosítás esetén az illetékes biztosító társaságot. Ha a beteg még ezen biztosítással sem rendelkezett, úgy a jelenleg hatályos jogszabályok értelmében, a feltétlenül szükséges mértékig igénybevevett sürgősségi ellátás — továbbá a sürgősségi betegszállítás, amelyet azért vett igénybe, mert annak elmaradása az életét vagy testi épségét súlyosan veszélyezte-

tette volna, illetve maradandó egészségkárosodáshoz vezetett volna, az egészségbiztosító a felmerült és igazolt költségeket az igénybevétel idején érvényes belföldi költségmértékének megfelelő összegben, sürgősségi betegszállítás esetén a számla szerinti összegnek az MNB által közzétett, igénybevéltelkor érvényes középárfolyamon számított forintösszeget téríti. (1997. évi LXXXIII. tv. 27. § (1) bek.) A belföldi költségmérték megtérítésének módja utólagos, illetve az OEP a beteg kérelmére az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónak is utalhatja, feltéve, ha a számla még nem kiegyenlített. A fennmaradó számlarész minden esetben a beteg költsége. A harmadik államban kiszámlázott ellátási esetek – tapasztalataink szerint – a legtöbb esetben nagyságrendekkel (!) haladják meg a magyarországi költségeket, így az utasbiztosítás megkötése minden, ilyen térségbe utazó polgár számára javasolt.

12.6. Határon túli magyarok ellátása

Az 59/2007. (XII.29.) EüM rendelet alapján az egészségügyért felelős minisztérium által átadott keretösszeg terhére az OEP finanszírozza a határon túli magyarok előzetesen a szakminisztérium Értékelő Bizottsága által engedélyezett magyarországi gyógykezelését. A rendelet hatálya a Szerbiában és Ukrajnában élő, magukat magyarnak valló személyekre terjedt ki, de a szerb–magyar egyezmény 2014. december 1-jei hatálybalépésével a kérelmezők köre az ukrajnai magyarokra szűkült. A pénzeszköz átadására és felhasználására az OEP a minisztériummal megállapodást köt. A miniszteri rendelet hatálya alá tartozó igénybe vehető, illetve kérelmezhető egészségügyi ellátások köre folyamatosan nő, így járó- és fekvőbeteg szakellátási eseményekre vonatkozó kérelmek is támogatásra kerülhetnek.

IRODALOM

Felhasznált jogszabályok:

- Az Európai Parlament és a Tanács 2011/24/EU irányelve (2011. március 9.) a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről
- 340/2013. (IX. 25.) Korm. Rendelet a külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól
- 59/2007. (XII. 29.) EüM rendelet a határon túli magyarok magyarországi egészségügyi ellátásának támogatásáról
- 1997. évi LXXXIII. Törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól

13. VÁRÓLISTÁK ÉS ELŐJEGYZÉS

(KISS ZSOLT, NAGY JÚLIA)

Minden egészségügyi ellátó rendszer egyik alapproblémája, hogy miként lehet az időben, térben változóan megjelenő ellátási igényeket és az aktuálisan rendelkezésre álló kapacitásokat, finanszírozási lehetőségeket összehangolni, a szűkös erőforrások következtében javítani az allokációs hatékonyságot.

Az egészségügyi ellátórendszer feladatainak célkeresztjében folyamatosan értékelt tényező az **ellátásra várakozó esetek száma, a várakozási idő hossza**. A várólista az ellátórendszer helyzetének egyik alapvető **indikátora**. Pontosán jelzi az egészségügyi ellátás iránti igények, illetve a rendelkezésre álló kapacitások és humánerőforrás, valamint a források összehangolása során keletkezett aktuális feszültségeket, ellátási hiányokat, hozzáférési problémákat.

Nemzetközi szinten és Magyarországon is az egészségügyi kormányzatok kiemelt szinten kezelik a várólisták (waiting list) változását, a folyamatos kontrollját, az ellátási hiányok felszámolása, a források és a kapacitások arányos allokálása érdekében.

A fejezet az egészségügyi várakozási sorok nyilvántartásának, a várakozási sorok csökkentésének, a sorrendiség betartásának biztosítását támogató informatikai rendszer működésének bemutatását, a várakozási sorok értékelési módszereinek ismertetését, a várólista nyilvántartáson alapuló ellátás – szervezési intézkedések körének meghatározást tartalmazza.

Így a fejezet első része a definíciók, fogalmak tisztázását követően, a várólisták nyilvántartásának, kezelésének szabályozását és megoldási lehetőségeit mutatja be, elsősorban a magyarországi gyakorlat alapján, a második része a várólista helyzet indikátorainak ismertetésére vállalkozik, a harmadik rész a várólista – management szolgáltatói és biztosítói feladataira, a negyedik rész az egészségpolitikai intervenciók lehetőségeire, valamint az ötödik fejezet a hazai tapasztalatok értékelésére tért ki.

A fejezet megírását alapvetően meghatározta az a tapasztalat, amelyet Magyarország 2007-től jogszabályokra alapozva elkezdett a várólisták feltérképezésére, a sorrendiség biztosítása érdekében, és amelynek a megoldásához 2012-től az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által működtetett on-line, real-time, SOR-REND néven működő rendszer biztosít korszerű alapokat.

13.1. Fogalmak

A várólista nyilvántartási rendszerben az azonos kapacitásra és ellátásokra vonatkozó beavatkozások egy várólista típust képviselnek, az erre várakozó betegek egy várakozási sorhoz tartoznak.

Ez az alapvető rendezési elv határozza meg a várakozási sorok regisztrációjának struktúráját.

Várólista típus: önálló, független várakozási sor orvosi beavatkozásra/beavatkozás-csoportra (szakmai jártasság, minimum-feltételek, kapacitásigény szerint azonos eljárások), amely országos szinten egységes egyedi azonosítóval, definícióval rendelkezik.

Intézményi várólista: az országos szinten kiadott azonosítóval, definícióval rendelkező várólista típusba tartozó beavatkozásra egy adott szolgáltatónál létrehozott várakozási sor. Az intézményi várólista azonosítója: intézmény kód + várólista országos azonosítója.

Intézményi előjegyzési lista: az intézményi várólistára vonatkozó adatokkal, szabályokkal azonos struktúrában azoknak a várakozóknak az adatait tartalmazza, akik saját döntésük alapján a felvételtkor adható legkorábbi ellátási időpontnál távolabbi ellátási időpontot kértek.

Országos on-line várólista-rendszer: egységes, országos, on-line kapcsolatban, real-time (valós idejű) üzemmódban működtetett informatikai rendszerben nyilvántartott intézményi várólisták összessége, amelyben a várakozó esetek várakozási adatai egyedi titkosított és így publikus azonosítóval nyilvántartva érhetőek el, valamint tájékoztatásként térségi, intézeti összesítő adatokat biztosít.

A valós idejű üzemmódban működő rendszer mindenkor az aktuális várakozási sorokat mutatja a napi várólistára történő felvételek, ellátások vagy egyéb ok miatt végzett törlések eredményeként.

Központi várólista: olyan kiemelt beavatkozásokra várakozók listája, amelyek országos várólistaként, szakmai ok, indikáció miatt speciális, általában drága egészségügyi technológiákra várakozó betegek ellátási igényét és a rendelkezésre álló kapacitások összerendelését biztosítja a várólista felügyeletére létrehozott szakmai testület irányítása alatt. Idetartoznak a transzplantációs várólisták, valamint a drága, korlátozott indikációs körben alkalmazható PET/CT vizsgálatok, gammakés beavatkozások.

Kötelezően vezetett várólisták: jogszabály által előírt műtéti beavatkozásokra várók listája. Általában a kiemelt, tervezetten igénybe vehető, vagy éppen a sürgősség és azonnaliság biztosítása érdekében egyaránt regisztrációs felügyelet alá vont orvosi beavatkozások, amelyek esetén az ellátás várólista regisztráció alapján vehető igénybe a sorrendiség, a transzparencia, a szakmai szempontok érvényesítése érdekében.

Kapacitáshiány miatt kötelezően vezetett várólisták: a jogszabályban meghatározott várakozási időnél hosszabb várakozási idővel rendelkező intézményi ellátási listákat bejelentési kötelezettség mellett a jogszabályban meghatározott kötelező várólistákra vonatkozó szabályoknak megfelelően nyilvántartó várakozási sor.

Betegfogadási lista: a járóbeteg szakellátó intézményben – amennyiben a biztosított egészségi állapota, vagy egyéb jogszabályban meghatározott speciális élethelyzet nem indokolja az azonnali ellátást – a betegellátás sorrendjét szakrendelésenként, az ellátás igénybevételének időpontjával meghatározó lista.

13.2. A várólista – nyilvántartás célja és feladata

A várólista és általában a várakozási sorok regisztrációs kötelezettsége nem egyenlő azzal, hogy várakozni szükséges, bár elsőként ennek a problémának a megoldása az alapfeladat. Tény, hogy a várólisták elsőként azért kerülnek a figyelem középpontjába, mert a szűkös erőforrások miatt megnövekedhet az igény felmerülésétől az ellátásig terjedő időszak, és így a betegeknek hosszú ideig várakozni kell az ellátásra. A szakirodalom és a gyakorlati tapasztalatok alapján az egészségügyi rendszerekben várólisták alapvetően három ok miatt alakulhatnak ki: szűkös fizikális kapacitások, pl. kevés műtő, implantátum, humánereforrás hiánya, specialisták, főleg orvosok, vagy egész műtői teamek hiánya,

elégtelen létszáma, valamint a közfinanszírozásban a finanszírozási korlát, havi, éves kvóták korlátai. A magyar közfinanszírozott egészségügyi rendszerben a fő ok az utóbbi, mely különösen a teljesítmény volumenkorlát bevezetése, majd több körben történő csökkentése (konvergenciaprogramok forráskivonásai) miatt alakultak ki. Ugyanakkor az utóbbi években már egyre több intézmény esetében a humán erőforrás ellátottság is problémaként jelentkezik.

Az ellátási feszültségek felmérése mellett azonban a **várakozási sorok regisztrálása**, kezelése azt a lehetőségét is biztosítja, hogy

- a) az ellátás igénybevételében a sorrendiség elve teljesüljön,
- b) az ellátást az igényt követően a szakmailag indokolt időn belül elvégezzék, figyelembe véve a szakmai követelményeket, illetve
- c) hozzájáruljon az egészségügyi kapacitások viszonylagos egyenletes leterheléséhez, az ütemezéshez.

Ezen egészségügyi ellátási feladatok megoldásához várólista nyilvántartási rendszereket célszerű létrehozni, annak érdekében, hogy a mindenkori ellátási feszültség, az ellátó rendszer leterheltsége ellátási formánként, egészségügyi szolgáltatásonként, intézményenként és területenként megismerhető legyen.

A **várólista nyilvántartási rendszerek** létrehozásának fő céljaként az alábbiakat emelhetjük ki:

- a. a sorrendiség betartása az igénybevételben;
- b. a transzparencia és a publikusság biztosítása a várakozási sorokról szolgáltatónként, várólistánként, az adatvédelmi szempontok figyelembevételével;
- c. a páciensek számára információ biztosítása annak érdekében, hogy a beutalási rendszer szabályai szerint, a területileg illetékes szolgáltató helyett hosszú várakozási idők esetén más szolgáltatót választhassanak;
- d. a rendelkezésre álló kapacitások és az ellátási igények térbeni és időbeni összehangolása, a várólista management megvalósítása;
- e. az ellátás, az ellátási hiányok, a hozzáférhetőség monitorizálása hiteles, pontos adatokkal a szükséges egészségügyi intervenciók megtervezése érdekében.

Az eredményes **várólista management** működtetésének feltételei:

- a. megfelelő várólista nyilvántartási rendszer;
- b. megfelelő várólista kezelési szakmai protokollok annak érdekében, hogy országos szinten egységes szakmai szempontok határozzák meg az ellátási igény megállapítását, a várólistára vételt megalapozó vizsgálatokat, a felvétel menetét, az igény sürgősségét minősítő szempontokat;
- c. országosan egységes eljárási rendet meghatározó jogszabályok a nyilvántartáshoz;
- d. finanszírozási és ellátás-szervezési intézkedések meghozatalát szabályozó rendeletek.

Magyarországon már az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény is rendelkezik a várakozási probléma kezeléséről. Így pl. minden szolgáltató számára tájékoztatási kötelezettséget ír elő – azokra az esetekre, amikor magas várakozási idő után tudná csak az ellátást elvégezni – az igénybevétel más szolgáltatónál történő biztosításának lehetőségeiről.

Az Egészségbiztosítási Törvény alapján egyes kiemelt, drága, vagy magas arányban halasztható, ütemezhető ellátások – elsősorban a fekvőbeteg szakellátásban – szabályozottan, az ellátásra jelentkezés sorrendjében, várólista alapján vehetők igénybe. A fő szabály alól kivételt képeznek – jogszabályban meghatározott módon – azok az esetek, amelyeket szakmai ok miatt már a felvételkor, vagy a várakozás közben felmerült szakmai indikáció alapján sürgősséggel kell ellátni. A kivételek között van az is, amikor a beteg kérésére a kiadható legközelebbi tervezhető ellátási időpontnál későbbi kerülhet kiválasztásra.

Az intézményi várólisták egységes vezetési kötelezettségéről, webfelületen történő elérhetőségéről, valamint a központi feldolgozásra alkalmas rendszeres adatszolgáltatásról már egy 2006-ban kiadott kormányrendelet rendelkezett azt követően, hogy az Ebtv. deklarálta: egyes, többnyire tervezhetően elvégezhető beavatkozások – a sorrendiség biztosítása érdekében – várólista vezetése alapján, ütemezett ellátás során vehetők igénybe. Az Intézményi Várólista Nyilvántartási Rendszer kezdetben az Egészségbiztosítási Felügyelet irányítása alatt működött.

Az Egészségbiztosítási Felügyelet által jogszabály szerint működtetett rendszer fő, de egyben jogszabályi előírások miatti hiányossága – előnyei mellett – abból adódott, hogy az EBF nem rendelkezett TAJ kezelési jogosítvánnyal, így az általa működtetett rendszer nem volt alkalmas a várólista adatok és a tényleges ellátási adatok tételes összefuttatására, nem szűrte ki a többszörös regisztrációt, és így a teljességet, a hitelességet nem biztosíthatta.

Az EBF megszüntetését követően a várólisták nyilvántartásának felügyeletét, az adatszolgáltatási és feldolgozási feladatokat az Országos Egészségbiztosítási Pénztár vette át. A feladat szakmai tartalmának áttekintését és a beérkező adatok feldolgozási folyamatát, az alkalmazott információ-technológia megoldásokat értékelve, az EMMI Egészségpolitikai Államtitkárságának jóváhagyásával, modernizálási javaslat készült a várólista jelentési rendszer megújítására. 2012. július 1-től az Országos Egészségbiztosítási Pénztár – miután a korábbi várólistákat „migrálta” – implementálta az új, on-line, real-time (valós idejű) működésű Országos Várólista Nyilvántartást, amellyel már elérhető, a pontos, teljes körű, ellenőrzött várólista nyilvántartás. Ez az információ-technológia háttér megváltoztatta a rendszer által biztosítható szolgáltatásokat. A SOR-REND néven működő rendszer minden beteg, érdeklődő számára átlátható, elérhető, országos, egységes, transzparens és publikus nyilvántartást biztosít a nyilvános webfelületen.

13.3. A várólista nyilvántartás létrehozása, kezelése

13.3.1. AZ INTÉZMÉNYI VÁRÓLISTÁK/ELŐJEGYZÉSI LISTÁK LÉTREHOZÁSA ÉS KEZELÉSE – AZ ON-LINE, REAL-TIME SOR-REND RENDSZER

Az OEP által működtetett várólista nyilvántartási rendszer egységesen, valamennyi szolgáltató kötelező vagy kapacitáshiányos várólistáját nyilvántartja.

A nyilvántartásban regisztrálandó adatok típusa és kódrendszerei az egészségügyi szolgáltatók teljesítmény elszámolásában alkalmazott adatokkal, kódrendszerekkel összhangban kerültek meghatározásra (pl. BNO, OENO kódok).

13.3.2. A NYILVÁNTARTÁSBAN ALKALMAZOTT ALAPVETŐ KÓDRENDSZEREK

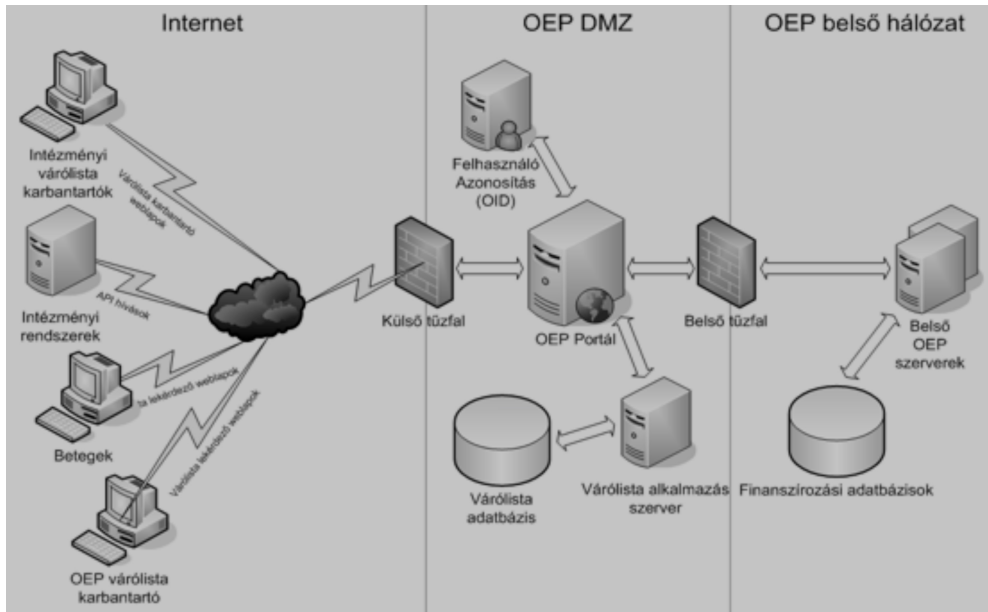
A várólista nyilvántartásban az alábbi kódrendszereket használjuk.

- A. BNO – 10 kódrendszer:** a várólista regisztrációra kötelezett beavatkozások indikációjába tartozó betegség kódolásához
- B. OENO kódrendszer:** a tervezett, illetve elvégzett beavatkozás meghatározásához
- C. Várólista típus kódrendszer:** a várólista típus egységes országos azonosító kód-rendszere, amelynek a definiálása a hozzátartozó OENO kódok listájával történik; a kódrendszer kétféle OENO kód hozzárendelést tartalmaz;
 - a. az elsődleges kód** a regisztrációs kötelezettség szerinti hozzárendeléseket határozza meg,
 - b. a másodlagos ún. „szinonima OENO kód”** kizárólag a várakozó tényleges ellátásának ún. „kivezető” kódja lehet, azokban az esetekben, amikor a tényleges ellátás során a tervezett beavatkozás helyett egy másik, szintén regisztrációköteles, eltérő várólistához tartozó, a tervezettel azonban azonos indikációval, ellátási céllal, várható eredménnyel rendelkező, de eltérő technikával végzett beavatkozás történt (mint pl. laparoszkoos epekő-eltávolításra várakozó beteg részére végzett nyitott epekő-eltávolítás).
 - d. Kötelezően regisztrálandó betegség** – tervezett beavatkozás kódlista: a regisztrációs kötelezettség pontosítását biztosító BNO kód – OENO kód párok, szinkronban a HBCs rendszer definíciójával.
 - e. Várakozási státuszkód:** ez a kódrendszer biztosítja a várakozó aktuális helyzetének rögzítését.
 - f. Tranzakciós kódok:** a várólista nyilvántartásban végrehajtott műveletek jelölését szolgálja.

13.4. A várólista nyilvántartási rendszer működésének jellemzői

A várólista nyilvántartási rendszer működésének főbb jellemzőit az alábbiak szerint foglalhatjuk össze.

- A. a teljes körű regisztrálási kötelezettség** kiterjed a várólista típushoz kapcsoló valamennyi eseményre, valamint mind az aktív várakozók, mind a lezárt esetek nyilvántartására; a tervezett ellátásokra és a sürgős, azonnali ellátásokra, az E. Alappal szerződött szolgáltatók szerződött kapacitásán a magyar és a külföldi biztosítottak részére végzett ellátásokra, a várólistára kerüléstől kezdődően a várólista tétel valamennyi módosítására;
- B. a kötelező várólista regisztrációt** akkor is el kell végezni, ha az adott szolgáltatónál lényegében nincs várakoztatás;
- C. bármikor elérhető a publikus felületen keresztül az OEP publikus weblapjáról;**
- D. minden időpontban az aktuális állapotot tükrözi;**
- E. a szolgáltatók számítógépes rendszereik** segítségével kommunikálnak a központi rendszerrel egy erre a célra kifejlesztett interfész (API) segítségével, vagy alkalmazhatják a SOR-REND rend-



1. ábra. A várólista nyilvántartási rendszer architektúrája

szer erre a feladatra létrehozott, a szolgáltatók kapcsolódását, a nyilvántartások aktualizálását biztosító webes felületet is;

- F. a rendszer adatait kizárólag a **regisztrált várólista felelősök és kezelők** módosíthatják;
- G. a **központi adatbázis** informatikai eszközökkel védett, azokhoz csak meghatározott protokollok alapján, tűzfal védelemmel, az ún. DMZ zónán keresztül lehet kapcsolatot teremteni.

2015-ben mintegy 122 fekvőbeteg szakellátást végző szolgáltató vezet várólista nyilvántartást, összesen mintegy 1227 megnyitott, működő várakozási sorral.

13.5. A várólista nyilvántartás fő műveletei

A **nyilvántartást** továbbra is **az intézményeknek kell vezetni**, az OEP ehhez a rendszer működtetését és a kontrollt biztosítja, illetve elvégzi az elemzési, ellenőrzési, modellezési feladatokat, biztosítja a várólisták egységességét.

A nyilvántartásban szereplő adatok pontosságáért, a nyilvántartás teljességéért az intézmények felelnek. Ezt a felelősséget erősen megtámogatták azok a szabályok, amelyek a megfelelő adatminőség betartásához kapcsolódnak.

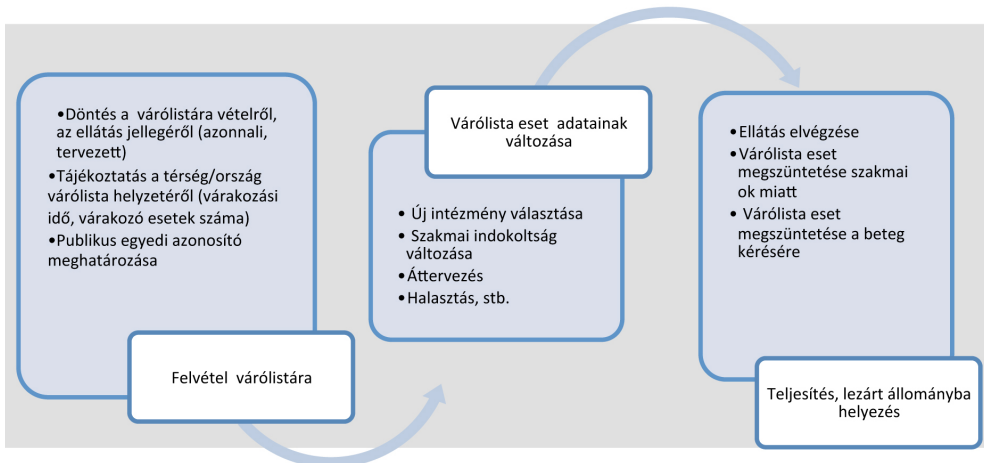
A beteg a várólistára vétel pillanatában bekerül a nyilvántartásba, illetve minden, az állapotban bekövetkező változás – pl. a beavatkozás halasztása vagy előrébb hozatala, a beteg állapotában fel-lepő változás –, valamint az ellátás ténye, a várakozás megszűnése azonnal nyomon követhető az OEP által üzemeltetett, bárki számára elérhető online felületen.

A sorrendiség vizsgálatát minden érintett és érdeklő számára a várakozó eset országos publikus, anonimitást garantáló azonosító biztosítja. A várakozó eset azonosítóját a SOR-REND rendszer adja ki a várólistára vétel sorrendjében.

A rendszer szűri az ismételt várólistára vételt – a duplikációt – a TAJ kontroll alkalmazásával, azonos várólista típuson belül, figyelembe véve páros szervek esetén az oldaliság szerint megkülönböztetett ellátási igényeket is. A várólisták kezelésére vonatkozó eljárás szerint, a rendszer a beteg ismételt várólistára vételének kezdeményezésekor, a beteg új választását tekinti az aktuális várakozási helynek, a korábbi várólista tétel törlődik, az érintett szolgáltató a változásról elektronikus üzenet formájában kap tájékoztatást.

A nyilvántartás során előforduló műveletek

- A. a várólista megnyitása** egy adott szolgáltató részére: amennyiben a szolgáltató végez a várólista típushoz tartozó beavatkozást;
- B. a várólista zárása** egy adott szolgáltató részére: akkor fordulhat elő, ha a szolgáltató átalakul, és így technikai ok miatt megváltozik az azonosítója, vagy feladat csökkenés miatt megszűnik az idetartozó ellátás, vagy kapacitás hiány miatt létesített várólista esetén megszűnik a hosszú várakozási idő és a szolgáltatónak már nem célja a regisztráció vezetése;
- C. a várakozó regisztrálása** az adott szolgáltató várólistáján: a regisztrációt akkor kell megtenni, amikor a várólista kezelési szakmai protokollnak megfelelően a szakmailag kompetens ellátó megállapítja az ellátási igény fennállását, és ezzel egyidejűleg elvégzi a regisztrációt, meghatározza az ellátás tervezett időpontját;



2. ábra. A SOR-REND rendszer fő folyamatai

- D. a várakozó adatainak módosítása:** a várakozó adata a várakozás időtartama alatt módosulhat, általában leggyakrabban az ellátási igény sürgőssége, a tervezett ellátás időpontja változhat;
- E. a várakozás megszüntetése** ellátás, vagy egyéb ok miatt: ebbe a kategóriába alapvetően ellátással záruló esetek fordulnak elő, de viszonylag magas esetszámban előfordul az is, hogy a beteg állapota szakmai ok miatt már nem igényli az ellátást, vagy a beteg saját döntése alapján már nem kívánja elvégeztetni az ellátást;
- F. rendszerüzenetek:** az országos várólista fizikai működtetésével összefüggő üzenetek;
- G. azonnali hibaüzenet az adatkezelés során:** az adatok felvitele, módosítása során a felhasználók azonnali hibaüzenet kapnak annak érdekében, hogy minél rövidebb időn belül a pontatlan, hibás adatot a nyilvános felületen javíthassák;
- G. napi hibaüzenet:** a nap végén, a még aktuálisan hibás adatokról ismételt tájékoztatást kapnak a várólista kezelők, felelősök;
- I. tájékoztató üzenet a beteg áthelyezéséről:** automatikusan képződő üzenet abban az esetben, ha a beteg átjelentkezett más szolgáltató várólistájára.

A várólista tétel státusza a következő értékeket veheti fel:

- 1) várakozó;
- 2) várakozó, szakmai ok miatt halasztott;
- 3) várakozó, beteg kérésére halasztott;
- 4) ellátással lezárt eset (a tervezés szerint, előrehozott ellátással, sürgősségi ellátással);
- 5) ellátás nélkül lezárt eset (a beteg az ellátást szakmai ok miatt már nem igényli, a beteg az ellátást nem kívánja igénybe venni, egyéb okok).

A fő tranzakció típusok:

- a) felvétel a regisztrációba;
- b) törlés az aktív várakozási állományból (ellátás vagy egyéb ok miatt);
- c) hibás adat javítása;
- d) adat módosítása.

13.6. A nyilvántartás adatai a kötelező és kapacitáshiányos intézményi várólisták esetén

A várólista nyilvántartás adatait az alábbi táblázat összegzi.

1. táblázat. A várólista nyilvántartás adatai

| A. | Azonosítók |
|----|---|
| 1. | A várakozó eset országosan kiadott publikus azonosítója |
| 2. | Várólista kódja (intézet kód+várólista típus kód) |
| 3. | Várakozási sor típusa (várólista, előjegyzési lista) |

| | |
|-----------|---|
| 4. | Várólista eset státusza |
| 5. | Területi ellátási kötelezettség státusza (I/N) |
| 6. | Beteg TAJ száma |
| 7. | Beteg kapcsolattartási adatai |
| B. | Várólistára vétel adatai |
| 1. | Beküldő intézmény kódja |
| 2. | Beküldő szervezeti egység kódja |
| 3. | Beküldő orvos azonosítója (pecsétszáma) |
| 4. | Várólistára vételt végző szolgáltató azonosítója |
| 5. | Várólistára vételt végző szervezeti egység azonosítója |
| 6. | Várólistára vételt végző orvos azonosítója |
| 7. | A várólistára vételt indokló megbetegedés BNO kódja és neve (elsődleges betegség) |
| 8. | Tervezett OENO kód és név (elsődleges ellátásé) |
| 9. | Oldaliság jele (páros szerven végezhető eljárás esetén) (J/B/P/N) |
| 10. | Regisztrálás időpontja |
| 11. | Tervezett ellátás időpont típuskódja (fix, változtatható) |
| 12. | Sürgősség |
| 13. | Előző kapcsolódó ellátási eset törzsszám azonosítója |
| 14. | Szakmailag minimálisan indokolt várakozási idő, ha megadható (nap) |
| 15. | Szakmailag megengedett maximális várakozási idő (nap) |
| 16. | Megjelenés/felvétel tervezett időpontja |
| 17. | Ellátás tervezett időpontja |
| C. | Az ellátás adatai |
| 1. | Megjelenés tényleges időpontja |
| 2. | Ellátás tényleges időpontja |
| 3. | Tényleges OENO kód és név (elsődleges ellátásé) |
| 4. | Oldaliság jele a tényleges ellátásnál (páros szerven végezhető eljárás esetén) |
| 5. | Ellátó intézmény kódja |
| 6. | Ellátó szervezeti egység kódja |
| 7. | Ellátó felelős orvos pecsétszáma |
| 8. | Ellátás törzsszáma vagy naplósorszáma |
| D. | Külföldiek ellátása |
| 1. | Biztosítás, ennek hiányában állampolgárság országa |
| 2. | A külföldi beteg biztosítási azonosítási száma, ennek hiányában személyazonosítási okmány azonosítója |
| 3. | Ellátást engedélyező dokumentum típusa (ha rendelkezésre áll) |

A publikus felületen adatvédelmi okokból természetesen nem minden adat tekinthető meg, azonban a szolgáltató, a várólisták, a listákon tartózkodók publikus azonosítója a listára kerülés időpontja, a tervezett ellátás időpontja minden érdeklődő számára elérhető.

A várólista rendszer kitüntetett szereppel rendelkező adata **a regisztrált eset ún. országos publikus azonosítja**:

- országos szinten a rendszer adja ki a regisztrálás időpontjának sorrendjében;
- az azonosító egyedi, egy beteg egy adott várakozásának azonosítására szolgál, így amennyiben a beteget más várólista típushoz tartozó várólistára is felvették, egy másik publikus azonosítót ad ki a részére;
- a publikus azonosítóval azonosított személyt csak a kezelőorvos és maga az érintett páciens ismeri, a kezelő orvos a regisztrációval egyidejűleg tájékoztatja az azonosító értékéről a beteget, a beteg ennek az azonosítónak az ismeretében folyamatosan ellenőrizheti a publikus felületen saját várakozási pozícióját.

Az előjegyzési listára azok az ellátásra várakozó betegek kerülnek, amelyek a felvétel időpontjában a tervezhető legkorábbi dátumnál legalább 14 nappal későbbi időpontra kérik az ellátásukat. A regisztrálással, vezetéssel kapcsolatos szabályok azonban ezen szabály, valamint a sorrendiségi szempont kivételével megegyeznek a várólistákra vonatkozó előírásokkal.

13.7. Az intézményi kötelező és kapacitáshiány miatt vezetett várólista típusok

A várólista vezetési kötelezettség 2015-ben mintegy 866 – elsősorban műtéti – beavatkozást érintett, az érintett beavatkozások éves várható esetszáma 280.000 kórházi eset, amely az összes aktív fekvő-beteg szakellátási eset közel 12%-át teszi ki.

2. táblázat. Csak várólista alapján végezhető műtétek

| Várólista azonosító | Kötelező várólisták (csak várólista alapján elvégezhető műtétek) |
|---------------------|---|
| 001 | Szürkehályog műtétek |
| 002 | Mandula, orrmandula műtét |
| 003 | Orrmelléküregek, proc. mastoideus műtétei |
| 006 | Gerincstabilizáló műtétek, gerincdeformitás műtétei |
| 007 | Gerincsérv műtétek |
| 008 | Epekövesség miatti beavatkozás feltárás |
| 009 | Epekövesség miatti beavatkozás laparasztopia |
| 011 | Hasfali-, lágyék sérvműtét implantátum beültetésével |
| 012 | Sérvműtétek (hasfali, lágyék-, köldök-, combsérv) implantátum beültetése nélkül |

| | |
|-----|--|
| 017 | Prostata jóindulatú megnagyobbodásának műtétei I. (Prostatectomia) |
| 018 | Prostata jóindulatú megnagyobbodásának műtétei II. (Transurethralis prostataműtét) |
| 019 | Nőgyógyászati műtétek nem malignus folyamatokban |
| 020 | Térdprotézis műtét, traumatológia szakma |
| 021 | Térdprotézis műtét, ortopédia szakma |
| 022 | Csípőprotézis műtét, traumatológia szakma |
| 023 | Csípőprotézis műtét, ortopédia szakma |
| 024 | Coronária intervenciók |
| 025 | A szív elektrofiziológiai vizsgálata, nagy és radiofrekvenciás ablációk |

A második táblázatban azok a műtéti várólisták láthatók, amelyeket az intézmények kezdeményeztek a jogszabály előírásának megfelelően azokban az esetekben, amikor a műtétekre a várakozási idő az intézményben a 60 napot meghaladta:

3. táblázat. Az intézmények által kezdeményezett várólisták

| Várólista azonosító | Kapacitáshiány miatt bejelentett intézményi várólisták |
|---------------------|---|
| 101 | Emlőműtétek nem malignus betegségekben |
| 102 | Mellékvese laparoszkópos beavatkozásai nem malignus folyamatokban |
| 103 | Pajzsmirigy műtétek nem malignus folyamatokban |
| 104 | A bélrendszer kis műtétei nem malignus folyamatokban |
| *105 | A bélrendszer nagy műtétei nem malignus folyamatokban |
| 106 | A hasi erek műtétei |
| 107 | Perifériás idegrendszer rutin műtétei |
| 108 | Kézsebészet, alagút szindrómák műtétei |
| 109 | Frakcionált kürettage |
| 110 | Nőgyógyászati plasztikák, nem malignus folyamatokban |
| 111 | Nőgyógyászati laparoszkópos beavatkozások, nem malignus folyamatokban |
| 112 | Fül-, orr-, száj nagyobb műtétei nem malignus folyamatokban |
| 113 | Szemhéjműtétek |
| 114 | Szaruhártya műtétek |
| 115 | Szemészeti kötőszöveti műtétek |
| 116 | Artroszkópos műtétek |
| 117 | Ortopédiai kisműtétek |
| 118 | Ortopédiai nagyműtétek |
| 119 | Urológiai kisműtétek |

| | |
|-----|--|
| 120 | PTA eljárások |
| 121 | Feltárásos interpozíciók, bypassok, rekonstrukciós érsebészeti beavatkozások |
| 122 | Varixműtétek |
| 123 | Pacemaker, ICD implantáció |
| 124 | A-V fistula, Cimino képzése |
| 128 | Non-coronáriás intervenciók, gyermek szakma |
| 129 | Non-coronáriás intervenciók, felnőtt szakma |
| 130 | Nyitott szívűműtétek, veleszületett szívhiba, gyermek szakma |
| 131 | Nyitott szívűműtétek, felnőtt szakma |

A fenti két táblázat csak mintának tekintendő, mivel idővel ezek a listák bővíülhetnek és változhatnak is.

13.8. A központi várólisták nyilvántartása és működése – specialitások

A központi várólisták nyilvántartását 2007-től az Országos Vérellátó Szolgálat (OVSZ) vezeti a kiemelt beavatkozásokra – PET/CT, gammakés, traszplantációk. A várólisták követését az OVSZ honlapján elérhető nyilvántartás biztosítja.

Az adattartalom hasonló az intézményi várólistákhoz azzal a különbséggel, hogy az ellátásra való alkalmasság elbírálását regionális központokban működő szakmai bizottságok végzik.

A páciensek **kezelő orvosa kezdeményezi a várólistára kerülést**, a regisztrálás ettől az időponttól indul. A szakmai alkalmasságot a Regionális Szakmai Bizottság állapítja meg, így az adatok között megjelenik a szakmai alkalmasság elbírálására, eredményére vonatkozó adat is.

A **központi várólisták** esetén az érintett ellátások sajátosságából eredően sajátos ellátás-szervezési feladatok is megjelennek az ellátási sorrend, az ellátó központok egyenletes leterheltségének biztosítása mellett.

Különösen kritikus ez a feladat a **transzplantációk** esetén. Itt nem a várólistára kerülés sorrendjének van abszolút prioritása az ellátás sorrendjére vonatkozóan, hanem az aktuálisan rendelkezésre álló szerv beültetésére szakmai szempontból alkalmasnak minősített betegek listája (pld immunológiai egyezőség), valamint a betegek aktuális állapota (pl. nincs-e láza, egyéb, a műtét elvégzését akadályozó rossz fizikai állapota, betegsége).

13.9. A betegfogadási listák nyilvántartása és működése

A jelenlegi magyar gyakorlatban a **járóbeteg szolgáltatóknak** a nem sürgős ellátásokra szakrendelésenként **betegfogadási listát kell vezetni**.

A betegfogadási listára vételre – a beutalási rend figyelembe vételével – általában a kezelőorvos kezdeményezésére kerül sor, és ekkor meg kell adni a beteg részére az ellátás várható időpontját is.

A jelenlegi rendszer ezen a területen még Magyarországon is a hagyományos regisztrációs úton működik. Ez azt jelenti, hogy itt nincs on-line, real-time egységes nyilvántartás, a betegek nem kapnak tájékoztatást egy egységes rendszerben a várakozási helyzetről, csak statisztika adatszolgáltatásról beszélhetünk.

A szabályok előnyt biztosítanak a keresőképtelenség esetére. A statisztikai nyilvántartásban ezt a tényt is vezetni kell. A teljeskörűség érdekében itt is számba veszik az azonnali ellátásokat, valamint az ellátási időpontok kiadásánál kötelező figyelembe venni a sürgősségi ellátás szokásos arányát.

A betegfogadási listáról szóló jelentés szakrendelésenként tartalmazza az ellátásra történő jelentkezés időpontjával (év, hónap, nap) együtt a beteg sorszámát és az ellátás igénybevételének időpontját, valamint az ellátás típusát, halasztás esetén a halasztás okát.

13.10. A várakozási sorok helyzetének értékeléséhez alkalmazható indikátorok

A várakozási sorok helyzetét indikátorok segítségével vizsgálhatjuk, értékelhetjük, összehasonlíthatjuk. A vizsgálatok során kiemelt szerepet kap a várakozók és a lezárt esetek megkülönböztetett vizsgálata, az indikátorok összehasonlítása.

A várakozási sorok vizsgálata során az értékelés célpontjában

- a. a várakozási sorok hossza;
- b. a várakozási idők nagysága;
- c. a sorrendiség betartása;
- d. az ellátás ütemezettségének;
- e. az adatminőség megfelelőségének;
- f. a várólista csökkentési intervenciók hatásának vizsgálata áll.

13.10.1. A VÁRAKOZÁSI SOROK ÉS A VÁRAKOZÁSI IDŐK VIZSGÁLATA

A közvélemény számára a mindenkori első kérdés: mennyi a várakozók száma és milyen távoli időpontra lehet ellátási időpontot kapni.

Már a mutatók első számbavételénél tudnunk kell azonban az alábbiakat:

- A várakozási sorok hossza a várakozási idő ismerete nélkül nehezen értékelhető. Lehet a várakozási sor hossza nagy, miközben a várakozási idő rövid, akár két héten belül.
- A várakozás minősítését a lehetséges elvi ellátási kapacitáshoz, vagy egy kiválasztott időszakra jellemző ellátási színvonalhoz, azaz az ellátottság mértékéhez viszonyítva célszerű megtenni. Lehetséges, hogy magas a tervezett várakozási idő, miközben a várakozók száma mindössze a két hét alatt szokásosan ellátható esetszámnak megfelelő.
- A várakozási probléma nagyságát jól jellemzi az is, hogy az aktuális várakozás milyen viszonyban van az ellátottság mértékével, a magas várakozási idők, várakozási sorok esetén a lakosság tényleges ellátottsági szintje pl. az 1.000 stb. lakosra jutó várakozók száma, várakozási idők alapján alacsonyabb, közel azonos, vagy magasabb az országos átlagnál. Előfordulhat és az adatok szerint elő is fordul, hogy magas ellátási szint mellett is az országos szintet meghaladó a várakozási idő, a várakozási sor. Ennek többféle magyarázó oka lehet. Idetartozik az is, hogy nincs egységes protokoll, definíció és gyakorlat az ellátási igény meghatározására, regisztrálására.

Általában az eltérések és ellentmondásos helyzetképek mögött a várólista regisztráció problémáit, a hiányos regisztráció kérdését, a szolgáltatók viselkedésében megjelenő szokásokat, az ütemezési problémákat kereshetjük.

Várakozók

4. táblázat. Várakozók száma

| Megnevezés /értelmezés | Számítás módja | Mértékegység |
|--|----------------------|--------------|
| Várakozók száma (VSZ) | n | esetszám |
| Átlagos tervezett várakozási idő (VTI) | $\sum v_i / \sum n$ | nap |
| Minimum tervezett várakozási idő (VMINTI) | $v(\min)$ | nap |
| Maximum tervezett várakozási idő (VMAXTI) | $v(\max)$ | nap |
| Medián tervezett várakozási idő: a várólistán lévő esetek várakozási idő szerinti sorrendben meghatározott sorozatában a középső pozícióban található eset (alatt, felette azonos a várakozó esetek száma) tervezett várakozási ideje (VMEDTI) | v_m ahol $m = n/2$ | nap |
| Adott megfigyelési időpontig eltelt átlagos várakozási idő (VPTI) | $\sum (t - f_i) / n$ | nap |

Jelölések:

v_i = a várakozási sorban az i -edik eset tervezett várakozási ideje

n = a várakozók száma a várakozási sorban

t = megfigyelési időpont

f_i = az i -edik eset felvételi időpontja a várólista regisztrációba

e_i = az i -edik ellátott eset ellátási időpontja

m = ellátással ellátottak száma

h = vizsgálati időhatár

5. táblázat. Várakozók száma

| Megnevezés / értelmezés | Számítás módja | Mértékegység |
|---|----------------|-------------------|
| egy ellátási napra jutó ellátási esetszám a viszonyítási időszakban a várólistához tartozó beavatkozásokból/vagy ellátási kapacitás egy ellátási napra az adott beavatkozásokból (NT) | T/e | eset/ellátási nap |
| Ellátási nap igény a várakozókra | n/NT | nap |

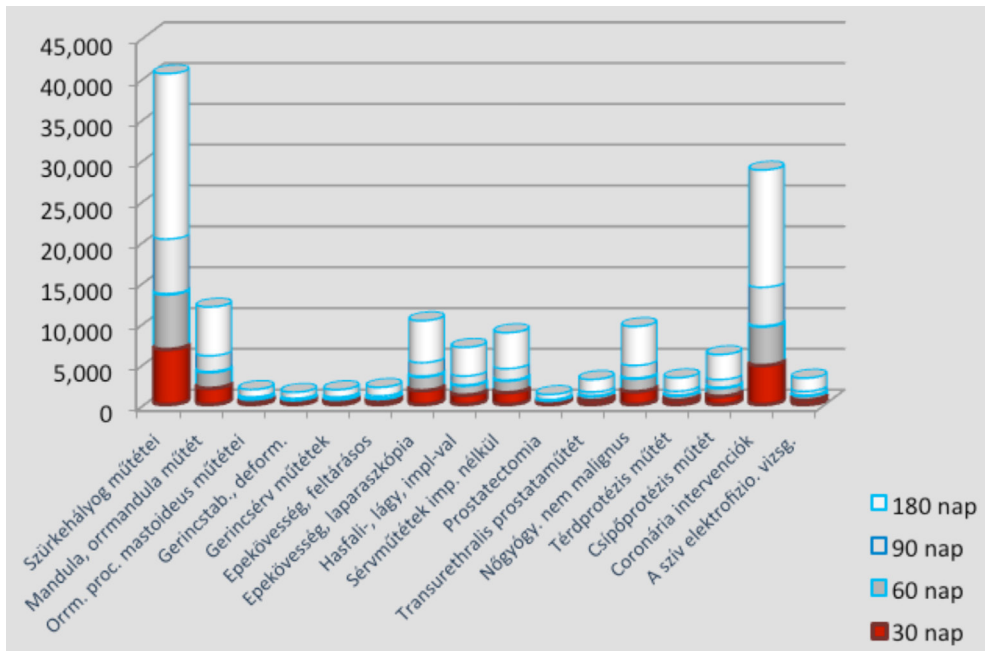
Jelölések

T = ellátási esetek száma egy megfigyelési/viszonyítási időszakban

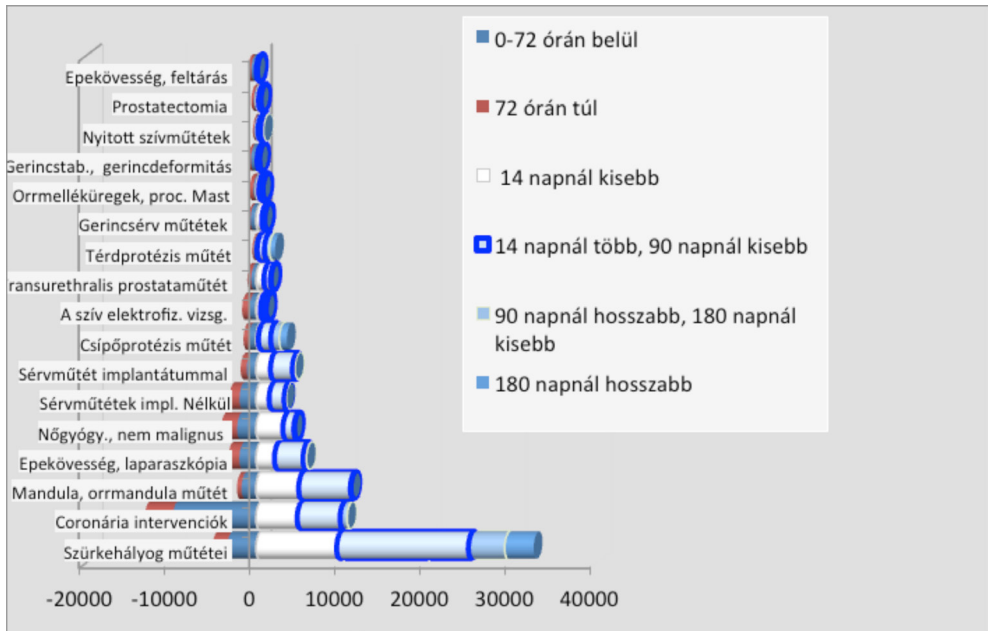
e = ellátási napok száma egy megfigyelési/viszonyítási időszakban

A várakozókra vonatkozó diagram jól példázza, hogy az egyes várólistákon a várakozók megoszlása a már megtörtént várakozási idő alapján milyen összetételű.

A vizsgálatot célszerű elvégezni a lezárt esetekre is. 2014-re vonatkozóan a helyzetképet a 2. sz. diagram mutatja. Megjegyzendő, hogy a negatív tartományban lévő esetek a késői regisztráció nagyságát mutatják. Az országos átlag alapján a betegek 42%-a várakozott 14 napnál hosszabb ideig, amennyiben úgy tekintjük, hogy a 14 napon belül ellátottak, valamint a későn regisztráltak lényegé-



3. ábra. Várakozók – esetszám az egyes várakozási kategóriákban egy adott időpontban 2014. minta. Forrás: OEP SOR-REND rendszer



4. ábra. Lezárt esetek – esetszám az egyes várakozási kategóriákban egy adott időpontban 2014. minta

Forrás: OEP SOR_REND rendszer

ben „nem várhoztak”. A 180 napon túl várhozóik aránya viszonylag alacsony. Különösen magas a „nem várhozóik” aránya a coronária intervenciók esetén, azonban ebben a csoportban ennek egyértelmű szakmai oka van. Más okot kell azonban keresni az olyan csoportokban is, mint pl. a csípőprotézisek beavatkozás csoport, ahol a sürgősséggel jóval alacsonyabb arányban kell számolni.

Példa a várakozási sorok és várakozási idők értékeléséhez és értelmezéséhez

A mintapélda négy kiemelt szereppel rendelkező várólista adatait mutatja be egy korábbi magyarországi helyzetkép szerint az értékelési nézőpontok megvilágításához.

A 6. táblázat egymás mellett mutatja a „jellemző” éves teljesítményt és az éppen várhozóik számát. Megállapítható, hogy a leghosszabb várakozási sorral rendelkező várólista – szürkehályog műtétek – esetén a várakozási idő lényegében alacsonyabb, mint a sokkal kisebb várakozási esetszámmal rendelkező térdprotézis műtétek esetén. A térdprotézis műtetre várhozóik száma azonban jelentősen meghaladja az éves teljesítmény szokásos esetszámát, miközben a Szürkehályog műtetre várhozóik száma nem éri el a 20%-ot. A térdprotézis műtét esetén jelentősebb az ellátási feszültség.

6. táblázat. A legfontosabb várólisták konkrét adatai (2015. augusztus 3.) és a tényleges 2014 évi teljesítmény összehasonlítása. Forrás: OEP SOR_REND rendszer

| | Éves teljesítmény
tényleges 2014 | Várakozók száma
(előjegyzés nélkül) |
|---|-------------------------------------|--|
| Szürkehályog műtétek | 81 047 | 14 530 |
| Gerincstabilizáló műtétek, gerincdeformitás műtétei | 3 017 | 473 |
| Térdprotézis műtét | 6 578 | 7 622 |
| Csípőprotézis műtét | 12 242 | 5 261 |
| ... | | |
| Összes várólista kötelező műtét | 282 186 | 38 384 |

Elvileg az ún. „elfogadható” várakozók száma jól becsülhető például, ha megadjuk az elfogadható várakozási idő hosszát. Magyar viszonyok között, a szürkehályog műtétek tekintetében – évi 81.000 műtéttel számolva – 30 napos várakozási idő esetén 6754 fő, 60 napos várakozási idő esetén 13.508 fő, 180 napos várakozási idő esetén 40.500 fő várakozóval lehet számolni.

Ezzel szemben a 6. és 7. táblázat szerinti példánkban – amely a 2015. évi állapotot mutatja – a várakozási listán mintegy 14.500 eset nyilvántartása szerepel, ugyanakkor a tervezett várakozási idő jelentős, átlagosan közel félév. A két adat együtt ellentmondásra – elsősorban ellátás-ütemezési problémára – utal. Azt jelzi, hogy nincs feltöltve minden ellátási nap az ellátást végző szolgáltatóknál a tervezhető lehetséges esetszámmal, hanem csak ennél jelentősen alacsonyabb mértékben történt meg az esetek lekötése. 14.500 várakozó esetén a várakozási idő nem lehetne több mint 65 nap. A másik nézőpontból megvilágítva ezt a kérdést, félév átlagos várakozási idő esetén az országos listán mintegy 40.000 várakozónak kellene a listán szerepelnie. A várólisták értékeléséhez a megelőző időszakok/évek tényleges teljesítményét – mint lehetséges ellátási kapacitást – vehetjük figyelembe, ehhez viszonyítva már elég jól értelmezhető egy várakozási sor valóságos helyzete.

7. táblázat. Tervezett és tényleges várakozási idők összehasonlítása 2015. Forrás: OEP SOR-REND rendszer

| | jelenlegi tervezett
várakozási napok száma
2015. 08.03 | a jelenleg várakozók
ellátásához szükséges
naptári napok száma
2015.08.03 | tényleges várakozás
2015. júliusban
ellátott esetek (nap) |
|--|--|--|---|
| Szürkehályog műtétei | 174 | 65 | 87 |
| Gerincstabilizáló műtétek,
Gerincdeformitás műtétei | 563 | 57 | 25 |
| Térdprotézis műtét | 545 | 423 | 231 |
| Csípőprotézis műtét | 418 | 187 | 135 |

A példa szerinti magyarországi helyzetben további értékeléssel támaszthatjuk alá az ütemezési problémára utaló tényeket. Látható, hogy a valós helyzet a már ellátott betegek adata alapján a térd- és a csípőműtétek esetén is magas, azonban ennél jóval magasabb a várakozók tervezett ellátási ideje.

Ellátottak

8. táblázat. Ellátottak száma

| Megnevezés /értelmezés | Számítás módja | Mértékegység |
|--|---|--------------|
| Ellátással ellátottak száma (ESZ) | x | esetszám |
| Tényleges átlagos várakozási idő (ETI) | $\sum e_i / x$ | nap |
| Meghatározott időhatár felett ténylegesen várakozók száma az ellátottak között | $(\sum i \text{ „h felett”}) * 100 / x$ | |
| Minimum tényleges várakozási idő (EMINTI) | $e(\min)$ | nap |
| Maximum tényleges várakozási idő (EMAXTI) | $e(\max)$ | nap |
| Medián tényleges várakozási idő: az ellátott esetek tényleges várakozási idő szerinti sorrendben meghatározott sorozatában a középső pozícióban található eset (alatt, felette azonos a várakozó esetek száma) tervezett várakozási ideje (EMEDTI) | e_m ahol $m = x/2$ | nap |

13.10.2. A SORRENDISÉG BETARTÁSA

A sorrendiség betartásának értékelése esetén az vizsgálható, hogy milyen mértékben tér el a páciensek regisztrálási sorrendje az ellátás tervezett vagy tényleges sorrendjétől. Ezt az értéket kifejezhetjük átlagos ápolási napban, vagy a két sorrend szám átlagos eltéréseinek mértéke alapján, abszolút számokban mérve az eltéréseket.

9. táblázat. Sorrendiség

| Megnevezés /értelmezés | Számítás módja | Mértékegység |
|---|----------------------------|--------------|
| Átlagos abszolút értékben meghatározott eltérés az egyes ellátott esetek tényleges várakozási ideje és a vizsgálatba tartozók átlagos várakozási ideje között | $\sum D_{ei} - ETI / x$ | nap |
| Átlagos abszolút értékben meghatározott eltérés az egyes ellátott esetek felvételi rangsorszáma és az ellátási rangsorszáma között | $\sum D_{eei} - eei / x$ | rangsorszám |
| A különböző várakozási időkategóriákba tartozó esetek aránya az összes ellátással végződő eseten belül | $x_k * 100 / x$ | % |

Jelölések

$r_i =$ az i -edik ellátott eset rangsorszáma a vizsgált periódusban a felvétel időpontja szerint (legkorábban felvett = 1)

$e_i =$ az i -edik ellátott eset rangsorszáma a vizsgált periódusban az ellátás időpontja szerint (legkorábban felvett = 1)

$x_k =$ a k várakozási idő kategóriába tartozó esetek száma a vizsgált periódusban (pl. 60–90 nap közötti időtartam várakozási idővel ellátott esetek száma)

Célszerű a számítást úgy elvégezni, hogy az azonos napon felvett, valamint az azonos napon ellátott betegek azonos rangsorszámot kapjanak.

13.10.3. AZ ELLÁTÁS ÜTEMEZETTSÉGE

Az ellátás ütemezettségének vizsgálatában azt elemezhetjük, hogy egy megadott vizsgálati periódusban a várakozók regisztrálásával átlagosan milyen arányban kötötték le az egyes ellátási napokra tervezhető esetszámokat. A vizsgálatot egy adott vizsgálati perióduson belül több ellátási periódusra elkülönítve is célszerű elvégezni.

10. táblázat. Az ellátás ütemezettsége

| Megnevezés/értelmezés | Számítás módja | Mértékegység |
|---|----------------------|--------------|
| Egy ellátási napra jutó tervezett ellátások száma (TN) | $n/\max(\text{vei})$ | eset/nap |
| Kapacitás lekötési arány: egy ellátási napra jutó tervezett ellátások száma/egy ellátási napra tervezhető ellátási esetszám a bázis időszak szerint | $TN/(X_b/e)$ | % |
| Ellátási nap/igény a várakozókra | $n/(X_b/e)$ | nap |

Jelölések

$\max(\text{vei}) =$ a vizsgált periódusban a legtovábbi időpontra kiadott tervezett várakozási időponthoz tartozó várakozási idő alatt megvalósítható ellátási (nem naptári) napok száma

$e =$ ellátási napok száma egy az összehasonlítás alapjának választott (bázis) megfigyelési időszakban

$X_b =$ a bázis időszakban teljesített esetszám

13.11. Várólista – management

A várólista nyilvántartás túlmutat az egyszerű nyilvántartási rendszer funkcióin, mivel az ellátás-szervezés, a szakmai ellenőrzés részére képes gyors, naprakész információt biztosítani, a segítségével részletes elemzések végezhetők.

A várólista – management feladatok közé tartoznak mindazok a tevékenységek, amelyek célja a várólista nyilvántartás pontosságának, hitelességének elérése, a sorrendiség betartatása, az ellátás ütemezettségének biztosítása, a kapacitások és ellátási igények összerendelése, a várakozási idők csökkentése.

13.11.1. FELADATOK A SZOLGÁLTATÓKNÁL

A szolgáltatói feladatok fókuszában elsősorban a nyilvántartás pontos vezetése, a várólistára vétel – levétel rendszerének működtetése, a sorrendiség elérése, a beteg tájékoztatása, az ellátás intézetben belüli megfelelő ütemezése áll.

Intézeti informatikai rendszerek és a várólistához kapcsolódó egyéb szervezeti feltételek biztosítása

A várólista nyilvántartási rendszer pontossága és teljessége, valamint a duplikált adatbevitel elkerülése a szolgáltatói oldalon elsőként a betegfelvételi/klinikai rendszerek és a várólista rendszer integrációját igényli.

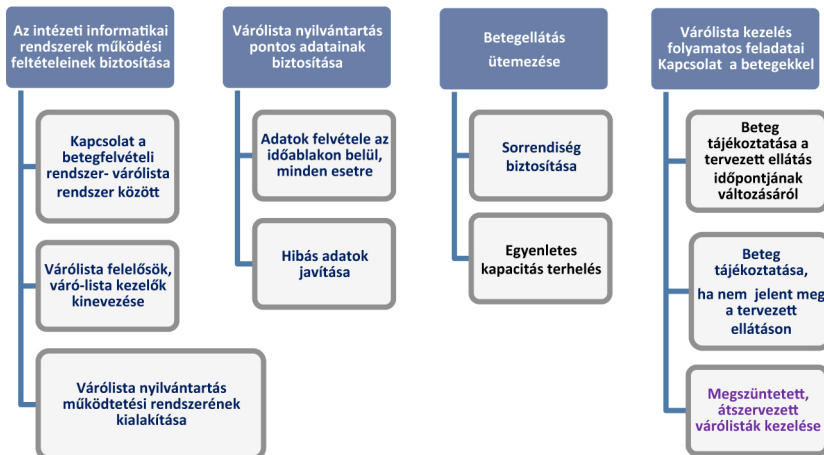
A feladatok ellátását a várólista felelősök és a várólista kezelők biztosítják. Az adatbevitelről a kezelők gondoskodnak, a teljes rendszer működésének felügyeletét szolgáltatói oldalon a várólista felelősök látják el.

A szolgáltatóknak a megfelelő működtetést a belső szabályozás eszközével célszerű elérni.

A pontos nyilvántartás-vezetés elérése szolgáltatói feladat

Pontos adatszolgáltatás, az adatminőség biztosításának három kritikus eleme van:

- az azonnali és a napi hibaüzenetek alapján gondoskodni kell a rövid időn belüli javításokról;
- a teljesítmény jelentések adatával a regiszter adatoknak egyezni kell, a hibaüzenet alapján havonta kell ezeket a hibákat javítani;
- a rendszer a valós idejű működésből eredően igényli, hogy a változások és az események azonnal átvezetésre kerüljenek, a sürgős eseteknél rövid – pl. három napos – időablak áll rendelkezésre a felvételi és ellátási regisztrációra.



5. ábra. A szolgáltatók feladatai

Szolgáltatói oldalon a kihívás a megfelelő ellátás – ütemezési rendszer létrehozása

Az ütemező rendszer kialakításának fő elemei:

- ellátási tervben a következő ellátási időszakra, meghatározott periódusokra (hét, nap) meg kell tervezni az ellátható esetszámot, figyelembe véve a sürgős esetek várható arányát;
- a regisztrált páciensek számára ezen ütemezés szerint, sorrendben kell meghatározni a tervezett ellátás időpontját;
- a sorrendiségtől kizárólag szakmai ok miatt lehet eltérni, valamint a beteg kérése szerint, távolabbi időpont megjelölése esetén, ami előjegyzésnek minősül;
- a tervezhető időponthoz képest megadott időhatáron belül elfogadható az is, hogy nem előjegyzési státusz mellett a beteg fix időpontra kérje az ellátást.

13.11.2. FELADATOK AZ OEP RÉSZÉRE

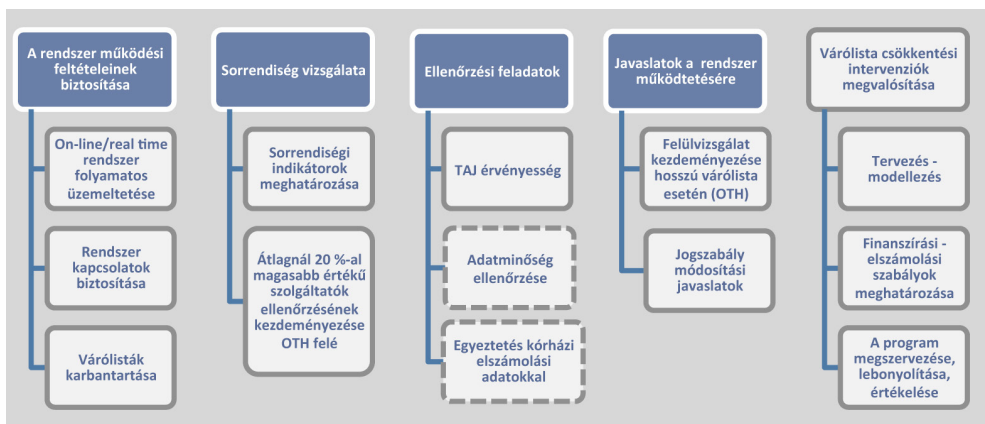
Az OEP folyamatosan felügyeli – a már ismertetett eszközökkel – a rendszer működését. A felügyelet kiterjed a rendszer fizikai és tartalmi funkcióira.

Az OEP elvégzi az egységes országos rendszerhez szükséges várólista kódrendszer folyamatos karbantartását. A tapasztalatok birtokában rendszeresen megfogalmazza a továbbfejlesztésre vonatkozó javaslatokat.

A bemutatott indikátorok segítségével megtörténik a sorrendiség elvére vonatkozó ellenőrzési számítás, valamint a várólista helyzet folyamatos követése.

A hiteles, pontos nyilvántartás biztosítása érdekében az azonnali és a napi hibaüzenetek mellett a következő szabályozási elemek segíthetik a cél elérését:

- egyeztetés a teljesítmény elszámolási adatokkal az elszámolási időbeni ütemezésének megfelelően, hibaüzenetek a szolgáltatók részére



6. ábra. Az OEP feladatai

- szankció a hosszantartóan (pl. tíz hibaüzenetet meghaladó) hibás adat publikálásra, a késői vagy hiányzó regisztrációra
- az ellátás finanszírozási díjának visszatartása mindaddig, amíg a javítás végrehajtásra nem kerül

A magyar rendszer 2013 végétől kezdődően alkalmazza ezeket a rendszerelemeket. A tapasztalatok alapján a hiba nagysága jelentősen csökkent, a regisztrációs hiány gyakorlatilag megszűnt.

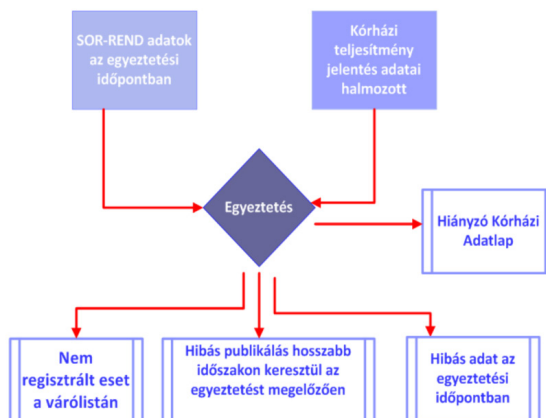
A transzparencia és a sorrendiség elve szempontjából súlyosabb hibának minősül a regisztrációs hiány. Az egyébként hiánytalanul beküldött fekvőbeteg elszámolási tétel sem fizethető ki mindaddig, amíg a regisztrálás hiányzik vagy a várólista nyilvántartás hibás. A regisztrációs hiány – a sürgősséggel ellátott esetektől eltekintve – jelezheti azt is, hogy a sorrendiség elve sérült.

Szakmapolitikai beavatkozások előkészítése – kivitelezése

Az OEP – a hiteles nyilvántartás adataira alapozva – javaslatot készíthet a várólisták csökkentésére, a struktúra módosítására, a többletforrások lehetséges, legtöbb eredményt biztosító allokációjára.

Ebben a funkcióban a modellezési számítások jelentik azt az alapot, amelynek során meg lehet határozni, hogy meghatározott célok teljesítéséhez milyen várólista típusokra, mennyi többletforrást kell biztosítani egy adott időszakban, a szolgáltatók között a forrás milyen arányban legyen szétosztva.

A beavatkozások kivitelezése a kapcsolódó szervezési, finanszírozási intézkedések megvalósítását jelenti, valamint ideérthetők azok a feladatok is, amely a betegek átirányítását segítik a rövidebb várakozási idővel rendelkező szolgáltatók irányában, vagy a szerződött kapacitások módosítását célozzák.



7. ábra. Egyeztetés a várólista nyilvántartás és a fekvőbeteg elszámolási jelentés között

13.12. Egészségpolitikai beavatkozások a várakozási idő csökkentése érdekében

A várólista nyilvántartási rendszert nem csak azért szükséges létrehozni, hogy ismereteket szerezzenek az aktuális várakozók számáról, a várakozási időkről, hanem abból a célból is, hogy az átmeneti vagy tartós ellátási hiányok megoldásához, a szükséges intézkedések kidolgozásához támpontot biztosítson. A várakozási helyzet ismerete egyfajta ellátási igényértékelésnek tekinthető.

A várólista helyzet javítása érdekében többféle szabályozási és finanszírozási eszköz alkalmazható. A nemzetközi és a hazai gyakorlatban a lehetőségek közül számos megvalósításra került, melyeket az alábbiakban mutatunk be vázlatosan.

Szabályozás és finanszírozás által támogatható szempontok:

- a. Sorrendiségi és ellátás prioritási szabályok meghatározása;
- b. A maximális, a szakmailag még megengedhető várakozási idők meghatározása és az ezen belüli ellátás garantálása törvényi szinten, vagy az ellátás egyéb jogi szabályozási szintjén;
- c. A várólista regisztrálási protokollok kiadása;
- d. Egységes regisztrálási és kezelési szabályok kiadása a várólista nyilvántartási rendszerekre;
- e. A publikálás szabályozása, a transzparencia biztosítása;
- f. A hibás, hiányos, hiányzó regisztrációra vonatkozó ellenőrzési és szankcionálási szabályok meghatározása;
- g. Finanszírozási ösztönzők a várakozási idők csökkentésére többletforrások biztosításával;
- h. Finanszírozási ösztönzők a más szolgáltató várakozási listáján lévő betegek átvételére a várakozási idő csökkentése érdekében.

Jellemzően minden ország fokozott figyelmet fordít a várólistákra. Számos európai országban előírás a várakozási idők megfigyelése, jelentése és publikálása, mint pl. Angliában, Norvégiában. Megfigyelhető azonban, hogy a legtöbb országban a nyilvántartásokat havi, negyedévi szinten frissítik, nincs sok megoldás a valós idejű, integrált, az elszámolási adatokkal rendszeresen egyeztetett és kontrollált várólista nyilvántartási rendszerre.

Az európai kitekintés alapján az OECD 2013. évi tanulmánya összegezte a várólistákkal kapcsolatos stratégiákat és intézkedéseket:

- a. A legtöbb ország törvényi szinten fogalmazta meg a maximális megengedhető várakozási időkre vonatkozó előírásokat, azonban jelentős gyakorlati eredményeket azok tudtak felmutatni, akik további intézkedéseket, esetleg szankciókat alkalmaztak a törvényes határoknál hosszabb várakozások miatt.
- b. Eredményesek voltak azok a stratégiák is, amelyek során a beteg hosszú várakozás esetén szabadon választhatott új szolgáltatót és az új szolgáltató finanszírozási támogatást kaphatott a régi szolgáltató terhére.
- c. Kiemelendő, hogy több országban nem csak a tervezhető, jellemzően nem akut igények vezetésére szól a regisztrációs kötelezettség. A kötelezettség kiterjed olyan ellátásokra is, amely esetében kritikus ellátás-szervezési feladat a rövid időn belüli ellátáshoz való hozzáférés – mint

pl. az onkológiai ellátások során ez az igény erős prioritással megjelenik – és a regisztrálás elrendelésével a szakmai feltétel teljesítésének ellenőrzését biztosítják.

- d. Számos országban többletforrások biztosításával célprogramokat is végrehajtottak a cél elérése érdekében.

A várólistahelyzet követésének egy új nézőpontot adott az Európai Parlament és a Tanács 2011/24/EU irányelve (2011. március 9.) a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről, megerősítve és kiszélesítve az európai polgárok számára a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról és annak végrehajtásáról szóló uniós rendeletek által biztosított jogot. Eszerint a szakmailag indokolatlan hosszú várakozási idő esetén a pácienseknek joguk van megadott szabályok betartása, meghatározott esetekben engedélyezési eljárás mellett más EU-s országban igénybe venni az ellátást.

Ez a szabályozás megerősítette az igényt a pontos, hiteles nyilvántartási rendszer iránt.

Várakozási határnap

Magyarországon még nincs törvényben kimondott, szakmailag megengedhető várakozási határnap definiálva várólista típusonként.

A nyilvántartási kötelezettség még csak arról az oldalról szabályozott, hogy 60 nap után életbe lép a nyilvántartási kötelezettség, és ez jelzi egyúttal azt is, hogy a várakozási idő egy általánosan megengedett türelmi várakozásnál hosszabbá vált.

Magyarországon is sor került szakmai-politikai intervencióként többletforrás becsatornázására ezen az ellátási területen:

- 2013. év végén a kasszamaradványok terhére miniszteri döntés alapján biztosított többletforrás mintegy 800 millió Ft-os keretben a legkritikusabb ellátási területen – csípő- és térdprotézis műtétek – az országos szinten legrégebben várakozók részére
- 2014. év végén további mintegy 1 Mrd Ft-ot biztosított az egészségügyi kormányzat a 2013 előtt várólistára került betegek részére
- 2015-ben már évkezdéstől 5 Mrd Ft forrás áll rendelkezésre a fekvőbeteg szakellátás várólistáinak csökkentésére, melynek fedezetét a Magyarország 2015. évi központi költségvetéséről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1400100.TV - lbj1param szóló 2014. évi C. törvény 1. sz. mellékletében LXXII. Egészségbiztosítási Alap 18. Összevont szakellátás jogcímszámon belül elkülönített, az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 5. sz. mellékletében „várólista csökkentés és egyéb szakmapolitikai célok fedezete” soron szereplő előirányzatot biztosítja.

Kétféle támogatási típust alkalmaztak a többlet finanszírozás allokációjában:

- a. Előre finanszírozás – az országos sorrend szerint – a legrégebben várakozó betegekre:
 - a listát az OEP állította össze az országos nyilvántartás szerint;
 - a szolgáltatók részére ez alapján keretösszeggel előfinanszírozás történt;
 - a szolgáltatók egyedileg minden beteg állapotát felülvizsgálták és az eredmények alapján bevonták a betegeket az ellátási programba; az ellátási igénnyel szakmai okból kifolyólag már nem rendelkező, vagy az ellátást nem igénylő betegeket törölték a regisztrációból;

- ez a program az ellátási cél teljesítése mellett jelentős mértékben hozzájárult a nyilvántartás szakmai felülvizsgálatához, tisztításához.
- b. Utófinanszírozással megvalósított várólista csökkentési program annak érdekében, hogy az egyes szolgáltatóknál a várakozási idő egy célértékre csökkenjen:
- modellezéssel határozta meg az OEP az ellátási igény nagyságát, a várakozók esetszáma által igényelt ellátási napok alapján, szolgáltatóként, várólista típusonként;
 - a szolgáltatók megtervezték a személyi és tárgyi feltételek alapján a többlet ellátás lehetséges mértékét;
 - egyes szolgáltatók magas várakozási ideje és a várakozók magas száma miatt nem vállalták fel a teljes igénynek megfelelő esetszámot, ezért itt megnyílt a lehetőség a többi, ellátási kapacitással rendelkező szolgáltató számára arra, hogy a beteg döntésének függvényében részt vegyenek a várakozási sorok megszüntetésében; ennek megvalósítása speciális ellátás-szervezési intézkedéseket igényel az átadó és az átvevő szolgáltató szoros koordinációja mellett;
 - az eredményes program érdekében magasabb finanszírozás biztosítható a programba vont ellátásokra;
 - továbbra is szempont a sorrendiség betartása, valamint a várakozási listák szakmai ellenőrzésén alapuló tisztítása.

13.13. A várólisták aktuális helyzete Magyarországon – nemzetközi összehasonlítás

Az elért eredmények

A rendszer indítása óta jelentősen változott a listán tartózkodók száma. A várólistán tartózkodók esetszáma a 70.000 főt meghaladó számról 59.260 főre csökkent, elsősorban az adattisztítás eredményeként. Megkülönböztetjük a listán tartózkodókat aszerint is, hogy „várakozó” vagy „előjegyzett” minősítéssel szerepelnek. Jelenleg – 2015. május – az összes esetből 49.790 eset a várakozó, a többi (9.470) előjegyzett eset.

A nyilvántartás állapota – pontosság, megbízhatóság, teljesség

Az eddigi működtetési tapasztalatok alapján a következő legfontosabb megállapítások eredmények emelhetők ki:

- a. **Megvalósult az országosan egységes** várólista vezetési gyakorlat.
- b. Naprakész, **duplikációmentes** nyilvántartás jött létre. Egy beteg egy időben nem szerepel több intézmény várólistáján.
- c. **Publikus és transzparens**, minden beteg és érdeklődő számára azonnali információkat biztosít kórházként, régióként vagy országosan a várakozási sorok hosszáról, a várható várakozási időről. A betegek előzetesen is tájékozódhatnak a várakozási helyzetről, az információ alapján módosíthatják a tervezett ellátás szolgáltatóját az érintett intézménnyel történő egyeztetés figyelembevételével.
- d. **Folyamatos** a rendelkezésre állás a szolgáltatók, a páciensek, az érdeklődők számára.

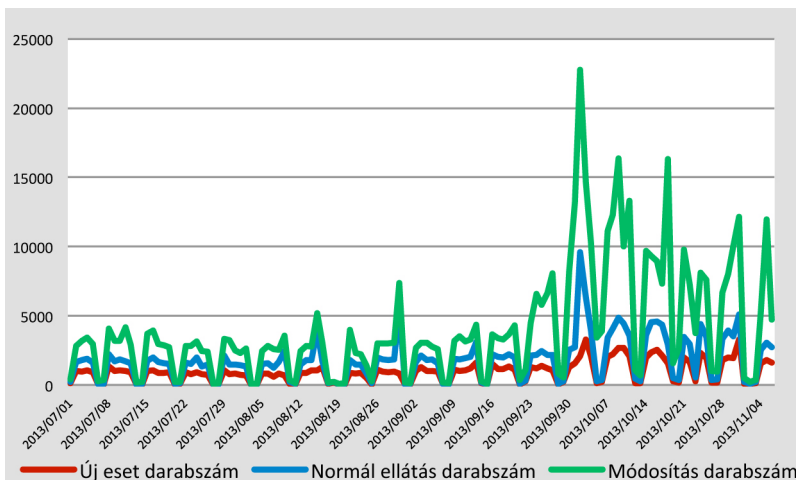
- e. Az anonimitás védelme mellett **tájékoztatja betegeket** a várólistán elfoglalt aktuális helyzetükről.
- f. A szakmai döntéshozatal támogatása érdekében naprakész **háttér-információt** biztosít az ellátási igénytérképről.
- g. A rendszer az indítást követően problémákkal küzdött – a nyilvántartási feladat megfelelő ellátásához potenciálisan biztosított előnyök ellenére – az adathiányok és adathibák miatt. Ez a helyzet gyökeresen megváltozott a teljesítmény-elszámolási adatokkal – jogszabályban előírtak – szerint végzett egyeztetés, valamint az elsőként a 2013. novemberi hónapra alkalmazandó szankcionálási szabályok megjelenésének eredményeként. Az adathiány, adathiba jelentősen lecsökkent, a javítási aktivitás növekedett.

A szolgáltatók aktív együttműködésével a nyilvántartás megbízhatósága jelenleg már elérte a megfelelő szintet.

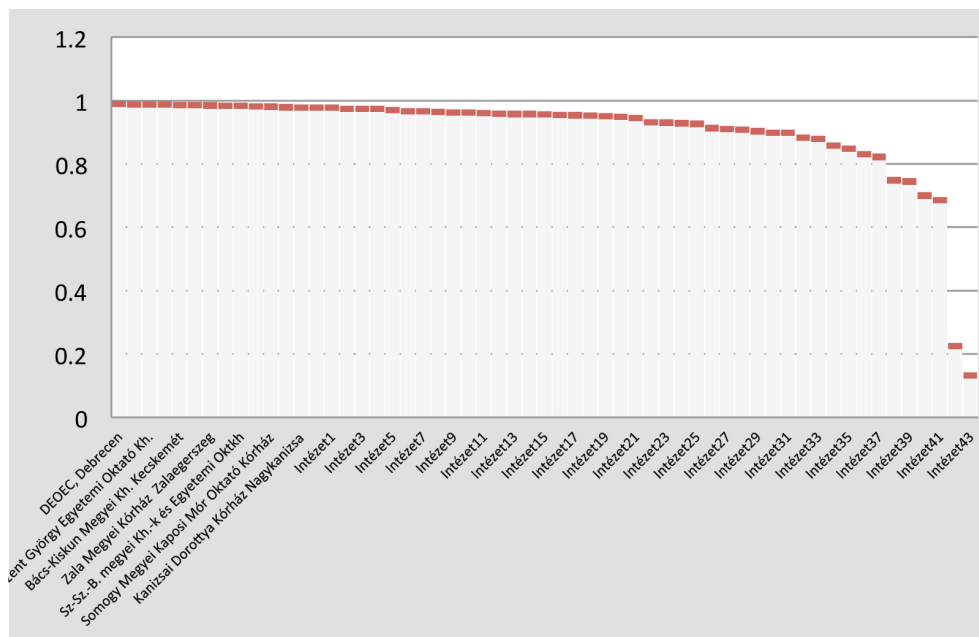
A rendszer működése folyamatos

A diagram a rendszer működési statisztikát mutatja, amelyben kiemelkedő értékkel jelentek meg a jogszabályi módosítást követő adatszítási tranzakciók a rendszerben. Megjegyzendő, hogy az ábrázolt periódusban még nem lépett életbe a szankcionálás. A diagram azonban jól szemlélteti a rendszer gyors reagálását a szabályozási intézkedésekre.

A 8. ábra a rendszer napi működésének fő adatait mutatja. Kiegyensúlyozott működés esetén a normál ellátás és az új eset felvétele közel azonos lenne. A diagram azt az időszakot szemlélteti, amikor bevezetésre került a várólista adatok egyeztetése a teljesítmény-jelentés adataival, jelentősen megnövekedett az adatmódosítás, a regisztrációból történő kivezetés esetszáma adatszítási céllal.



8. ábra. Rendszer-használati diagram 2013 (minta)



9. ábra. Regisztrációs arány a 2013. szeptember havi várólista vezetésre kötelezett beavatkozásokra – az utólagos regisztrációkkal együtt

A rendszer alkalmazásának kezdeti időszakában egyes intézeteknél még gond volt a 100%-os regisztrációs arány elérése. A későbbiekben ez a probléma megoldódott az egyeztetés és a szankció eredményeként.

Hogyan értelmezzük a várólista nyilvántartás adatait? Mit mutatnak az adatok?

A várólista helyzet értékelése során minden esetben a legkritikusabb indikátorok a várólistán tartózkodók száma, a tervezett várakozási idő hossza és az ezek változását kifejező mutatók.

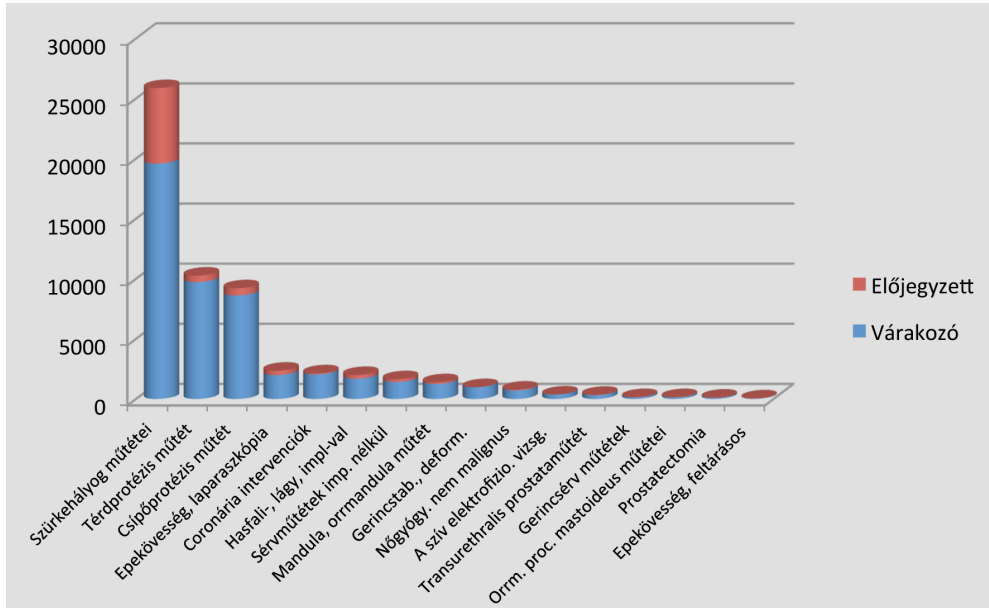
Az előjegyzési arány kiemelkedően magas a szürkehályog műtétek esetén. A várakozók vizsgálata általában kiterjed arra is, hogy milyen várakozási státuszban vannak a listán regisztráltak. A normál várakozók mellett egyes listákon jelentős arányban szerepelnek a szakmai ok miatt, vagy a beteg kérése alapján az eredeti tervezett időponthoz képest halasztott státuszban lévő betegek.

Jellemző a várakozási sorok koncentráltasága az érintett ellátási feladatoknak megfelelően. A várakozók listáján belül viszonylag magas arányú a halasztás miatt (HKH = halasztás kórházi kapacitás hiány miatt, valamint HBK = halasztás a beteg kérésére) még várakozó esetek száma.

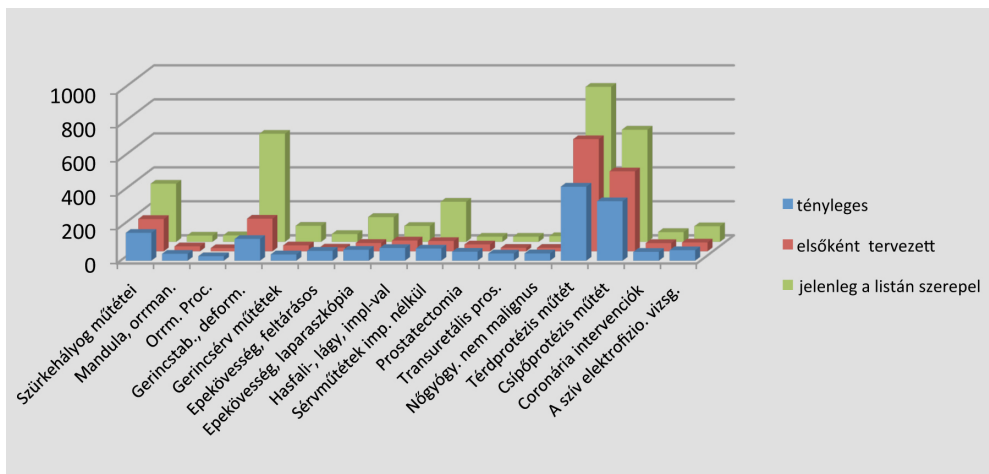
A tervezett várakozási idő egyes várólisták esetén még jelenleg is igen magas értékű. Részletesebb elemzéssel azonban ennél megnyugtatóbb helyzet rajzolódik ki:

- A várólistán tartózkodók száma éves tényleges teljesítményben kifejezve, azzal összehasonlítva, már nem utal több éves várakozási igényre.

- b. Az eddig már a rendszerben lezárt várakozási esetek alapján az is megállapítható, hogy a tényleges várakozási idő lényegesen alacsonyabb a tervezett átlagos időhöz képest.



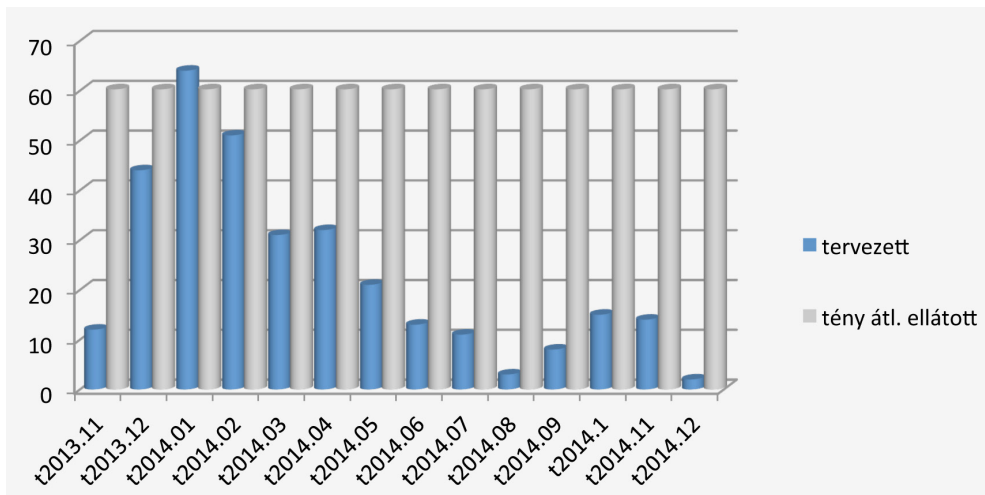
10. ábra. Az előjegyzett és a várakozó betegek aránya a egyes várólista típusoknál, 2014



11. ábra. A lezárt esetek várakozási idejének összehasonlítása várólistánként minta, 2014, lezárt esetek tényleges várakozási ideje – lezárt esetek elsőként tervezett ellátási ideje – várakozók várakozási ideje

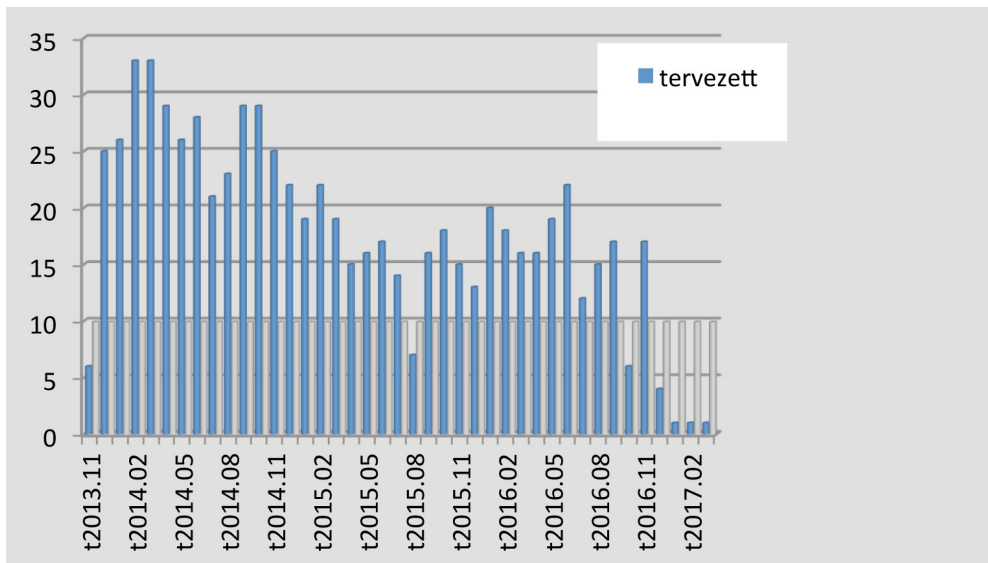
Az ellátás ütemezettsége

A nyilvántartó rendszer támogatja az ellátás ütemezésének, tervezésének értékelését. Így érdekes kép rajzolódik ki akkor, ha a tervezett ellátások ütemezését, számát a tényleges ellátás havi átlagos értékével hasonlítjuk össze. Az tapasztalható, hogy a tervezés során a szolgáltatók sokszor a rendelkezésre álló várakozási helyeket nem egymást követően, hanem, ha nem is minden intézet, várólista esetén, de sokszor a későbbi időszakokra is ütemeznek – nem előjegyzéses betegeket is. Ez a várólista-managementnek egy olyan területe, amely további értékelést, elemzést, minden bizonnyal szabályozást és fejlesztést igényel. A következő diagramon jól látszik az ismertetett probléma.



12. ábra. A tervezett ellátások megoszlása havi bontásban – tényleges átlagos havi esetszám I., mintaként a 2013. évben egy kórház egy várólistáján várakozók adata szerint. Forrás: OEP SOR-REND rendszer

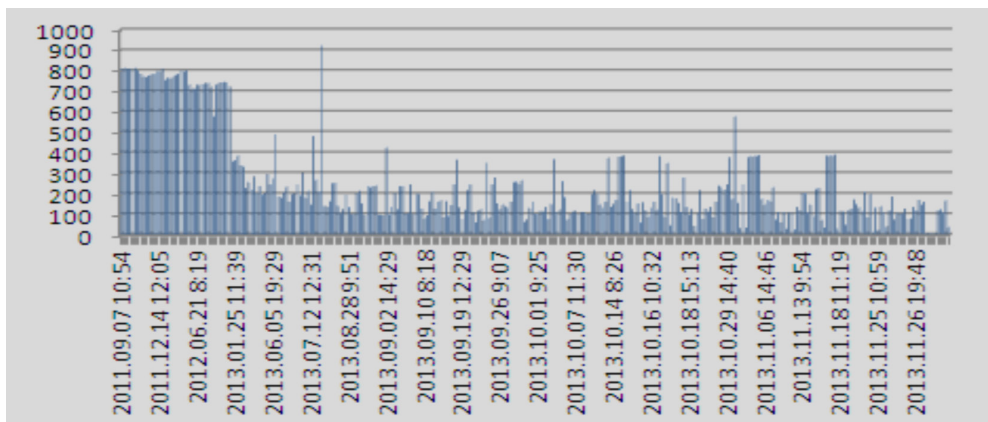
Ettől eltérő probléma is tapasztalható. A következő diagram egy olyan kórház példáját mutatja, amelyben a listán tartózkodók száma az elkövetkező három évben szinte minden hónapban meghaladja a jellemző havi tényleges ellátási átlagot.



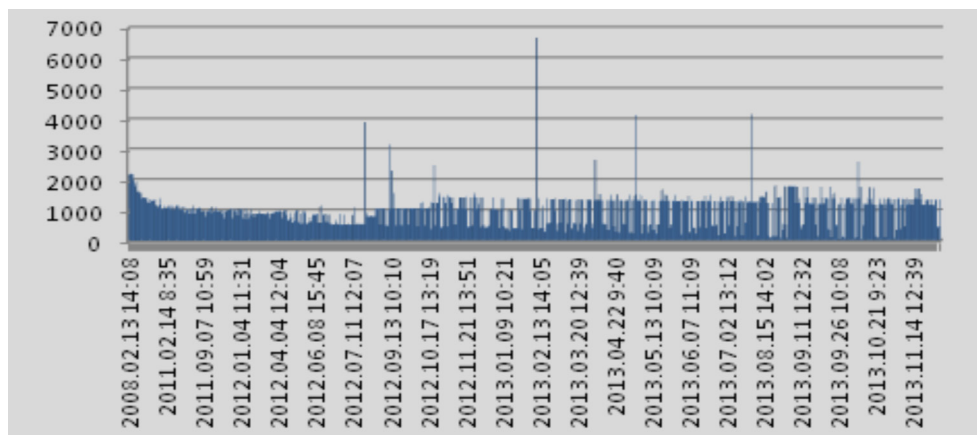
13. ábra. A tervezett ellátások megoszlása havi bontásban – tényleges átlagos havi esetszám II., mintaként a 2013. évben egy kórház egy várólistáján várakozók adata szerint. Forrás: OEP SOR-REND rendszer

Sorrendiség

A nyilvántartás biztosítja a sorrendiség vizsgálatát is. A felvételnél kiadott publikus azonosítók sorrendjében azt várnánk, hogy a tervezett várakozási idő – néhány sürgősségi eset kivételével – közel azonos, vagy legalábbis egyfajta tendenciát mutat a növekedésre vagy csökkenésre. Ez az elvárás sok



14. ábra. Kórház1 által kiadott tervezett várakozási idők csipőprotézisre a felvétel sorrendjében, az egyedi regisztrált esetekre. Forrás: OEP SOR-REND rendszer



15. ábra. Kórház2 által kiadott tervezett várakozási idők csípő protézisre a felvétel sorrendjében, az egyedi regisztrált esetekre. Forrás: OEP SOR-REND rendszer

várólista esetében teljesül is, vannak azonban olyanok is, amelyeknél jól követhetően ez a szabályszerűség.

A 14. és 15. ábra a csípő protézis tervezett várakozási idők nagyságát mutatja (naptári napban) a felvétel sorrendjében az egyes regisztrált esetekre két kórházra mintá jelleggel.

A Kórház1 esetén – az első szakaszt követően – nem fedezhető fel szabályosság a kiadott tervezett várakozási időkből, az esetek tervezett várakozási ideje egymást követően rendkívül változó hosszúságú. A Kórház2 esetén a várakozók döntő többsége két időszámban helyezkedik el, szabályosabb képet mutat.

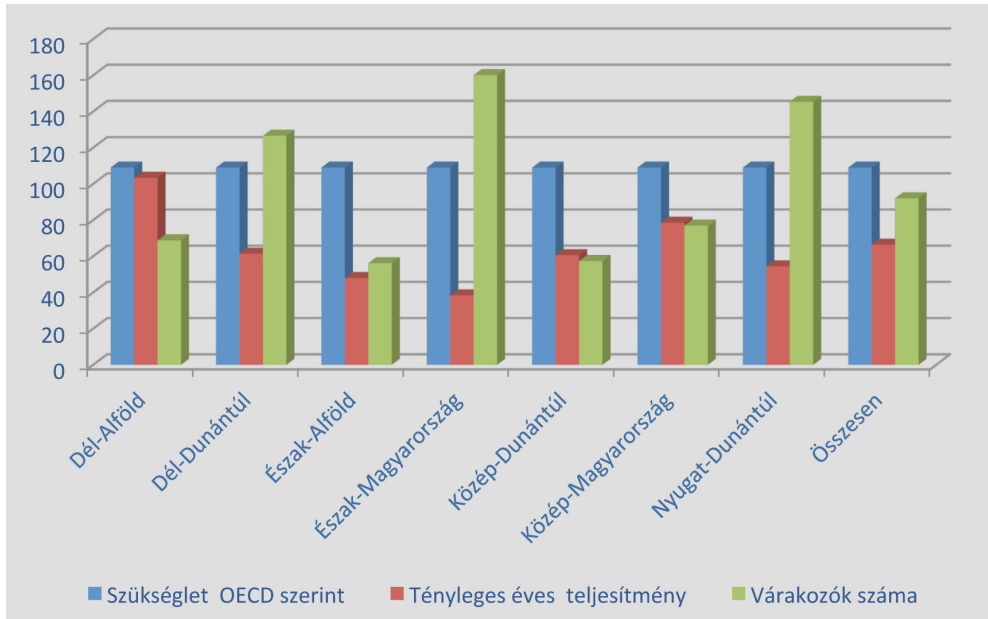
Hozzáférhetőség

További elemzéssel az is vizsgálható, hogy a hosszú várakozási sorral rendelkező szolgáltatók területén megadott lakosságra, pl. a 10.000 lakosra jutó fajlagos tényleges igénybevétel alacsony vagy magas, azaz a várakozási sor egy valós, átlaghoz viszonyítottan alacsony ellátási szint mellett, vagy a jelenleg is magas ellátási területeken jelentkezik.

Ennek illusztrálását mutatja a térdprotézis ellátásának értékelése, összehasonlítva az OECD átlag szerinti szükségletet, a tényleges ellátási mutatókat és a várakozási sorok hosszát.

Térdprotézis beültetés

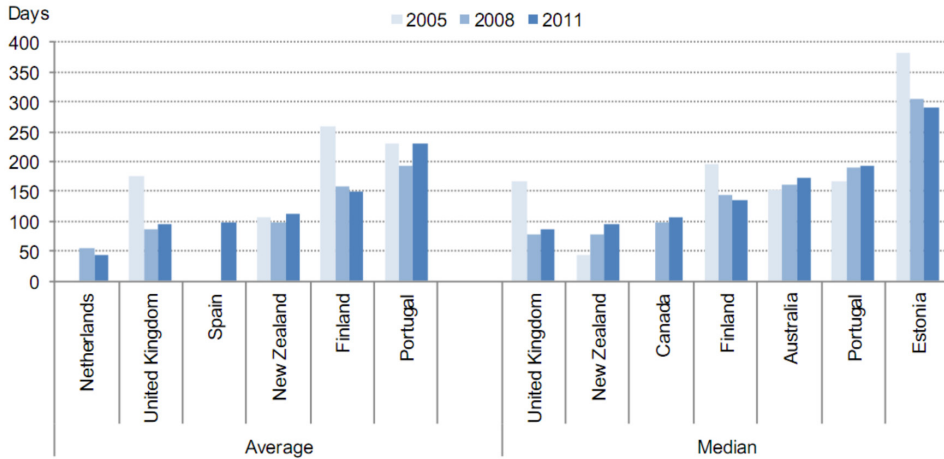
Az összehasonlításból például az látható, hogy más térségekhez képest Észak-Magyarország helyzete kirívóan hátrányos.



16. ábra. Térdprotézis ellátási helyzet 2014-ben térségenként Forrás: OEP SOR-REND rendszer

Nemzetközi összehasonlítás

A 2011-ig rendelkezésünkre álló nemzetközi adatok alapján, értékelve a magyar helyzetet, megállapítható, hogy a vizsgált OECD országokhoz képest a hazai várakozási idők magasabb értéket mutatnak, itt is kiemelten a térdprotézisek esetén.



17. ábra. A térdprotézis műtetre várakozók átlagos és medián várakozási értéke 2005 és 2011 között az OECD országokban. Forrás: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-dat-en>

13.14. Összegzés

Összefoglalásként kijelenthető, hogy a várólista egy problématérképet jelenít meg, amely elősegíti a helyes szakmapolitikai döntések meghozatalát. Ez azonban csak akkor lehetséges, ha országosan egy-egyest kezel, ellenőrzött adatokra építhetünk.

A magyar rendszer fejlesztése során az első szakasz célja annak elérése volt, hogy a kórházak egy egységes, homogén elvek szerint működő **rendszert használjanak.** Ez sikeresen megtörtént, hiszen minden intézmény folyamatosan használja az országos rendszert. Minden kórház várólista felelőst nevezett ki. A rendszer a betegek számára is elérhető volt az első pillanattól, és az ő érdeklődésük, visszajelzéseik, állandó kontrolljuk sokat segített a rendszer fejlesztésében.

A második szakaszban a regisztrált adatok folyamatos **elemzése, kontrollja és napi hibajelzések** küldése alapján nagyon nagymértékben javult az adatok validitása, naprakészsége a kezdeti állapothoz képest. Annak is nagy a jelentősége, hogy az orvosok is kénytelenek lassan **elfogadni** ennek a központi várólistának a létezését. Az intézményi vezetőktől sokszor kaptunk olyan jelzést, hogy ez a munkájukat is nagymértékben megsegíti, mert muníciót kapnak ahhoz, hogy a várólista vezetési és a műtét elosztási gyakorlatot könnyebben koordinálhassák a kórházukon belül.

A harmadik lépés már szintén megvalósult, ez a várólista adatokat nem önmagában kezeli, hanem újabb lépésként **a kórházi teljesítmény-jelentésekkel hasonlítja** össze a nyilvántartás adatait, és a hibák kijavítása érdekében pénzügyi szankciót is lehetővé tesz.

Ennek a szakasznak a végén már olyan várólista adatok állnak rendelkezésre, amelyre lehet szakmapolitikai döntéseket alapozni. Ennek szigorú bevezetésére a 2011/24/EU irányelv hazai átültetése kapcsán az október 25-én hatályba lépő új szabályok miatt is szükség volt.

A hosszú távú cél egy olyan rendszer bevezetése, amely használja a várólista szakmai protokollokat, meghatározza azokat a feltételeket, amelyek esetében egy beteget várólistára lehet (vagy éppen kell) venni, definiálja az akut minősítést, vagy a maximális megengedett várakozás szakmai feltételeit. A rendszer fejleszthető egy olyan funkcionálitással is, amely szolgáltatói szinten az ellátás ütemezését támogatja.

Kiemelt feladat a várólistákhoz kapcsolódó költségelemzés elvégzése is, amely a várakozás költségét, a várakozás miatti életminőség veszteséget vizsgálja.

Elkészült egy olyan döntést előkészítő modul első verziója is, amely segít annak vizsgálatában, hogy különböző megengedhető várakozási idő célparaméterek mellett milyen intervenciók szükségesek a megvalósításhoz.

IRODALOM

Ajánlott irodalom, szabályozás

1. https://varolista.oep.hu/varolista_pub/
2. http://www.oep.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/varolista/orszagos_varolista_nyilvantartas_sor_rend
3. http://www.oep.hu/felso_menu/lakossagnak/varolista
4. A várólisták csökkentésére vonatkozó stratégiák nemzetközi áttekintése (GYEMSZI – Informatikai és Rendszer-elemzési Főigazgatóság Rendszerelemzési Főosztály) Budapest, 2013. április
5. <http://www.eski.hu/new3/varolista/varolista.php>
6. 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól
7. 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet a várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól
8. 45/2006. (XII. 27.) EüM rendelet a várólista-sorrend kialakításának és az eltéréis lehetőségének egészségügyi szakmai feltételeiről
9. 46/2006. (XII. 27.) EüM rendelet a várólista adatainak honlapon történő közzétételére vonatkozó szabályairól
10. Az Európai Parlament és a Tanács 2011/24/EU irányelve (2011. március 9.) a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:HU:PDF>
11. National Waiting List Management Protocol A standardised approach to managing scheduled care treatment for in-patient, day case and planned procedures January 2014 Ireland <http://www.ntpf.ie/home/pdf/National%20Waiting%20List%20Management%20Protocol.pdf>
12. DELSA/HEA/WD/HWP(2013)8 Organisation de Coopération et de Développement Économiques Organisation for Economic Co-operation and Development 18-Nov-2013
13. Health Working Papers OECD Health Working paper No. 67
14. MEASURING AND COMPARING HEALTH CARE WAITING TIMES IN OECD COUNTRIES
15. Luigi Siciliani, Valerie Moran and Michael Borowitz
16. <http://www.oecd.org/mwg-internal/de5fs23hu73ds/progress?id=f8IAnowB0IrdKhpPpsgliCh2Jqb3V4ASHFV-Xe3zWbFQ,&dl>
17. Waiting Time and Elective Surgery Policy Document Number PD2012_011
18. Publication date 01-Feb-2012
19. Ministry of Health, NSW
20. <http://www.health.nsw.gov.au/policies/>

14. AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ELLÁTÁSOK ETIKAI KÉRDÉSEI

(BARCSI TAMÁS)

14.1. Az igazságosság és a szolidaritás különböző értelmezéseinek egészségbiztosítási vonatkozásai

A jó egészséget életszükségletnek, alapszükségletnek tekinthetjük. Az egészség azonban számos tényezőtől függ, a genetikai adottságok mellett a természeti és a társadalmi környezettől, illetve az egyén egészség-magatartásától is.¹ Ezek egy részét az állam nem képes befolyásolni, más részére nagyon is hatással lehet. A genetikai adottságok megváltoztatása (csírasejtvonal-terápia) napjainkban még nem elterjedt, bár a génebészet a jövő nagy lehetősége: ezt az államnak mindenképpen szabályoznia, korlátoznia kell (elhatárolnia a végezhető és a nem végezhető, pl. a terápiás és a tökéletesítő célú beavatkozásokat), illetve akár lehet amellett érvelni az esélyegyenlőség elvére hivatkozva, hogy a legsúlyosabb öröklékeny betegségek génebészeti úton való kiküszöbölését az állam finanszírozza. Az államnak az egészség megőrzését szolgáló környezet biztosításában is van szerepe: egyfelől a szociális ellátás során, pl. az emberhez méltó lakhatási körülmények megteremtésében, másfelől fontos előmozdítania a természeti környezet védelmét, az egészségkárosító technológiák kiküszöbölését. Az államnak továbbá az egészségmagatartás fejlesztésében is van feladata, de a legfontosabb **állami kötelezettség** témánk vonatkozásában a **megfelelő egészségügyi ellátáshoz való jog biztosítása**. A felsorolt állami szerepvállalások második és harmadik generációs emberi jogokon alapulnak, amely jogok mibenléte, terjedelme morális diskurzusok tárgya. Az egészségügyi ellátással kapcsolatos állami kötelezettség is nagy vitákat eredményez. A különböző kialakult rendszerek az igazságosság valamilyen értelmezésén (vagy többféle igazságossági szempont figyelembevételén) alapulnak.

Az **igazságosság** az egyik legfontosabb, illetve egyes gondolkodók szerint a legfontosabb erény. André Comte-Sponville rámutat: az igazságosság az egyetlen olyan erény, amelyről azt mondhatjuk, hogy abszolút módon jó. A többi platóni kardinális erény, tehát a bölcsesség, a mértékletesség vagy a bátorság csak a jó szolgálatában, vagy az őket felülmúló, illetve motiváló értékekhez, pl. az igazságossághoz kapcsolódva erény. A rossz vagy az igazságtalanság szolgálatába szegődve ezek már nem erények.² Az igazságosság „tökéletes erény”, mondja Arisztotelész, Kant pedig azt írja: „ha elvész az igazságosság, nincs többé értéke az ember földi életének.”³ Az igazságossággal kapcsolatban számos elmélet született, az egyik legtöbbször hivatkozott igazságossági formula Ulpianus nevéhez fűződik: e szerint az az igazságos, ha mindenki azt kapja, ami jár neki („sum unique tribuere”). Ez egy általános igazságossági paradigma, ha elfogadjuk, meg kell válaszolnunk azt a kérdést is, hogy kinek mi jár? Többen felismerték, hogy akkor jutunk el az igazságossághoz, ha az egyenlőség elvét kiegészítjük a

méltányosság elvével (már Arisztotelésznél is ezt találjuk). Manapság az igazságossággal kapcsolatos diskurzusokban gyakran használják az equality és az equity fogalmait, az előbbi egyenlőséget, az utóbbi pedig méltányosságot jelent (a méltányosság részét képezi pl. a tényleges esélyegyenlőség megvalósítására törekvés). John Rawls – e fejezetben ismertetésre kerülő – teóriájában nagy jelentősége van a méltányossági szempontoknak.

A következőkben Yvonne Denier és Tom Meulenbergs áttekintésére alapozva – ezt néhány filozófiai-etikai felfogással kiegészítve – a legfontosabb **modern igazságosság-elméletek** egészségbiztosítási vonatkozásairól lesz szó. Az igazságosság-felfogások társadalmi-közösségi megalapozottságát tételező és az **individualisztikus álláspontokat** kritizáló komunitariánus elméleteket nem részletezzük, hiszen ezek a különféle társadalmilag beágyazott rendszerek létjogosultságát hangsúlyozva nem emelnek ki egy követendő megoldást.

(1) A **libertariánus felfogás** az ún. negatív szabadság alapvető fontosságát hangsúlyozza: az egyénnek joga van a beavatkozás-mentességként értett szabadsághoz.⁴ A libertariánus elmélet egyik meghatározó képviselője Robert Nozick elveti a **társadalmi újraelosztás elvét**: szerinte ez radikális beavatkozás az egyén szabadságjogaiba, a tulajdonhoz való jogának megsértése, mivel az állam arra kényszeríti, hogy tulajdona egy részével járuljon hozzá mások jólétéhez. Itt arról van szó, hogy a magántulajdont köztulajdonként kezelik, amely megengedhetetlen.⁵ A libertariánus felfogást képviselők az igazságosságot eljárási igazságossággént értik, tehát az eljárási módok igazságosságára kell tekintettel lennünk és nem a végeredményre, illetve álláspontjuk szerint csak olyan eljárás fogadható el, amely tiszteletben tartja az egyéni szabadságot, nem sérti a tulajdonjogot. Ebből következően e szemlélet nem ismeri el az egészségügyi ellátásra vonatkozó jogokat, egy ideális társadalomban az egészségügyi szolgáltatásokat – amelyek ára a szabad piacon alakul ki – az veheti igénybe, aki ezeket képes megfizetni. Ahogy Denier és Meulenbergs rámutatnak: a libertariánus elmélet alapján csak a magán egészségbiztosítás, vagyis egy önkéntes újraelosztási rendszer lehet legitim.⁶ Mindez nem azt jelenti, hogy a libertariánusok teljesen elvetnék a rászorulóknak megsegítését: ez azonban csak önkéntes alapon történhet, hiszen arra senki nem kényszeríthető, hogy mások jólétéhez hozzájáruljon. Mivel a rászorulóknak nincsen joguk, hogy szükségleteik kielégítését követeljék, az igazságosság és az egyéni döntésen alapuló jótékonykodás között mindig különbséget kell tenni. Ebben az esetben tehát a társadalmi szolidaritás semmiféle intézményesen megszervezett, újraelosztáson alapuló módjáról nem lehet szó, amely meglehetősen bizonytalanná teszi a szegényebb rétegek egészségügyi ellátáshoz való hozzájutását.

(2) A **konzekvencialista elméletek** szerint egy cselekedet vagy egy szabály következményeit kell figyelembe vennünk erkölcsi szempontból, és azt kell választanunk, amelyiknek több jó következménye van, mint rossz.⁷ A benthami utilitarizmus szerint mindig az öröm maximalizálására és a fájdalom minimalizálására kell törekednünk a lehető legtöbb érző lényt figyelembe véve, J. S. Mill elve a lehető legtöbb ember legnagyobb boldogságának figyelembe vételét kívánja meg a cselekvőtől. Utilitarista alapon akár alátámasztható egy olyan egészségbiztosítási rendszer, amely bizonyos egészségügyi szolgáltatásokhoz mindenkinek hozzáférést biztosít, amennyiben bebizonyítható, hogy társadalmi szempontból ez a leghasznosabb. A **klasszikus utilitarizmus** ugyanakkor gyakran éri az a jogos kritika, hogy az egyén könnyen „feláldozhatóvá” válik a társadalom érdekeit figyelembe véve, ha azt tekintjük igazságosnak, ami **maximalizálja az összesített hasznosságot**. Az egészségügyi szolgáltatások és javak egyenlőtlen elosztása is elfogadható ilyen esetben, hiszen érvelni lehet amellett, hogy ne kapjanak egészségügyi ellátást olyan emberek, akiknek ugyan nagy szükségük lenne

erre, de ellátásuk társadalmi szempontból csak kis hasznosságot eredményez. Itt pl. a leginkább tehetetlen, nagy szenvedéseket átélő, végstádiumú betegeket említhetjük, vagy éppen a hajléktalanok ellátását. Igazat lehet adni Denier és Meulenbergs megállapításának, miszerint az olyan társadalom, amely hasznossági megfontolásokból nem segít a leginkább rászorulókon, nem nevezhető igazságos társadalomnak.⁸ Az egyéni jogok akceptálását is integrálhatjuk az utilitáriánus személetbe, ha az ún. szabály-utilitarizmust követjük, amely különbséget tesz **rövid és hosszú távú hasznosság** között. Ha egy szabály betartása, a jogok figyelembevétele hosszú távon maximalizálja a hasznosságot, akkor a rövid távú hasznossági döntések felülírhatók. Ebben az esetben sincsenek abszolút és sérthetetlen jogok, mivel ezek elfogadása hasznossági szempontok alapján történik. Utilitáriánus szempontok gyakran megjelennek egészségbiztosítási döntésekben, ugyanakkor az egyéni jogok figyelembevétele nélkül ez igazságtalan megoldásokhoz is vezethet. Nem az egyéni jólétek összegeként határozza meg a jólétet a Pareto-optimum. Pareto optimális egy elosztási rendszer, ha nem lehet rajta olyan módon változtatni, hogy legalább egyvalakinek a jóléte úgy növekedjen, hogy mások jóléte ezzel nem csökken. Persze, ha csak ilyen változásokat eszközölünk, akkor leszűkítjük a mozgásterünket, mert a társadalmi változások többsége esetében mindig vannak érdeksérelmek.⁹

(3) Az **egalitáriánus (egyenlőségre törekvő)** szemléletnek is több változata van, a legnépszerűbb talán a méltányos esélyegyenlőséget elváró teória. Ez a libertáriánus elmélettől abban különbözik, hogy a negatív szabadság tiszteletben tartásánál többet vár el, az utilitáriánus felfogásoktól pedig abban, hogy feltételezi az egyén sérthetetlen emberi méltóságát. Az **emberi méltóság tisztelete** elvének legtöbbet idézett megfogalmazása Immanuel Kant nevéhez fűződik. „Cselekedj úgy, hogy az emberiségre mind saját személyedben, mind bárki máséban mindenkor mint célra, sohasem mint pusztán eszközre legyen szükséged.”¹⁰ Az egyén negatív szabadsága (a beavatkozás mentesség) mellett a **pozitív szabadságra** is tekintettel kell lennünk, ez a fogalom arra utal, hogy mi az, amit az egyén az adott lehetőségeket figyelembe véve ténylegesen képes megtenni. Az elosztási rendszert arra figyelemmel kell kialakítani, hogy a pozitív szabadság legalább minimális szintje (így pl. a szélsőséges szegénység elkerülése) is szükséges az emberi méltóság tisztelete elvének érvényesüléséhez.

A legnagyobb hatású egalitáriánus igazságosság-konceptiót John Rawls amerikai filozófus fejtette ki 1971-ben megjelent **A Theory of Justice** című művében.¹¹ A méltányosságként felfogott igazságosság elmélete a társadalmi szerződés tanát fogalmazza át: eszerint a társadalmi együttműködés méltányos feltételeit az együttműködés résztvevői fogadják el, azaz a szabad és egyenlő személyek, egy társadalom polgárai, akik beleszülettek abba a társadalomba, amelyben életüket leélik. **Rawls koncepciójában** ezek a személyek az eredeti helyzetben (original position) a tudatlanság fátyla (the veil of ignorance) alatt hozzák döntésüket. Ez azt jelenti, hogy feltesszük, a felek nem ismernek bizonyos fajta tényeket. Senki sem tudhatja, hogy mi a helye a társadalomban, mi az osztályhelyzete vagy a társadalmi rangja, senki sem tudhatja, hogy mennyire volt szerencsés olyan természeti adottságok és képességek elosztásakor, mint az intelligencia, vagy a testi erő, nem ismerik továbbá ésszerű életcéljaik részleteit. A felek azt viszont tudják, hogy társadalmuk alá van vetve az igazságosság követelményének, annak összes következményeivel együtt, és ismerik az emberi társadalomra vonatkozó általános tényeket. A felek ismerik továbbá az **elsődleges javak** (primary goods) listáját és tudják, hogy jobb nekik, ha minél többel rendelkeznek ezekből. Ebben a helyzetben az igazságossági alternatívák közötti döntés során a maximum minimorum elvét (a maximin elvet) ésszerű követni. Ez alapján bármely két alternatívát azon az alapon kell összehasonlítani, hogy milyen a legrosszabb pozíciókban lévő helyzete, és mindig azt az alternatívát kell választani, amelyben a legrosszabb pozícióban lévő

csoport a legjobb helyzetben van. Mindezen körülmények és megfontolások után a felek az „egyenlőség pozíciójából” a következő elveket választják a legjobb igazságossági elveknek.

1. Minden személynek egyenlő joga van a másokéval összeegyeztethető legkiterjedtebb alapvető szabadságra (az alapvető jogokkal és kötelezettségekkel mindenki egyenlően van felruházva).

2. A társadalmi és gazdasági egyenlőtlenségeknek úgy kell alakulniuk,

- a) hogy okkal várhassuk, hogy mindenki számára előnyösek, a lehető legnagyobb mértékben szolgálniuk kell a társadalom leghátrányosabb helyzetben lévő tagjainak javát,
- b) illetve olyan hivatalokhoz és pozíciókhoz kell kötődniük, amelyek mindenki számára nyitva állnak, a méltányos esélyegyenlőség feltételei mellett.¹²

Az ún. **különbözeti-elv** alapján (2. a) tehát olyan elosztásra kell törekednünk, amely a leghátrányosabb helyzetben lévők javát maximalizálja, tehát a gazdasági helyzet által lehetővé tett legmagasabb szintű egészségügyi alapellátást mindenki számára biztosítani kell az államnak. Az ún. **fair esélyegyenlőség** elvéből (2. b) pedig az következik, hogy ha egy személyt olyan egészségkárosodás ért, amely komoly hátrányt jelent neki, mert akadályozza életfeladatainak teljesítésében, akkor az államnak az esélyegyenlőség elősegítéséből adódóan megfelelő egészségügyi ellátást kell biztosítani a károsodás kiküszöbölésére, vagy csökkentésére, hogy az egyén újra képes legyen életcéljainak megvalósítására (ha az egészségkárosodás maradandó, akkor is az önkitaljesítéshez szükséges lehető legjobb feltételeket kell nyújtani a számára).¹³ Persze e szemlélet megvalósítása sok nehézséget hordoz magában, hiszen a rendszernek az egyén felelősségét is figyelembe kell vennie, el kell határolnia az erkölcsi szempontból méltányolható és a nem méltányolható egyéni különbségeket, másrészt az igazságosság követelményét össze kell egyeztetni az egészségbiztosítási rendszer hatékony működtetésével.

A fentieket figyelembe véve az egészségbiztosítási rendszer alapjaként egy olyan morális szemlélet volna kívánatos, amely valamilyen mértékben, nem egyforma súllyal, de mindegyik szemléletet akceptálja (természetesen további erkölcsi szempontokat is figyelembe lehetne venni, itt most csak a legfontosabb teóriákra szorítkoztunk).¹⁴ Az utilitáriánus szemlélettel az a legnagyobb probléma, hogy itt nincs szó az egyén emberi méltóságának abszolút tiszteletéről, pedig kiindulópontunk csak ez lehet. Az emberi méltóság tisztelete elvének a Kant által leírttól eltérő, de az ember öncél voltát tételező megfogalmazást is adhatunk. Így például a következőképpen is megragadhatjuk az elvet: az emberi személy létezéséből adódóan önértékkel rendelkezik, ebből következően alapvető érdeke, hogy életének „szentségét”, lehető legkiterjedtebb szabadságát, egyedi személyiségét más személyekével egyenlő módon tiszteljék. Az emberi méltóság tiszteletének elve a minden emberi személy önmagában való, már pusztán létezésével megvalósított önértékéből következő alapvető érdekei tiszteletben tartásának kötelezettségét mondja ki.¹⁵ Ugyanakkor, bár az elv a legalapvetőbb erkölcsi elvárásokat rögzíti, ezeket is eltérő módon lehet értelmezni a különböző filozófiai-vallási koncepciók alapján. Az alapvető érdekek mibenlétének értelmezéséről (pl. az élet szentségének felfogása, a szabadság határainak kérdése) újra és újra morális vitát lehet és kell folytatni. Az emberi élet szentségének tisztelete feltételezi a gondoskodás legalább minimális szintjének megvalósítását minden ember vonatkozásában. Ennek jogi értelmezése eltérő lehet a különböző államokban, de az abszolút szükségletek (élelem, ruházat, fedél és orvosi ellátás) biztosítására mindenképpen ki kell terjednie, de ezek pontosabb definiálásáról azonban szintén vitát lehet folytatni. Ha kiindulópontunk **az emberi méltóság**

tisztelete, akkor szemben a libertariánus szemlélettel – a szabadságjogok fontosságának elismerése mellett – egy minimális szintű egészségügyi ellátást mindenki számára biztosítani kell. Hogy ez csak a legsürgősebb, legalapvetőbb egészségügyi ellátásokra terjed ki, vagy a rawls-i felfogásnak megfelelően ennél többre, a különbözeti elvnek és a méltányos esélyegyenlőség elvének megfelelően, az a társadalmi morális diskurzusok eredményeitől függ. Az emberi méltóság tisztelétén alapuló rendszer esetében is, mivel a gazdasági erőforrások korlátozottak, annak meghatározásában, hogy a mindenki számára egyenlő módon hozzáférhető egészségügyi ellátásban az állam milyen terápiákat, egészségügyi eszközöket, gyógyszereket támogasson, milyen preferenciákat alakítson ki, nyilván utilitarista szempontoknak is érvényesülniük kell.

Kovács József bioetikus a kétszintű egészségügyi rendszer igazságossága mellett érvel, mivel a különböző morális álláspontokat egy ilyen rendszer kialakításával akceptáljuk a legmegfelelőbb módon. E szerint általánosan biztosítani kellene egy tisztességes minimum-ellátást: az orvoshoz fordulás lehetőségét mindenkinek meg kell adni egyéni igény alapján, az első orvos-beteg találkozást követően pedig a betegek szükségletalapon kapjanak ellátást: azonos állapotú betegeknek azonos kezelést kell biztosítani. Az egészségügyi ellátások második szintjét pedig a kiegészítő magánbiztosítások jelenthetik, amelyek az egyéni fizetőképességtől függenek. Ilyen módon ez a rendszer libertariánus szempontokat is figyelembe vesz, nem akadályozza meg, hogy aki a pénzét jobb egészségügyi ellátásra akarja költeni, ezt tegye. Kovács hivatkozik arra is, hogy ez a Rawls-féle különbözeti-elvvel is összhangban áll: ha az egészségügyi magánszektor megadóztatják, és ezt a pénzt az állami egészségügyi rendszerre költik, akkor a szegényebb rétegek is jól járnak.¹⁶ Ehhez csak annyit lehetne hozzátenni, hogy a fent kifejtettek szerint az egészségbiztosítás rendszeréről társadalmi morális vitákat kell folytatni, így

1. táblázat. Az áttekintett etikai rendszerek összefoglalása

| | Libertarianizmus | Utilitarianizmus | Egalitarianizmus |
|----------------------------------|--|---|---|
| Alapgondolat | A beavatkozás-mentességként felfogott szabadság védelme. | Az összesített hasznosság maximalizálása. | A formális jogegyenlőség mellett méltányossági szempontok érvényesítése is szükséges. |
| Egészségbiztosítási vonatkozások | Az egészségügyi szolgáltatásokat az veheti igénybe, aki ezeket képes megfizetni. Csak magán egészségbiztosítás indokolt. | Elfogadható a mindenkinek járó minimum-ellátás, ha ez társadalmilag hasznos. | A gazdasági helyzet által lehetővé tett legmagasabb szintű egészségügyi alapellátás biztosítása, az esélyegyenlőség figyelembevétele. |
| Erősség | Az egyéni tulajdon tisztelétben tartása. | Társadalmilag hasznos döntésekre törekvés. | Az emberi méltóság tisztelete és a társadalmi szolidaritás megvalósítása. |
| Gyengeség | A szolidaritás esetlegessége (nincs társadalmi újraelosztás). | Nincsenek abszolút és sérthetetlen jogok. A társadalmi szempontból kis hasznossággal bíró ellátások kérdésessége. | A méltányossági és a hatékonysági aspektusok összeegyeztethetőségének nehézsége. |

arról, hogy mit is értünk tisztességes minimális ellátás alatt, illetve a második szint indokoltságáról, illetve terjedelméről. Az előbbi kapcsán olyan prioritási szempontokat kell meghatározni, amelyek elfogadását tényleges vita előzte meg (ennek leghíresebb példája az Oregonban 1990-ben vitára bocsátott prioritási lista).¹⁷

Meg kell jegyezni továbbá, hogy a minimum-ellátást is két részre bonthatjuk. Az egészségbiztosítási „alapsomag” (basic package) fogalma azt jelenti, hogy vannak olyan alapvető ellátások, amelyeket az adott állam területén tartózkodó minden személynek meg kell kapnia biztosítási jogviszonyától függetlenül (sürgős szükség esetén nyújtott ellátások, bizonyos járványügyi ellátások, reprodukciót támogató ellátások: szülés, terhesgondozás). A „biztosítási csomag”, vagy „második csomag” az egészségbiztosítás keretében nyújtott ellátásokat tartalmazza a biztosítási jogviszonnyal rendelkezők számára (nyilván az előző ellátások ebbe a csomagba is beletartoznak).¹⁸ Nagy jelentősége van továbbá az egészségügyi rendszer igazságossága szempontjából annak, hogy milyen színvonalúak az életvégi ellátások: a haldokló autonómiájának tiszteletén alapuló, lelki megnyugvását elősegítő, megfelelő fájdalomcsillapítási módszereket alkalmazó gondoskodást kell biztosítani.

14.2. Költséghatékonysági és erkölcsi megfontolások az egészségügyi allokációs döntésekben

Az egészségügy finanszírozása során nem egyszerű összhangot teremteni a **költséghatékonysági és az erkölcsi szempontok** figyelembevétele között.¹⁹ Gulácsi László rámutat, hogy a szükségletalapú elosztás magában foglalja a **horizontális méltányosság** mellett a **vertikális méltányosság**ot is: az előbbi szerint az azonos szükséglettel bíró egyedeket azonos kezelésben kell részesíteni, az utóbbi pedig azt jelenti, hogy azokat kell preferálni egy kezelés elosztásakor, akiknek erre nagyobb szükségük van (a vertikális méltányosságnak egy másik jelentése is van: a magasabb jövedelműeknek arányosan nagyobb anyagi terhet kell vállalniuk a közfinanszírozott egészségügyi rendszerben). Gulácsi megállapítja: „Ha azok az egyének, akik a legnagyobb szükségben vannak, megegyeznek azokkal az egyénnel, akik egyben a legtöbbet is nyernek az egészségügyi ellátásból, akkor az egészségnyereség maximalizálásaként megfogalmazott célkitűzés mellett a méltányossági és a hatékonysági célok nem állnak konfliktusban egymással. A szükséglet ettől eltérő definiálása azonban szükségszerűen a hatékonysági és a méltányossági szempontok összeütközését eredményezi.”²⁰ Ugyan a legtöbb esetben a **szükséglet-elvre** hivatkoznak a földrajzi területi szintű (országos, regionális) forrásallokációs döntések során, a gyakorlatban általában az erőforrásokat az országos átlagos kiadás és néhány szociodemográfiai tényező figyelembevételével osztják el. Ez viszont – hívja fel a figyelmet Gulácsi – az átlagos klinikai gyakorlatot és a már kialakult igénybevételi szokásokat tükrözi, így semmi sem garantálja, hogy az elosztás megfelel a méltányossági, vagy akár a hatékonysági kritériumoknak.²¹ Ez ellen hat a kockázatiigazítás rendszerének bevezetése a források térbeli, vagy biztosítók közötti allokációja során. Ez alapján a döntéshozók (parlament, kormányzat) egyfajta pozitív diszkriminációt alkalmaznak: a rosszabb halálozási, megbetegedési valamint szocio-ökonómiai mutatókkal rendelkező térségek lakosai (biztosítottjai) számára fajlagosan magasabb forrásokat juttatnak.

Költséghatékonysági szempontok szerinti rangsorolásra használják a QALY-módszert, amely figyelembe veszi a megmentett életévek számát és a beteg életminőségét is, alap gondolata szerint a beteg inkább rövidebb, de egészséges életet választana, mint egy hosszabb, szenvedésekkel teli életet. Nem részletezve itt a számítási technikát, annyit megjegyezhetünk, hogy etikai szempontból több kritika is érte az eljárást: így pl. ez a módszer problémás lehet az emberi méltóság tisztelete elvének szempontjából, hiszen nem az emberek, hanem az emberi életévek értékességét hangsúlyozza, az emberi méltóság tisztelete alapján pedig értékesnek kell tartanunk és védenünk kell minden életet, életkortól, várható életminőségtől függetlenül.²²

A hatékonysági és az erkölcsi megfontolásokat nyilvános vitákban kellene mérlegelni, de a legtöbb esetben ezek nagyon nehezen eldönthető kérdések, és a témával kapcsolatos (akár egy konkrét ügy, akár egy szabályozási javaslat váltja ezt ki) nyilvános vita kimenetelét erősen befolyásolja az, hogy a sajtó miként táálja a kérdést, sok esetben a valódi, megalapozott szakmai (etikai és gazdaságtani) érvek kevésbé kapnak figyelmet. Az elviekben mindenki számára hozzáférhető egészségügyi ellátás során is mindig figyelembe kell venni szelekciós szempontokat, főként a költségvetési források szűkössége miatt, vagy az adott terápia jellégéből adódóan (pl. szervtranszplantáció esetében a beültethető szervek száma korlátozott), vagy éppen egy speciális (katasztrófa-) helyzet miatt (pl. nagyszámú sérültet kell ellátnia egy tömegbaleset során a nem elegendő számú egészségügyi személyzetnek). Számos szelekciós kritérium merült fel ezeknek az eseteknek az adott helyzetben való eldöntését segítve, néhány valóban megfontolásra érdemes (pl. a kezelés orvosi haszna, életveszélyes állapot, bizonyos esetekben a pszichikai stabilitás és a megfelelő, támogató családi háttér megléte), más szempontok eleve elutasítandók (pl. a társadalmi hasznosság meglehetősen problémás kritériuma).²³ A mikroallokációs döntések kereteit a makroallokációs szempontok (országos, nemzeti, vagy régiós, tartományi szintű prioritásképzés) határozzák meg, amelyekben szintén meg kell jelenniük szelekciós szempontoknak. Ezek sok esetben nem nyíltan és egyértelműen jelennek meg: az orvostól egy adott döntést várnak el, sok esetben nem gazdasági, hanem szakmai okokra hivatkozva, a beteg pedig nincs tisztában azzal, hogy milyen terápiás lehetőségektől fosztották meg őt (ez az ún. puha sorolás). Ha nyilvánossá válnak az elosztási, szelekciós kritériumok (az ún. kemény sorolás vagy explicit prioritásképzés esetén), akkor társadalmi vitát lehet folytatni ezek elfogadhatóságáról, míg az előző esetben ez fel sem merül.²⁴ Nyilván a vita mellőzése kényelmesebb megoldás az állami szervek számára, hozzáátve azt, amit már említettünk, hogy egy nem megfelelően kommunikált tervezet miatti társadalmi felháborodás sok esetben lehetetlenné teszi a valódi, érvek-ellenérvek, erkölcsi és hatékonysági szempontok ütköztetésén alapuló diskurzust.

Az említett nehézségeket jól illusztrálja a következő eset: a 2012. év végén az Emberi Erőforrások Minisztériumának Egészségügyért Felelős Szakállamtitkársága kidolgozott egy jogszabálytervezetet, amely egészségbiztosítással kapcsolatos miniszteri rendeletek módosítását tartalmazta, többek között szűkítette bizonyos speciális (a kemoterápiát kiváltó, molekuláris) daganatellenes gyógyszerek felhasználási körét. Ez elsősorban a vastagbélrákban szenvedőket érintette: csak azok kaphattak volna ilyen gyógyszeres kezelést, akiknél az orvosok még látnak reményt a javulásra. Tehát végstádiumú rákbetegeknél, vagy éppen olyan betegeknél, akiknél elkezdik alkalmazni a gyógyszert, de a kezelés alatt a daganat tovább nő, a felhasználás nem megengedhető. Ennek indoka az lehetett, hogy egy ilyen kezelés több százezer forintba, egy teljes terápia pedig több millió forintba kerül, így ezt a gyógyszert csak korlátozottan és ésszerűen érdemes felhasználni, mindenkinek amúgy sem jutna. A jogszabály-tervezet megalkotója feltehetően tiszta viszonyokat akart teremteni, de ezt nem meg-

felelően kommunikálta, és a tervezetnek nyilvánosságra kerülésekor nagyon rossz sajtóvisszhangja volt, számos orvos is megfogalmazta fenntartásait. Szabó Máté ombudsman szerint pedig a javaslat alkotmányos aggályokat vetett fel, mivel sértette a kiszolgáltatott helyzetben lévő betegek élethez és emberi méltósághoz való jogát, illetve ellentétes volt az egyenlő bánásmód követelményével. A tárca a tervezetet végül visszavonta.²⁵

Egyfelől valóban problémás lehet az emberi méltóság tisztelete elvének alapján, hogy nem segítünk a betegen a legmegfelelőbb terápia alkalmazásával, amikor ezt megtehetnénk, és akár több hónappal meghosszabbíthatnánk az életét. De a tervezet mellett is érvelhetünk akár: anyagi korlátok miatt az orvosok mindenképpen kénytelenek mérlegelni, hogy kit juttatnak hozzá ehhez a gyógyszerhez, és jobb, ha ezt egyértelmű kritériumok alapján teszik és nem a puha sorolás módszerét alkalmazzák. A nem megfelelő tájékoztatás miatt inkább beszélhetünk az emberi méltóság sérelméről, mint akkor, ha a nyilvános kritériumok alapján feltárják a betegnek, hogy esetében a lehetőségeket és az állapotát figyelembe véve egy másik terápia tekinthető a „legmegfelelőbb terápiának”. Mindenesetre valós vitákra, az álláspontok ütköztetésére nagy szükség lenne a hatékonysági-erkölcsi dilemmák lehető legjobb módon való feloldásában.

14.3. A hálapénz kérdése

Végezetül néhány megjegyzés a magyar egészségügyi rendszer nagy etikai problémájáról, a „hálapénz” kérdéséről. Az elmúlt évtizedekben több empirikus kutatás is vizsgálta a hálapénz problémáját, ezek közül említenék néhányat. A Társadalomkutatási Intézet 1999-ben végzett felmérést a hálapénzzel kapcsolatban, e szerint az 1998-as évben 95%-os valószínűséggel Magyarországon 24 és 42 milliárd forint közötti összeget fizettek ki hálapénzként, a legvalószínűbb érték 33 milliárd forint, amelyből 29 milliárdot kaptak az orvosok, a fennmaradó részt pedig más egészségügyi dolgozók.²⁶ 2009-ben publikálták a Patika Egészségpénztár, a Magyar Önkéntes Egészségpénztárak Szövetsége és a Corvinus Egyetem közös reprezentatív kutatásának eredményeit, ez 2008-ban 73,4 milliárd forintba becsülte a hálapénz nagyságát.²⁷ Legutóbb, 2013-ban a Magyar Rezidens Szövetség végzett hálapénz-kutatást, amelynek eredményei szerint a megkérdezett orvosok 19%-a teljes mértékben elutasítja a hálapénzt, 70%-a elviekben elutasítja, de a jelenlegi egészségügyi helyzet miatt mégis kénytelen elfogadni azt. A korábbi, 1999-es kutatásban is hasonló adatokat találhatunk: mind a lakosság, mind az orvosok körében 80% volt azok aránya, akik teljesen, vagy inkább egyetértettek azzal, hogy a hálapénz szükséges rossz.²⁸ 2013-ban az orvosok úgy látták, hogy a hálapénz-rendszer megalázó mind a betegek, mind az orvosok számára (a lakossági válaszadók ezt csak a betegek vonatkozásában gondolták így). Figyelemreméltó, hogy az orvosok 79%-a jelenlegi alapbérével nem tudja tervezni a jövőjét, a lakosság viszont nem érzékeli az alacsony orvosi béreket.²⁹

Nyilván célszerű elhatárolni egymástól az **előnyhöz jutás céljából, nem önkéntesen adott** (az egészségügyi dolgozó által kért) paraszolvenciát a ténylegesen hálapénznek nevezhető juttatástól, amelyet a beteg valóban **hálájának kifejezése miatt ad önkéntesen**, a kezelés befejezése után az egészségügyi dolgozónak. Az előbbi esetben a beteg megvásárolja azt a szolgáltatást, amellyel kapcsolatban akkor semmiféle fizetési kötelezettsége nem lenne az állam által fenntartott egészségügyi rendszerben (illetve amelyhez már egészségbiztosítási járulékaik befizetésével hozzájárult). Ennek

sokféle formája lehet: pl. **illegális co-payment** – amikor a beteg a kérhető plusz szolgáltatásért illegálisan az orvosnak fizet –, ennél durvább eset, amikor az amúgy külön juttatás nélküli kezelésnek megvan az előzetes „tarifája”.³⁰ Ezekben az esetekben az orvos súlyosan vét az orvosetikai normák ellen, a beteg emberi méltóságát figyelmen kívül hagyja, eszközként kezeli őt, hisz benne elsősorban egy jövedelmi forrást lát. Azok a betegek, akik nem tudnak vagy akarnak fizetni, különböző hátrányokkal számolhatnak, sérül az egyenlő, szükségletalapú ellátás elve. Ha a beteg valóban a háláját fejezi ki az önkéntesen adott anyagi juttatással, ennek elfogadása más erkölcsi és jogi megítélés alá tartozhat. Bár ez ellen is hozhatunk fel érveket. Azon túl, hogy a különböző orvosi szakterületek képviselői egyenlőtlenül részesülnek ilyen juttatásokban, a beteg a fizetés tényleges kikényszerítése nélkül is sokszor azt gondolja, hogy elvárják tőle a pénzt. Az ún. reputációs hatás pedig azt jelenti, hogy a beteg úgy érzi, kedvező képet kell kialakítania magáról, mert ha nem ezt teszi, hátrányba kerülhet a jövőben. Az ismétlődő ellátások mellett egyszeri beavatkozás esetén is szó lehet erről, hiszen a beteg számol azzal, hogy a későbbiekben újra az orvos segítségére szorulhat, vagy éppen valamelyik családtagja lesz ilyen helyzetben.³¹ Jelen szabályozás (BTK) szerint a beteg a vesztegetés aktív válfaját valósítja meg, ha azért ad vagy ígér jogtalan előnyt, hogy az orvos a kötelességét megszegje, az orvos viszont akkor is felelősségre vonható, ha nem szegi meg a kötelességét, de jogtalan előnyt kér vagy elfogad. E szerint a beteg által önkéntesen adott juttatás elfogadása büntetendő lenne. Azonban van egy olyan értelmezés, miszerint csak a „jogtalan” előny kérése és elfogadása büntetendő, ezért ha a munkáltató hozzájárul az önkéntesen adott juttatás elfogadásához, akkor az nem minősül jogtalannak (a jogtalanság ezen értelmezéséről ugyanakkor vita van). 2015 tavaszán a Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium előkészítette a BTK módosítását, e szerint nem minősülne bűncselekménynek a nem kért, utólag adott hálapénz. A Magyar Orvosi Kamara és a Magyar Rezidens Szövetség ezt elutasította, mivel ez csak bebetonozza a hálapénz-rendszert, amit fel kellene számolni. A tárca végül visszavonta a tervezetet.

A kérdés megoldásához nem csak bérrendezés szükséges, hanem alapvető hozzáállásbeli változás is kell (mind az orvosok, mind a betegek oldaláról), nem elég kimondani, hogy káros jelenségről van szó, még ha a meggyökeresedett rossz szokásokon nem is olyan egyszerű változtatni.³²

IRODALOM

1. Yvonne Denier - Tom Meulenbergs: Az egészségügyi ellátási szükségletek és az osztó igazságosság. Fordította: Lindeisz Ferenc. In: A szolidaritás az egészségbiztosítás reformjában, Faludi Ferenc Akadémia, Bp., 2004, 92-93.
2. André Comte-Sponville: Kis könyv a nagy erényekről. Fordította: Saly Noémi, Osiris, Bp., 1998, 77-78.
3. Immanuel Kant: Az erkölcsök metafizikája. Fordította Berényi Gábor, In: I. Kant: Az erkölcsök metafizikájának alapvetése, A gyakorlati ész kritikája, Az erkölcsök metafizikája, Gondolat, Bp.,1991, 438.
4. Lásd erről a felfogásról: Denier-Meulenbergs:2004: 95-99.
5. Robert Nozick: Anarchy, Sate and Utopia, Basic Books, New York, 1974. illetve R. Nozick: Anarchia, állam és utópia (részletek), Fordította: Békési József, In: Bujalos István - Nyilas Mihály (szerk.): Az új jobboldal és a jóléti állam. A szociális szakképzés könyvtára, Bp., 1996, 84-107.
6. Denier - Meulenbergs: i. m. 99.
7. Az utilitarizmusról röviden lásd: Kovács József: A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába, Medicina, Bp., 1999, 60-68., illetve Denier - Meulenbergs: i. m. 99-104.

8. Denier - Meulenbergs: i. m. 103.
9. Lásd erről: Tóth I. János: Játékelméleti dilemmák társadalomfilozófiai alkalmazásokkal (JATEPress, Szeged, 2010) 30-32. o.
10. Immanuel Kant: Az erkölcsök metafizikájának alapvetése. Fordította Berényi Gábor, In: I. Kant: Az erkölcsök metafizikájának alapvetése, A gyakorlati ész kritikája, Az erkölcsök metafizikája, Gondolat, Bp. 1991, 62.
11. John Rawls: A Theory of Justice. Universal Law Publishing Co Ltd, 2005, John Rawls: Az igazságosság elmélete. Fordította: Krokovay Zsolt, Osiris Kiadó, Bp, 1997
12. Rawls: i. m. (1997): 34., 87.
13. Vö. Norman Daniels: Just Health Care. Cambridge University Press, New York, 1985., 26-32., Denier - Meulenbergs: i. m. 105-007.
14. Néhány további szempontot lásd: Gulácsi László: Az egészségügyi ellátások piaca. In: Gulácsi László (szerk.): Egészség-gazdaságtan és technológiaelemzés, Medicina, Bp., 2012, 55-60.
15. Bővebben lásd: Barcsi Tamás: Az emberi méltóság filozófiája. Typotex, Bp., 2013
16. Kovács: i. m. 216-221.
17. Erről részletesebben lásd: Kovács: 1999: 221-233.
18. Vö. Kovács Imre: Társadalombiztosítás keretében nyújtott egészségügyi szolgáltatások. In: Egészségturisztikai kezelések üzleti modellje. <http://www.tankonyvtar.hu/> (letöltés: 2015. július 12.) illetve Egészségtudományi Fogalomtár <http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Alapcsomag> (letöltés: 2015. július 12.)
19. Az egészségügyi költségzámításokkal kapcsolatban lásd: Gulácsi László - Boncz Imre - Baji Petra - Péntek Márta: Költségzámítás. In: Gulácsi László (szerk.): Egészség-gazdaságtan és technológiaelemzés. Medicina, Bp., 2012, 135-190.
20. Gulácsi: i. m. 57.
21. Gulácsi: u. o.
22. Vö. Kovács: i. m. 191-199. o. A QALY-ról részletesebben lásd: Péntek Márta: Az egészség értékelése, az egészséggel összefüggő életminőség In: Gulácsi László (szerk.): Egészség-gazdaságtan és technológiaelemzés, Medicina, Bp., 2012, 121-125.
23. Lásd ezekről részletesen: Kovács: i. m. 241-292.
24. Kovács: i. m. 170-172.
25. Az esetről tájékozódni lehet pl. az index.hu hírportálon megjelent cikkekből, illetve a qaly.blog.hu oldalon, ahol a többségi véleménnyel ellentétes szempontok is megjelentek.
26. Bognár Géza - Gál Róbert Iván - Kornai János: Hálapénz a magyar egészségügyben. Közgazdasági Szemle, XLVII. évf., 2000 április, 293-320.
27. Hálapénz. A Patika Egészségpénztár reprezentatív kutatása a betegek hálapénz-adási szokásairól. MÖESZ, Bp., 2009
28. Bognár - Gál - Kornai: i. m. 319. o.
29. Online kérdőíves kutatás volt, orvosok: N=1319 (30 % GP, 70% szakorvos), lakosság: N=761. További részletek: rezidens.hu/download/halapenz.pdf (letöltés: 2015. május 10.)
30. Az egyéb formákról lásd: Mihályi Péter: A hálapénzről – talán utoljára. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 42. évf., 2004 május, 14-15.
31. Bognár - Gál - Kornai: i. m. 314. , további ellenvetésekről: Mihályi: i. m. 14.
32. A hálapénz kérdéséről lásd továbbá: Ádám György: Az orvosi hálapénz Magyarországon. Magvető, Bp., 1986. Balázs Péter: Milyen jövő vár az orvosi hálapénzre? Valóság, 1999/8. Balázs Péter: Orvoslás pénzért és hivatástudatból. Melánia Kiadó, Bp., 2002, Gaál Péter: Hála-pénz? Hála-kényszer. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 42. évf., 2004 május 22-33.