

VANICSEK Mária

FORRÁSALLOKÁCIÓ AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

Az egészségügy finanszírozásával kapcsolatban legtöbbször emlegetett probléma az erre fordított források szűkössége. A cikk során ugyan erre is kitér a szerző, de a fő mondanivaló az, hogy a források hatékony felhasználását a rendszerek közötti és az alrendszereken belüli forráselosztás jelentősen rontja. Tehát nemcsak hogy kevés jut az egészségügyre, hanem az is gond, hogy ami van, azt rosszul költik el. A szerző arra is keresi a választ, hogy a finanszírozás jelenlegi formája milyen érdekeltségeket keletkeztet a nagy egészségügyi ellátórendszerekben: a háziorvosoknál, a járóbeteg-ellátásban, a fekvőbeteg-ellátásban és a prevenció területén. Mi az oka annak, hogy az irányítók megszorító intézkedései ellenére időről időre újratermelődik a régi struktúra? Ha igaz, hogy az egészségügy lyukas zsák, a kérdés az, hogy hol vannak a lyukak? Van-e remény a korábbi beidegződések átrendezésére?

A szerző nem újabb egészségügyi reformelképzeléssel áll elő, hanem a probléma elemzésére vállalkozik, és arra szeretne rámutatni, hogy a jobbító szándékkal kidolgozott reformokat a finanszírozás oldaláról milyen tényezők akadályozták meg. Végezetül néhány elvet fogalmaz meg, amelyek következetes végrehajtásával kiutat lehet találni a rossz beidegződések ördögi köreiből.¹

Kulcsszavak: egészségügyi ellátórendszerek, finanszírozás, forrásallokáció

Az egészségügyi ellátási költségek elmúlt évtizedekben világszerte ugrásszerűen növekedtek, és mindenütt problémát jelent az egészségügyi kiadások fedezete. Az egészségügy forráshiányos volta általános jelenségnek tekinthető.

Ha nemzetközi összehasonlításban nézzük az egészségügyi kiadások alakulását (1–2. ábra), akkor azt tapasztaljuk, hogy Magyarország GDP-je 7,8%-át fordítja az egészségügyi kiadások fedezésére. Ez ugyan jócskán elmarad a listavezető USA 15,2%-ától, de vannak gazdag országok is, amelyek ennél kevesebbet költenek egészségügyre, ilyen pl. Finnország és Luxemburg. Az új uniós országok közül csak Szlovénia előz meg minket a GDP egészségügyre fordított részének nagyságával.

Kissé más a helyzet, ha nem a GDP-hez mérjük az egészségügyi kiadások nagyságát, hanem vásárlóerő-paritáson hasonlítjuk össze az egy főre jutó egészségügyi kiadásokat. Ekkor látjuk, hogy bizony a kis, ámde gazdag Finnország és Luxemburg nálunk sokkal többet költ egy-egy állampolgára egészségére. A legmagasabb értéket ebben a vonatkozásban is az USA-ban találjuk (6350,- USD vásárlóerő-paritáson), de kimagasló

Szlovénia egy főre jutó egészségügyi költsége is, amely megelőzi a legtöbb vizsgált országot, és a harmadik helyet foglalja el 4724,- USD-ral.

Az adatok persze csak tájékoztatási szinten vethetők össze, mert az adattartalom meglehetősen eltér.

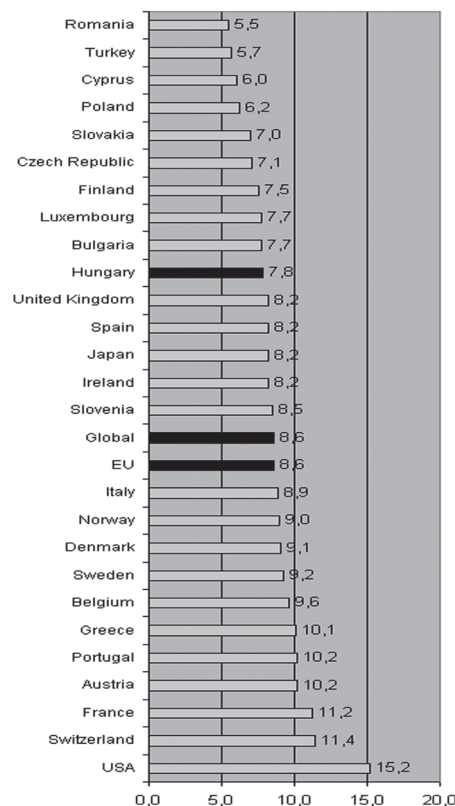
Az egészségügyi kiadások mértéke önmagában nem sok és nem kevés. Attól függ, mit és milyen hatékonysággal finanszíroznak belőle. Magyarországon az egészségügyi kiadások döntő részét a – 70 százalékát – a közkiadások alkotják. Az egészségügy finanszírozása legnagyobb részben a társadalombiztosítási rendszeren és a központi költségvetésen keresztül történik. Az egészségügyi kiadások mindössze 30 százalékát finanszírozzák magánforrásokból (1–2. ábra).

Zűrzavar az e-alapban

Az egészségügyi finanszírozásban vannak olyan anomáliák, amelyek hosszú idő óta rontják a rendszer működésének hatékonyságát és a problémák tisztánlátását. Az első ilyen a társadalombiztosítás kezdete óta fennálló csúsztatás. Azt ígérni az embereknek, hogy amennyiben befizetik a kötelező járulékokat (és ezt csak legújában

1. ábra

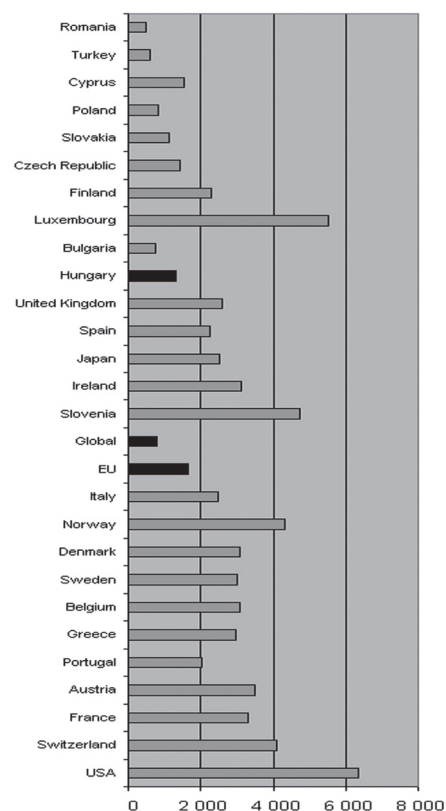
Az egészségügyi kiadások részaránya a GDP %-ában (2005)



Forrás: World Health Statistics Report, 2008, WHO p. 84.

2. ábra

Az egy főre jutó egészségügyi kiadások (ppp USD) 2005



ellenőrzik), akkor betegség esetén **jogosultak az egészségügyi állapothoz kapcsolódó egészségügyi szolgáltatások összességére**, és az egészségügyi rendszerben mindent megtesznek azért, hogy meggyógyuljon.

Ez azonban soha nem valósult meg teljes egészében, ma pedig egyre kevésbé van így, alapvetően pénzügyi okok miatt.

Az egészségügyben végbement **technikai, technológiai fejlődés** az utóbbi években robbanásszerű volt. A gyógyítóeljárások műszerezettségű és e műszerek fejlődése nem kis kihívás elé állította az egészségügyi irányítást. Egyik oldalról határtalan lehetőségek nyíltak meg teljesen új diagnosztikai és terápiás módszerek bevezetésére, másik oldalról hatalmas **költség- és árrobbanás** következett be, amivel az új technika megvásárlása és üzemeltetése terheli az egészségügyi költségvetést.

Az előttünk álló és már látható társadalmi változások, amelyek közül témánk szerint a legsúlyosabb a lakosság **elöregedése, egyszerre veti fel az e-alap bevételi oldalának a csökkenését és az egészségügyi intézmények igénybevételének a növekedését**. Nehezíti a helyzetet az a nézet, hogy a korán felismert be-

tegség alacsony költségintézen gyógyítható, és az élet meghosszabbításához vezet, a biztosítónál másként jelentkeznek. A technika fejlődésével a születéskor várható átlagos élettartam növekszik, és ennek fedezete nem került be a gyógyító-megelőző kasszába.

A lakosság átlagéletkorának növekedése miatt az egészségügyi ellátások iránti szükséglet növekedését nem követi az állami források bővülése, a költségek pedig várhatóan tovább növekednek, és így nincs kilátás az egészségügy működési forráshiányának megszüntetésére, csak a **korábbi, minden betegség gyógyítását ígérő, társadalmi szerződés felmondásával**. Ez a szerződés egyébként már ma sem él a gyakorlatban, hiszen a teljesítményvolumen-korlát bevezetésével formálisan is hatályon kívül helyezték. Ha valakinek azért kell a neki egyébként állapota és befizetései alapján járó gerincműtetre várnia, mert az ez évi erre fordítható keret kimerült, akkor az ő érdekében nem tesznek meg mindent, hogy meggyógyuljon. Ki kellene mondani, hogy mit lehet és kell teljes egészében finanszírozni a befizetett járulékokból, és mi az, amire az egyének célszerű kiegészítő biztosítást kötnie. Az alapvető ellátás meghatározását természetesen időről időre felül kell

vizsgálni a rendelkezésre álló források és a költséginté változásainak összevetésével.

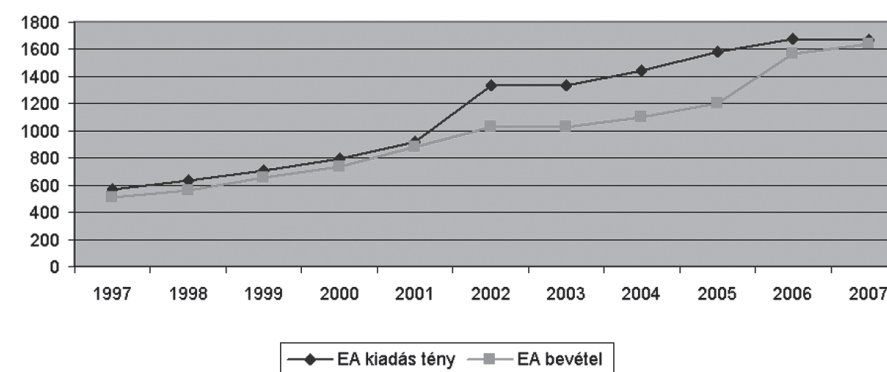
Az egészségügyi költség tervezésére évek óta jellemző, hogy az Egészségbiztosítási Alap bevételei felültervezettek, a kiadások alultervezettek. Ezt bizonyítja az – esetenként a bevételi terv túlteljesítése mellett is –, hogy az Egészségbiztosítási Alap kiadásai rendre meghaladják a bevételeket. Az utóbbi másfél évtizedben csupán kétszer, 1995-ben és 2007-ben fordult az elő, hogy az Egészségbiztosítási Alap bevétele nagyobb volt, mint az összes kiadás (3. ábra).

valóban potyautas. Ezek között vannak vagyonos rétegek is, akik tőkejövedelemből vagy egyéb forrásból élnek, és nem fizetnek járulékot, viszont ugyanúgy igénybe veszik az egészségügyi szolgáltatásokat, mint a fizetők, vagy azok, akik után fizetnek.

Vita tárgyát képezi a járulékot nem fizetők utáni állami befizetés alapja is. A NEK (Nemzeti Egészségügyi Kerekasztal) szerint pl. nem igazságos a minimálbérre alapozott 11 százalékos megfizetése 6,4 millió ember után, inkább a járulékot ténylegesen fizetők 1 főre eső befizetései után számított átlag lenne a kívánatos.

3. ábra

E-alap kiadásai és bevételei, mrd Ft



Az egészségügy kiadásai 1997–2002 között százmilliárd Ft alatti értékben haladták meg a bevételeket. 2003-ban a negatív egyenleg az előző évinek több mint három és félszeresére nőtt, s 2005-ig folyamatosan emelkedett 2002–2005 közötti években a kiadások több mint háromszázmilliárd forinttal haladták meg a bevételeket. 2006-ban a hiány csökkent, és „csak” 111 milliárd forintot tett ki. A 2007-es évben azonban a hiány a konvergenciaprogram megszorításainak következtében bevezetett vizitdíj és teljesítményvolumen korlát következtében megszűnt, és 25 milliárd forintos többlet állt elő. A megszorítások következtében viszont súlyos társadalmi bizalomhiány keletkezett, ami megakadályozta a már kidolgozott reformlépések bevezetését.

Magyarországon a bevételi oldal egyik súlyos gondja, hogy míg pl. **2006-ban 10,3 millió magyar és külföldi állampolgár kapott térítésmentes orvosi ellátást, csupán 3,5 millió után fizettek járulékot**. Ezt a kérdést nem lehet egyszerűen potyautasproblémaként kezelni, hiszen a 6,8 millió nem fizető állampolgár nagyobb hányada jogszabály alapján mentesül a fizetési kötelezettség alól, úgy mint gyermek, nyugdíjas, hozzátartozó. Ezek a nemfizetők teljes mértékben a nemzeti szintű szolidaritás alapján jutnak ellátáshoz, amely alapvetően az Alkotmányra vezethető vissza. A nemfizetők kisebbik hányada (mintegy félmillió ember)

A kiadások felmérését nehezíti két elszámolási anomália. **Az egészségügyi szervezetek finanszírozásába nem építették be az amortizációt**. A finanszírozási rendszer hiányossága miatt ma a tőkeköltségekre rendszerszerűen működő, közgazdasági elveket követő, kiszámítható fedezetet az egészségügyre fordítható források között nem lehet találni. A tőkeköltségek, az amortizációs költségek az egészségügyi intézetekben ismeretlenek.

Jelenleg az egészségügyben a tőkeköltségeket nem kezelik valós költségként, így azok az intézetek pénzügyi beszámolóiban sem szerepelnek. Erre a korábbi és a jelenlegi kormány is ígéretet tett ugyan, de intézkedés még nem történt. Megkezdődött valamiféle pótlási alap egy összegű évi juttatása a házi orvosoknak (25 000 forint), de ez általán, és nem a vagyon értékéből levezetetten történik.

Az egészségügyi intézetek ugyanakkor a pénzügyi beszámolási előírások szerint bruttó értékben tartják nyilván eszközeiket, azon értékcsökkenést és nettó értéket is számolnak. A nyilvántartásnak és a számításon kívül a gazdasági funkciójuk nincsen. A számított értékcsökkenés nem számít költségnek, pótlására fejlesztési alap semmilyen formában és sehol sem képződik. Bizonyos tevékenységek esetében erre az árbevétel fedezetet nyújt, és az előrelátó intézmények tartalékolnak is pótlásra. Jellemzően ezek a tevékenységek önállódtak. Igazi probléma emiatt akkor jelentkezik, amikor magántőke bevonására kerül sor. Egyébként ugyanis időnként a tulajdonos államtól vagy önkormányzattól kapnak az intézmények pótlásra támogatást, ami ugyan nem pontosan felel meg az amortizáció összegének, de a napi problémák elkerülhetőek általa. Igazi problémák a külső tőkebevonáskor jelentkeznek. Számításaink szerint a jelenlegi költséginté mintegy 10%-kal emel-

kedne meg, ha az amortizációt ténylegesen elszámolnák az egészségügyi intézmények.

Az egészségügyben az áfa általában vissza nem igényelhető költség. A dologi kiadásokban a kifizetett, vissza nem igényelhető áfa mértéke évről évre jelentős mértékben nőtt, ezt láthatjuk az 1. táblázatban. Az áfa változatlan áron történő átszámítása (4. ábra) pedig a költségi szerkezet stabilitására, illetve az áfakulcsok változtatásának hatására mutat rá.

Összességében azt látjuk, hogy **az egészségügyi kiadások egyértelműen hajlamosak a növekedésre.** Ennek okait már az előzőekben elemeztük: **az egészségügyben végbemenő technikai fejlődés** és az egészségügyi intézmények fokozódó igénybevétele, amely részben a **lakosság előregedésére** vezethető vissza. Látjuk továbbá, hogy **a kiadási szerkezet meglehetősen állandó, és hajlamos ellenállni a változtatási törekvéseknek.** Ennek fő oka az, hogy a kiadási tételek

1. táblázat

Az egészségügyben kifizetett, de vissza nem igényelhető áfa, milliárd forint, folyó áron

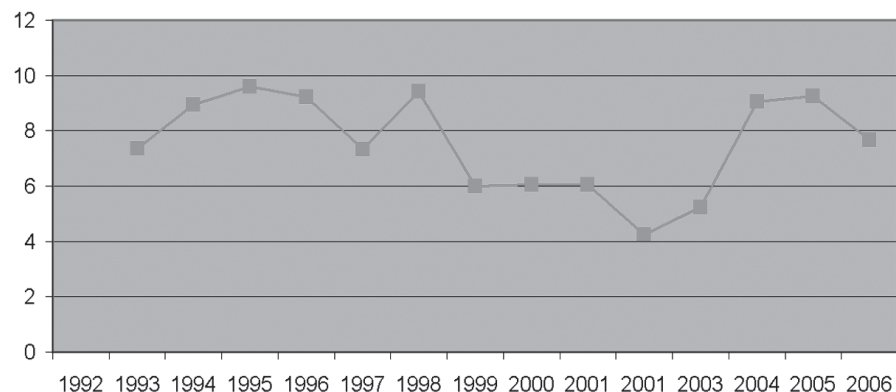
1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2001	2003	2004	2005	2006
4,2	9	13	17,9	21,3	20	29,4	20,6	22,8	24,9	18,4	23,7	43,8	46,4	40*

Forrás: Árinformációk

*becsült érték

A változatlan árat a folyóár fogyasztói árszínvonalhoz korrigált értékeként számítottuk.

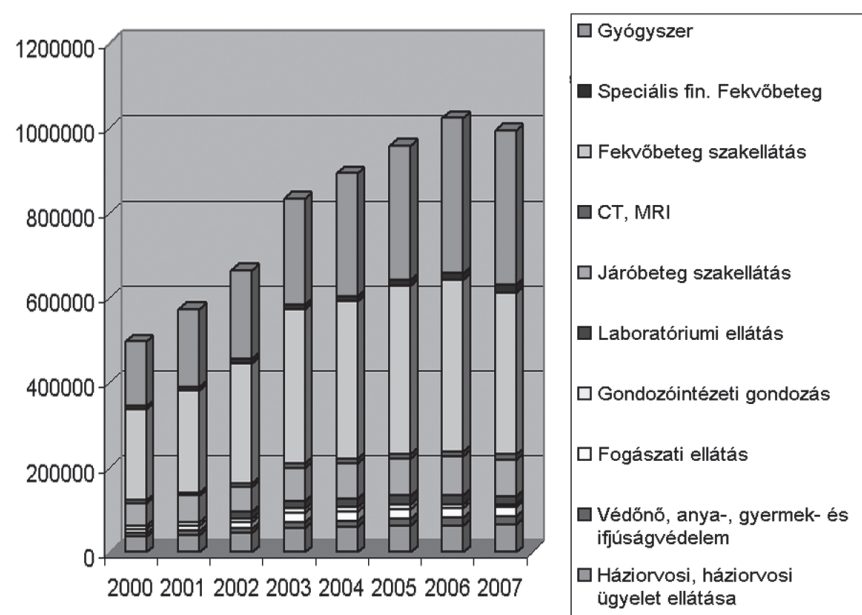
4. ábra
Áfa-hatás az egészségügyben, változatlan áron, mrd Ft



mögött álló intézményrendszer képes az érdekei érvényesítésére, sokszor a központi irányítással szemben is. Ezt az érdekeltséget táplálja a teljesítményen alapuló finanszírozás, amelyhez az intézmények és a bennük dolgozók anyagi érdekei kapcsolódnak. Az intézményrendszerre természetesen ráakódik a közöttük kialakult munkamegosztás is, amely a feladatok kiosztásában ölt testet. E munkamegosztásnak az ideál tipikus modellje a progresszív be-

5. ábra

A főbb gyógyító megelőző kiadások megoszlása, milliárd forint



Az Egészségügyi Alap kiadásainak megoszlása

A gyógyító-megelőző kiadások éves átlagos növekedési üteme az elmúlt 7 évben 11%-os volt. Ezen belül a fekvőbeteg-ellátás évi 8,5, a járóbeteg-ellátás évi 11, a házi-orvosi ellátás évi 7, a gyógyszerkiadások pedig évi 13%-kal nőttek. Az emelkedés üteme azonban (kivéve a gyógyszerkiadások töretlen szárnálását) nem volt egyenletes. Megállapítható, hogy 2004-ben minden kiadási tétel (a gyógyszert kivéve) erőteljesen (26-30% között) emelkedett, 2005-ben a kiadások 6, 2006-ban 3 százalékkal nőttek, majd 2007-ben sikerült megállítani az emelkedést (5. ábra).

VEZETÉSTUDOMÁNY

XXXX. ÉVF. 2009. 2. SZÁM

tegelletés, vagyis az, hogy a beteget mindig az állapotának leginkább megfelelő intézményben lássák el. Ez a kérdés már mélyen orvosszakmai kérdés, amelyben a kialakult intézményrendszeri gyakorlat és az oktatás során átadott tudás és a szocializált értékek egyaránt nagy szerepet játszanak, és ennek következtében a kialakult gyakorlat nehezen változtatható.

A következőkben áttekintjük a nagy egészségügyi ellátóintézményeket: a háziorvosi ellátást, a járóbeteg-ellátást, a fekvőbeteg-ellátást és a prevenciót finanszírozás szempontjából, és azt vizsgáljuk, hogy milyen a finanszírozáshoz kötődő érdekeltségek figyelhető meg e területeken.

2. táblázat

A háziorvosi kiadások szerkezete, %
OEP, ESKI adatai alapján

	2003	2004	2005	2006	2007	2008*
Praxisfinanszírozás	89	87	87	86	86	86
Eseti ellátás	1	1	1	1	1	1
Ügyeleti szolgálat	10	12	13	14	13	13
	100	100	100	100	100	100
*előirányzat						

3. táblázat

A háziorvosi praxisfinanszírozásának elemei, nominál értéken, 1997–2007, millió Ft

OEP, ESKI adatai alapján

Nominál érték m Ft	1997	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Fix összeg	5 083	7 558	8 177	8 445	10 941	12 053	12 744	13 097	
Területi pótlék	385	433	585	2 246	2 250	22 48	2 243	2 235	
Kártyapénz	20 173	24 424	27 512	29 582	38 381	38 010	39 005	38 504	
Egyéb					275	511	344		
Praxis, finanszírozás összesen	25 642	32 416	36 275	40 274	51 572	52 586	54 504	54 181	52 002

A háziorvosi ellátás

A háziorvosokkal többé-kevésbé az ország egész lakossága kapcsolatban áll. 2007-ben 8,7 millió fő jelentkezett be (köztük 560 ezer fő 18 éven aluli). Egy házi-orvoshoz átlagosan 1670 fő, egy házi gyermekorvoshoz pedig átlagban 930 gyerek tartozik. Összehasonlításképpen megjegyezzük, hogy az EU-15 átlagában egy háziorvosra 1000 fő (de pl. Ausztriában kevesebb mint 700 fő) jut. Az Egészségbiztosítási Alapban a házi-orvosi ellátásra szánt összkiadás az ún. praxisfinanszírozás, az eseti ellátás és a háziorvosi ügyeleti szolgálat költségeit tartalmazza.

2007-ben az összes háziorvosi kiadás az Egészségbiztosítási Alap összes kiadásának mindössze 6 százalékát tette ki. 1997-ben ugyanezek az arányok 5,1, illetve 5,2 százalék voltak. A viszonylag stabil költség 2003–2006 között több mint 2 százalékkal emelkedett, elsősorban az 50%-os közalkalmazotti béremelés következtében.

A háziorvosi kiadások költségszerkezete viszonylag stabil képet mutat. Legnagyobb tétele a praxisfinanszírozás, amely az összes kiadás 86-89%-át teszi ki. Az eseti ellátás kiadásai nem érik el az 1%-ot, az ügyeleti szolgálat költségei pedig 10-13%-ot jelentenek (2. táblázat).

Finanszírozás szempontjából 2003 volt a házi-orvosok jó éve. Ekkor a teljes praxisfinanszírozás egyik évről a másikra 28%-kal emelkedett. Ekkor az orvos bruttó 137 ezer és az asszisztens 82 ezer forintos bérért a kisebb praxisok is ki tudták gazdálkodni (3. táblázat).

Való igaz, hogy az egyes praxisok finanszírozásának nagy a szórása. Egy kedvezőtlen körülmények által jellemzett, alacsony vagy csökkenő népességszámú körzetben a havi finanszírozás négy-százezer forint alatt is lehet, míg egy nagyobb, vegyes körzet egymillió Ft-nál is több finanszírozáshoz juthat. A legtöbb háziorvos külső megbízásokat is vállal.

Az orvosi kamara szerint az Országos Egészségbiztosítási Pénztártól kapott finanszírozás nem fedezi az üzemeltetési költségeket, és csak nehezen a bérért, igaz, hogy ez a nagyobb betegforgalmú praxisokra nem igaz. A praxisfinanszírozás összetevői közül a legnagyobb hányadot a teljesítménydíjazás, azaz az ún. kártyapénz tette és teszi ki. A kártyapénz ma az összes finanszírozás kb. 70 százalékára rúg. A legnagyobb arányt 1997-ben képviselte, majd aránya – időszakos megszakítással – fokozatosan csökkenő tendenciát mutatott. A praxisfinanszírozás második legnagyobb eleme a fix összeg, amely 1997-ben még csupán a teljes praxisfinanszírozás 20 százalékát tette ki, 2006-

VEZETÉSTUDOMÁNY

XXXX. ÉVF. 2009. 2. SZÁM

ra viszont már csaknem egynegyedét (24 százalék). A praxisfinanszírozás harmadik eleme a területi pótlék, amely 1997 és 2002 között a praxisfinanszírozás összes költségének 1-2 százaléka lett 2002-ben drasztikus változás következett be, és aránya 6 százalékra nőtt, majd 2004–2006-ban 4 százalékon stabilizálódott. 1997–2007-ben az eseti ellátással kapcsolatos kiadások az összes háziiorvosi ellátás 0,7-0,8 százalékát tették ki. A háziiorvosi ügyeleti ellátással kapcsolatos kiadás 1997–2003 között 10-11 százaléka közötti értéket ért el, 2004-től pedig fokozatosan nőtt, 2007-re elérve a 14 százalékot.

Nincsenek drámai változások sem a háziiorvosi összkidadások, sem az egyes költségelemek részesedésében. Talán éppen a kiadások reálértékének változatlansága okozza azt, hogy **a háziiorvosi munka tartalma nem-hogy fejlődött volna, hanem szegényedett hosszú távon.** Egyre kevesebb háziiorvos vállalkozik tényleges gyógyítómunkára, idejük legnagyobb részét a recept és beutaló megírása, valamint az időközben nagyon megnövekedett adminisztráció lebonyolítása teszi ki. Igaz, ösztönözve sincsenek erre, a kvázi teljesítményelemek, ha nem is látványosan, de 2006-ig visszaszorulóban voltak a finanszírozásukban. A vizitdíj bevezetése a teljesítmény finanszírozás terén fordulatot hozott volna, megszüntetése a teljesítményelem ismételt csökkenéséhez vezet. A legnagyobb problémát az jelenti, hogy **a háziiorvosok 2007 után sincsenek ösztönözve az emberek általános jó állapotának fenntartására és a prevenció törvény által rájuk rótt feladatának megvalósítására.** Nem ösztönzi azonban a háziiorvosokat semmi a munkájuk minőségi elemeinek fejlesztésére, és ami különösen fájó, nincs ösztönzésük a prevenció tevékenység első lépcsőjére az egészséges állapot fenntartására.

Prevenció

Prevención azon tevékenységek összességét értjük, melyek a betegségek kialakulásának megelőzését, korai felismerését, a gyógyítás és a szövődmények, a későbbi károsodások bekövetkezésének elkerülését szolgálják. A szakirodalomban és a gyakorlatban megkülönböztetjük a primer, a szekunder és a terciér prevenciókat.

A **primer prevenció** a betegségek kialakulásának megelőzésére, az egészség fenntartására, menedzselésére irányuló tevékenységek összessége. A primer prevenció eszközei között találjuk a külső egészségkárosító hatások minimalizálását, az életmód befolyásolását, az egészséges életmódot, az egészségnevelést, a rizikófaktorok kiszűrését, az immunizációt. A **szekunder prevenció** a betegségek korai fázisban törté-

nő felderítésére, felismerésére irányuló tevékenység, abban a stádiumban, mikor még irreverzibilis (visszafordíthatatlan) változások nem következtek be. Eszközei: különböző szűrővizsgálatok alkalmazása és az ezt követő (gyógyító) beavatkozások. A **terciér prevenció** a szövődmények, későbbi károsodások megelőzésére irányul. Eszközei: kontrollált ellátás, életmódotoktatás, tanácsadás, kuratív medicina-rehabilitáció.

A tág értelemben vett prevenció: az egészséges életmód

A biztonságos tömegtermelésű élelmiszerek fogyasztásának lehetősége, az elhízás megelőzése, a tiszta, allergiamentes környezet, a kevesebb gyógyszerfogyasztás elérése társadalmi szinten megoldandó feladatok. Sokat tehetünk ugyan egyenként is az egészségünkért: mozgással, az élelmiszerek összetevőit tartalmazó címkék böngészésével, minél kevesebb előregyártott élelmiszer fogyasztásával, vidékre költözéssel stb., de mindez tömegméretekben nem megoldás, sőt az egyéni menekülési utak sokszor a közösség kárára vannak.

Például a tömeges kiköltözés a városból a napi utazás meghosszabbodásával a levegőszennyezést növeli. Az egészséges életmód programját ösztönözni kellene elterjeszteni, és mindennapi gyakorlattá tenni. Olyan „mainstream” programmá, amely minden döntésben kötelező elemként jelenik meg, és nem hagyja, hogy eluralkodjanak a kizsákmányolás és önkizsákmányolás formái a társadalomban.

A **másodlagos megelőzést a szűrések szolgálják vagy szolgálnák.** A szűrővizsgálatok célja a még panaszs- és tünetmentes személynél valamilyen betegség korai felismerése, illetve a kockázati tényezők korai kiküszöbölése. A fejlett egészségügyi rendszerrel rendelkező országokban a rendszeres időközönként, tervszerűen végzett, megelőző szűrések (beleértve a fogászati szűréseket is) a rendszer alapkövét képezik. Valójában nem áll távol az igazságtól az, ha kijelentjük, minél fejlettebb egy ország egészségügyi rendszere, annál inkább támaszkodik a széles tömegeket átfogó rendszeres másodlagos prevencióra, a szűrésekre.

Magyarországon a szűréseknek csak bizonyos fajtáit finanszírozza a társadalombiztosítás, teljesen hiányzik pl. a fogászati szűrés. Nem véletlen, hogy a tv népszerű kibeszélő-beszélgetős show-jaiiban szereplő „köznép” – beleértve a fiatalabb generációkat is – meglehetősen hiányos fogsorral mutatkozik. Szégyen, hogy Magyarország a fogatlanok, foghíjasok országa. A még általában működő kötelező iskolafogászati szűrésekből kinőve a további generációk számára vélhetően a legolcsóbb, s így a leginkább elérhető – azaz egyedüli – fogászati ellátás a foghúzás. Eközben a hazai fo-

gászátokat a világranglista első helyén jegyzik mint a fogászati turizmus célpontjait: a brit társadalombiztosítással igénybe vehető magyar szolgáltatások kedveltek többek között a britek körében, de jár ez a szolgáltatás az olaszoknak és az osztrákoknak is.

Az egészségügyi pénzügyi megszorításoknak esettáldozatául számos korábbi szűrőfajta, illetve szűrési gyakoriság: az évenkénti méhnyakrákszűrést jelenleg csak háromévenként finanszírozza a társadalombiztosítás, a mammográfiai vizsgálatot csak kétévenként a korábbi éves helyett, és az oszteoporózis (csonttritkulás) egyedüli kimutatási lehetősége, a csontsűrűségmérés, pedig csak deréktól lefelé kap társadalombiztosítási támogatást.

Mindez két dologra vezethető vissza:

- ad 1. egy rövid távú szemlélet jegyében a konvergenciaprogram és az időről időre felbukkanó takarékosági kényszer egyaránt kurtítja meg az egészségügyi ellátásokat és a prevenciót is,
- ad 2. nagyon is jól lehet tudni, hogy a rendszeres és a veszélyeztetett célcsoportokra kiterjedő szűrések olyan betegséggel terhelnék meg első hullámban az egészségügyet, amit az pillanatnyilag nem képes az Egészségügyi Alapból finanszírozni.

Szűrővizsgálatok tehát vannak is meg nem is. Az 51/1997. (XII. 18.) NM-rendelet a tb által finanszírozható, a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról a kötelező egészségbiztosítás el-látásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 83. § (3) bekezdésének a)-b) pontjában foglalt felhatalmazás alapján rendelkezik.

A végrehajtási rendelet szerint a háziiorvos és a házi gyermekorvos a törvény mellékletének II. fejezetében foglalt, az adott korcsoport számára ajánlott valamenynyí szűrővizsgálat lehetőségére köteles felhívni a biztosítottat, a szakellátás orvosának pedig a kompetenciájába tartozó szűrővizsgálatok igénybevételére kell megtenni ugyanezt. A törvényi szabályozás alapján a háziiorvosok a hozzájuk tartozó 21 éves korú felnőttek esetében 9 vizsgálatot kellene, hogy elvégeztessenek a felnőttkori alapstátus megállapításához, 21-40 év között ezek többségét öt-, illetve két évente meg kellene ismétetni, különös tekintettel az alapstátus során megállapított kockázatokra. 40-60 év között a korábbi vizsgálatok megismétléséhez társulnak még további, erre az életszakaszra vonatkozó szűrések.

A házi-, illetve szakorvos tehát *köteles lenne felhívni a páciensek figyelmét a fent említett szűrővizsgálatokra.* Ez azonban jellemzően nem történik meg, sőt élünk a gyanúperrel, hogy ez csak nagyon ritkán törté-

nik meg. Valójában a biztosított is kérheti az életkora szerint ajánlott szűrővizsgálat elvégzését. Ahhoz azonban, hogy a páciens maga kérje az őt megillető szűrővizsgálatot, először is tisztában kellene lennie jogaival. Ezzel azonban nem hisszük hogy kevés kivételtől eltekintve bárki is tisztában lenne. Sőt, valószínűleg éppen a leginkább hátrányos helyzetben lévő, leginkább veszélyeztetett rétegek nincsenek tisztában ezzel.

Persze feltehetjük a kérdést, lehet, hogy jó is, hogy a járulékfizetők nincsenek tisztában a jogaikkal: *mi történne az egészségüggyel, ha mindenki bejelentene jogos igényét valamennyi szűrővizsgálat elvégzésére?* Mit tennének a kapacitáshiányban (vagy kapacitáskorlátban) szenvedő házi- és szakorvosok és laboratóriumok? Pedig ha rövid távon és azonnal ez többletköltséget és kapacitásleköttést is jelent, hosszú távon ezzel lehetne nagyságrendekkel csökkenteni az egészségügyi, gyógyszerkiadásokat, a táppénzkiadásokat, és javítani a lakosság életminőségén. Egyszerűbb arra hivatkozni, hogy a lakosság nem jelenik meg a szervezett szűrésen, mint kimondani, hogy az egészségügyi rendszer folyamatos és mulasztásos törvénysértésben van a prevenció megvalósításában.

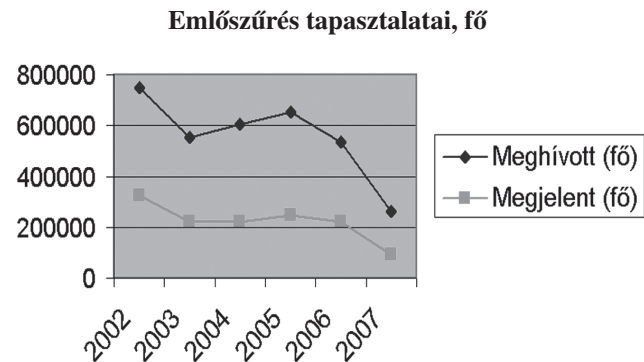
Céltzott szűrővizsgálatok: az egészség évtizedének népegészségügyi programja. A 2003 áprilisában az Országgyűlés 46/2003. (IV. 16.) OGY számú határozatával megerősített, 2006 elejéig eredetileg Johan Béla Népegészségügyi programnak nevezett Nemzeti Népegészségügyi Program készült, az EU és a WHO ajánlás figyelembevételével. Célkitűzésében kiemelkedő szerepe van a céltzott szűrővizsgálatoknak. A program azt a célt tűzte ki, hogy 2010-re a 0–64 éves korú lakosság daganatos halálhalála 10%-kal csökken, amely egyharmad részben a programtól várja a célbetegségek kb. 30%-os csökkenését.

A hazai eredményeknek a WHO által az emlőszűréstől elvárt minőségmutatókhoz való viszonyítása során a *részvételi arányban rossz a hazai eredmény.* A WHO által elvárt részvételi arány 70% (szemben a hazai 42,6%-kal). A WHO elvárásainak felel meg a 10% alatti visszahívási arány (6,7% volt Magyarországon), és a 2% alatti műtétek aránya (Magyarországon 0,78%). A lakossági emlőszűrés tapasztalatai tehát azt mutatták, hogy a részvételi arány kisebb az optimálisnál, továbbá jelentős szórás mutatkozott a megyék között, és egy-egy megyén belül az egyes települések között, ami a háziiorvosok mozgósító szerepének fontosságára hívja fel a figyelmet!

A patológiai háttérrel kapcsolatos létszám-, illetve jártassághiánya az emlőszűrés hozadékának patológiai feladatában a szűrőprogram (egyik) „szűk keresztmetszete”. A feltárással kapcsolatos pozitív tapasztalatok

ellenére az emlőszűrésre meghívottak száma nem nő, hanem tendenciáját tekintve 2002 és 2006 között csökkent. Hasonlóképpen romlott a megjelentek aránya a meghívottak százalékában (6. ábra).

6. ábra



Forrás: ÁNTSZ

A szervezett szűrővizsgálatok költségmegtakarításhoz vezethetnek Magyarországon, a költséghatékonysági mutatók kedveznek a finanszírozóknak is, nem csak a megmentett életeknek. Elengedhetetlen népegészségügyi érdek, hogy a szűrővizsgálatok teljes vertikuma (beleértve a tisztázó szövettani vizsgálatokat, valamint a sebészi és onkológiai ellátást) mentesüljön a „degressziószabály”, azaz a teljesítményvolumenkorlát hatálya alól. Ugyanakkor a szűrés feladatkörének rendszerbe illesztése elkerülhetetlen, a nemzeti programokkal szinkronban, a szűrési feladatokat ellátási szintként és szakmánként optimálisan kell meghatározni, és ehhez forrásokat rendelni. A szűrés az alapellátás része, és egyben a járóbeteg-fekvőbeteg szakellátás határterülete is.

A szűrés finanszírozása nem problémamentes. A szűrővizsgálatok finanszírozását meghatározó miniszeri rendeletet az elmúlt tíz évben változatlanul hagyták. A jogszabály-módosításra már csak a diagnosztika rohamos fejlődése miatt is szükség lenne. Amellett, hogy a lakosság szűrés rendszerének működési költségeit az Országos Egészségbiztosítási Pénztár az Egészségbiztosítási Alapból fedezi, a szűrővizsgálatok finanszírozására jellemző az esetlegesség, azaz a rendeléseken a szűrésekhez rendelkezésre álló források kormányzati döntések vagy pályázati eredmények függvényei. A védőnői és iskolaorvosi szolgáltatás, azaz az anya-, gyermek- és ifjúságvédelem egészségügyi költségei az Egészségbiztosítási Alap és az önkormányzatok kiadásai között szerepelnek. A hagyományos háziorvosi rendeléssel szemben az irányított betegellátás során a prevenció nagyobb szerepet és rendszeres külön finanszírozást is kap.

A célzott szűrővizsgálatokon való megjelenés Magyarországon a nemzetközi átlagnál rosszabb. A meghívottak jogi értelemben nem kötelező megjelenniük, a szűrővizsgálaton való részvétel csak az egészségügyi ellátórendszer által felkínált lehetőség. A szűrővizsgálatra célzottan meghívottak maguk döntenek a részvétel mellett vagy ellene. A szűrés lehetőségét szolgáltató egészségügyi ellátórendszernek kötelessége elősegítenie azt, hogy az érintettek egyfelől a szűréstől várható előnyök, másfelől a szűrővizsgálat kockázatainak ismeretében hozzájáruljanak a szűrésre vagy sem. A népesség egészségneveléséért felelősöknek, de elsősorban a családorvosoknak, valamint a szűrőállomások szakszemélyzetének feladata, hogy a kellő tájékoztatással szolgáljanak, és ezzel is hozzájáruljanak a szűrővizsgálati lehetőségek, valamint a lakosság szűrésben rejlő lehetőségek mind teljesebb kihasználásához. Az egészségnevelésre rendelkezésre álló, illetve az erre szánt források azonban nagyon korlátozottak.

A nem célzott szűrővizsgálatok is csak mint lehetőségek állnak a lakosság rendelkezésére. Legtöbb esetben erről a lakosság mit sem tud. A háziorvosok és az illetékes szakorvosok fontos feladata kellene, hogy legyen, hogy minden páciens tisztában legyen jogjaival, de erre sem a házi-, sem a szakorvosok nincsenek ösztönözve.

Ahhoz azonban, hogy a prevencióval a fent említett kettős cél² elérhető legyen, alapvető szemléleti és rendszerműködtetési változtatásokra van szükség. Az ellátórendszer finanszírozása olyan érdekviszonyokat teremt, amelyben az Egészségügyi Alapból finanszírozott egészségügyi szolgáltatók érdekeltek a betegségek mielőbbi felismerésében és gyógyításában, de nem érdekeltek a betegségek megelőzésében. Mindez azt jelenti, hogy a szekunder és terciér prevencióban az egészségügyi szolgáltatók, de az ellátási költségeket – közép- és hosszú távon – megtakarító primer prevencióban a finanszírozó, tehát a biztosító érdekelt. Ezt a körülményt mind a szervezeti struktúrában, mind a költségallokációban, illetve a finanszírozásban célszerű lenne figyelembe venni. A primer prevenció ösztönzésére és elismerésére a „hagyományos” biztosítási rendszerekben vannak tapasztalatok és jó példák, pl. a bónusz/malus rendszer.

A járóbeteg-ellátás

A járóbeteg-szakellátás az ágyhoz nem kötött betegek gyógyító-megelőző ellátása. A szakellátást beutalással lehet igénybe venni, elsődlegesen a lakóhely (tartózkodási hely) szerinti ellátásra kötelezett járóbeteg-in-

tézetben vagy a fekvőbeteg-gyógyintézet ambuláns ellátórészlegeiben. Beutalás nélkül igénybe vehetők a gondozói szolgáltatások, valamint a bőrgyógyászat, pszichiátria és addiktológiai, nőgyógyászati, urológiai, fül-, orr-gégészeti, szemészeti, általános és baleseti sebészeti, valamint onkológiai szakrendelések. Bizonyos gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök támogatással történő igénybevételéhez a járóbeteg-ellátás rendszerén keresztül lehet hozzájutni (házi orvos nem írhatja fel).

A jogszabály részletesen előírja, hogy adott típusú szakrendelés ellátásához milyen módon felszerelt, eszköz- és műszerállománnyal ellátott rendelőhelyiség, valamint milyen szakképzettséggel rendelkező személyi állomány szükséges. Ezek meglétének ellenőrzése az ÁNTSZ feladata. Az egészségbiztosítás általános feltételeinek megfelelően az OEP a folyamatos működtetés költségeit finanszírozza, a működéshez szükséges ingatlan biztosítása, az eszköz- és műszerpark pótlása, felújítása, új műszerek beszerzése az ellátási kötelezettséggel terhelt önkormányzatok feladata.

Az egészségbiztosítás általános szervezési elveinek megfelelően minden ellátásra jogosult számára biztosítani kell az „azonos” hozzáférési lehetőségeket. Az azonos hozzáférés igénye orvosszakmánként és területi elérhetőségben is értelmezendő.

Egy-egy járóbeteg-szakrendelés megszervezése a gazdaságos működés szempontjából feltételez egy minimális betegforgalmat. Ezzel egyidejűleg azt a követelményt is ki kell elégíteni, hogy a beteg egy napon belül képes legyen úgy megjelenni a szakrendelésen, hogy az ellátásán (sorra kerülésén) túl maradjon elegendő ideje az ellátóhely tömegközlekedéssel való elérésére (oda- és visszaút). Egyre több jelzés érkezik arról, hogy a helyközi vonat- és autóbusz-közlekedés járatracionálizálási törekvései miatt lehetetlenné válik egy-egy időigényesebb beavatkozás járóbeteg-ellátás keretében történő nyújtása, mert a beteg nem tud hazamenni, így fekvőbeteg jellegű ellátást igényel (pl. monori lakosok szemészeti szakellátása a területileg illetékes kerepestarcsei kórház szakambulanciáján).

Az egészségi szükségletek figyelemmel kísérése a teljes lakosság egészségi állapotának különböző esz- közökkel történő rendszeres felmérését jelenti. Ez az a feladat, amelynek ellátása évek óta folyamatosan hiányzik a magyar egészségügy egészéből. (A háziorvosi ellátórendszer indulásakor, 1993-ban, történt egy kísérlet, hogy minden – kártyáját leadó – beteget (jogosultat) a háziorvos vizsgáljon meg, de amint a későbbi ellenőrzések során kiderült, a háziorvosok ezt a feladatot csak részben hajtották végre, illetve sok esetben a beteg vizsgálata nélkül töltötték ki a törzskartonokat.)

Az egészségi állapotokra, az ellátási szükségletekre vonatkozó adatokat ezért mindenütt az orvos-beteg találkozásokra vonatkozó (morbidity) adatokkal, valamint a mortalitási (halál) adatokkal helyettesítik, amelyek helyenként jelentős torzítást tartalmazhatnak, mert döntően az OEP-nek (megyei pénztáraknak) benyújtott finanszírozási jelentésekből származnak, és közismert, hogy a jelentések összeállítói a minél nagyobb bevételekben érdekeltek.

Az OEP finanszírozási adataiból nyomon követhetők a járóbeteg-szakrendelések intézményi adatai, az orvos-beteg találkozások száma, aránya, de csak további mélyebb, sok esetben külön empirikus vizsgálat kellene annak megállapításához, hogy az egyes területeken, szakmákban rendelkezésre álló kapacitás és a tényleges egészségi ellátási szükségletek milyen viszonyban vannak egymással.

Megjegyezzük, hogy az egészségi állapotra vonatkozó adatok rendszeres gyűjtésének és feldolgozásának hiánya szükségszerűen vezet olyan politikai csatározásokhoz, amikor egy központi kapacitáscsökkentési akció során a fekvőbeteg- (és járóbeteg-) ellátóhelyek kapacitását és szakmai összetételét nem a tényleges szükségletek szerint, hanem az adott területet a döntési pontokon képviselők érdekérvényesítő lehetőségei határozzák meg, annak összes szakmai és társadalmi (közhangulat) következményével együtt.

A járóbeteg-forgalom döntő hányada a kórházi szakambulanciákon zajlik, annak ellenére, hogy a heti óraszámok alapján a szakorvosi rendelők rendelkeznek nagyobb kapacitással.

A labor diagnosztika és a képalkotó eljárások, a szemészet és a reumatológia a leginkább igénybevett szakrendelési formák (4. táblázat).

A járóbeteg-szakellátás finanszírozása az 1990-es évek elején megkezdett egészségügyi reform alapján a járóbeteg-ellátásban is a teljesítményfinanszírozást kívánta bevezetni a német pontrendszer alkalmazásával. A fokozatos áttérés jegyében 1993-ban az országos kassza összegének 30%-át osztották el a teljesítménypontok alapján, míg a 70%-át a szakorvosi órák arányában. 1997-től már a kassza 83%-a a teljesítmények alapján került elosztásra, miközben a jelentett teljesítmény erőteljesen emelkedett. 1998-tól már TAJ-számhoz kötöten, esetre bontott elszámolást kellett adni. 1999-től a teljes összeg döntő részét a teljesítmények arányában osztották szét: 2006-ban a finanszírozásra rendelkezésre álló 112 850,4 millió forintból 101 765,0 Ft került teljesítménydíjként kifizetésre.

A járóbetegkassza zárt, ezért a pontérték a havi teljesítmények arányában lebegett: 1998-ban egy pont értéke 0,98 Ft volt, míg 2006-ban 1,24 Ft, 2007-ben 1,33 Ft.

4. táblázat

Járóbeteg-szakorvosi munkaórák száma szakmák szerint, 2006

Szakmacsoport	Szerződött szakorvosi munkaórák		Esetek		Beavatkozások	
	ezer óra	%	ezer	%	ezer	%
Belgyógyászat	1 601	10,27	4 157	6,10	11 008	3,35
Kardiológia	509	3,27	1 610	2,36	3 730	1,14
Sebészet	803	5,15	3 155	4,63	9 521	2,90
Traumatológia	476	3,05	2 025	2,97	6 137	1,87
Szülészet-Nőgyógyászat	855	5,49	3 852	5,65	8 236	2,51
Gyermekgyógyászat	284	1,82	639	0,94	1 768	0,54
Fül-orr-gége	634	4,06	2 818	4,14	11 766	3,58
Szemészet	788	5,06	3 055	4,48	19 403	5,91
Bőr-nemibeteg-ellátás	444	2,85	2 450	3,60	8 224	2,51
Ideggyógyászat	570	3,66	1 574	2,31	10 530	3,21
Ortopédia	278	1,78	1 129	1,66	3 068	0,93
Urológia	327	2,10	1 447	2,12	4 337	1,32
Onkológia	197	1,26	636	0,93	1 235	0,38
Reumatológia	1 771	11,36	9 398	13,79	33 729	10,28
Pszichiátria	771	4,95	1 775	2,61	6 027	1,84
Tüdőgyógyászat	373	2,39	2 208	3,24	6 531	1,99
Sugarterápia	112	0,72	215	0,32	445	0,14
Labordiagnosztika	1 149	7,37	13 459	19,75	145 054	44,19
Képpalkotó eljárások	1 699	10,90	6 708	9,85	15 292	4,66

Forrás : OEP Statisztikai Évkönyv 2006. Budapest

Az OEP teljes kiadási szerkezetében a gyógyító-megelőző szolgáltatókra fordított kiadások közel azonos súlyt képviseltek az elmúlt 12 évben.

A gyógyító-megelőző szolgáltatások finanszírozásán belül a járóbeteg-szakellátásokra fordított kiadások részaránya 13,3% (1995) és 15,2% (2006) között mozgott, míg a fekvőbeteg-ellátás súlya 59,5% (1995) és 58,8% (2006) szerint alakult, azaz minden deklarált törekvés és ágyszámcsökkentés ellenére a járóbeteg-ellátás súlya az ellátórendszerben érdemben nem változott. 1996 óta (első ágyszám-törvény) cél az egészségügyben a fekvőbeteg-ellátás visszaszorítása, amelyet elsősorban a járóbeteg-ellátásnak kellett volna kiváltania (kapacitásokban és forrásokban egyaránt), amelyet azonban részben a finanszírozási források szűkössége, részben a fekvőbeteg-ellátás jobb érdekvényesítő képessége miatt csak igen csekély mértékben (2%) sikerült végrehajtani.

A járóbeteg-szakellátás finanszírozásában is számos intézkedésre került sor az elmúlt években a teljesítmények indokolatlan elfutásának fékezése érdekében. A 2004-ben bevezetett TVK-rendszert kiterjesztették a járóbeteg-szakellátásra is. Az intézkedés hibája, hogy a

volumenkorlátokat nem feladatarányosan, nem lakosság-arányosan, hanem a kapacitásokhoz kötötten határozták meg. Tehát abból indultak ki, hogy a kiinduló normák jók, és most ennél egységesebben kevesebbnek kell lenni. Fűnyíróelv alapján történt a kapacitások csökkentése is. A bevezetést követően elmaradt a folyamatos felülvizsgálat, elmaradt a kódkarbantartás, miközben változtak a tényleges ráfordítási igények (bér, eszköz-költségek).

A járóbeteg-szakellátás számos területen megérett az általános felülvizsgálatra, a változásokra. Minden ellentmondásos hatásával együtt a vizitdíj bevezetése csökkentette az orvos-beteg találkozások számát 2007-ben 62 875 398-ra (2006–74 317 616). A járóbeteg-ellátás vizitdíjbevétele 4 116 140 000,- Ft volt, azaz kevesebb mint 4%-a a teljes finanszírozási összegnek (2007-ben). A vizitdíj visszavonását követően megint elkezdett növekedni a járóbeteg-ellátást igénybe vevők száma, és ezáltal csökkent az a relatív megtakarítás, ami módot adott volna arra 2007-ben, hogy fedezze a járóbeteg-ellátás bővítését, amely segítette, hogy kisebb legyen a feszültség az aktív fekvőbeteg-ellátás kapacitásának csökkentése miatt.

Hasonlóan a háziorvosi rendszerhez, a járóbeteg-ellátásban is hiányzik a definitív ellátásban való érdekelttség, a járóbeteg-ellátás finanszírozása teljesítményelvű, azaz döntően a betegforgalom növelésében érdekelt. A kapacitásadatokról látható, hogy a járóbeteg-szakellátás forgalmának mintegy háromnegyed része a kórházi szakambulanciákon zajlik, azaz nemcsak szakmai, hanem érdekeltégi okok is szerepet játszanak abban, hogy a beteg szakmai indok nélkül is fekvőbeteggé válhat.

Mind a járóbeteg-ellátásban, mind a fekvőbeteg-ellátásban alkalmazott pontrendszerek a pontok maximális gyűjtésére, a teljesítmény növelésére ösztönöznek. Nem megfelelő színvonalú szakmai ellenőrzés (ellátási követelmények meghatározása) és definitív ellátásban való érdekelttség hiánya mellett egyértelmű, hogy a járóbeteg-ellátó hálózat nem érdekelt az orvos-beteg találkozások számának csökkentésében, de még kevésbé abban, hogy ne küldje tovább a beteget a fekvőbeteg-intézménybe.

A 2006-ban megfogalmazott egészségügyi reform koncepció egyik fő alapiránya a területi ellátási (hozzáférési) különbségek csökkentése volt. Ennek jegyében fogalmazták meg a súlyponti kórház, területi kórház elérhetőségére vonatkozó követelményeket és ezzel összefüggésben azt az elvárást, hogy a járóbeteg-ellátásban a szakrendelések 20 km-en belül elérhetőek legyenek. (Más kérdés, hogy ennek érvényesítése elmaradt, bár 2007-ben külön miniszteri megbízottat neveztek ki a járóbeteg-szakellátás fejlesztésére.)

Abban a vitában, hogy mely ellátási szinten integrálódjon a járóbeteg-szakellátás, nem lehet egyértelműen állást foglalni. Előnyt jelent az alapellátás és járóbeteg-szakellátás együttműködése, integrációja szempontjából, ha a háziorvosi rendelés és a szakellátás területileg is egy helyen működik. Ugyancsak pozitív hatással van a járóbeteg-szakellátás színvonalára a fekvőbeteg-intézménnyel való együttműködés, arról nem is szólva, hogy egyes ellátások (pl. egy napos sebészet) járóbetegként történő igénybevétele feltétele a kórházi háttér azonnali elérhetősége.

A járóbeteg-ellátásban központi kérdéssé kezd válni az elérhetőség. A szakambulanciák elérhetősége viszont szűkül és főleg azokra a területekre koncentrálódik, ahol fontos a kórházi háttér. Ebből következik, hogy kellenek szakambulanciák a kórházak mellett, ez a fekvőbeteg és járóbeteg intézményi integráció egy bizonyos fokozatára. Ugyanakkor kellenek önálló járóbeteg-központok, amelyek elérhető közelségben vannak. Szerencsés, ha a járóbeteg-központokban rendezik be a háziorvosi rendelőket is, ahol erre van lehetőség. Ugyanakkor a háziorvosi rendelőknek is kell önállóan

létezni, hiszen minden településen szükség van rájuk. Ösztönözni kell és lehet, hogy a háziorvosok bizonyos szakmákban szakellátást is nyújtsanak. Minden ellátószintnek bizonyos mértékben kapcsolódnia kell egymáshoz, de önállóan is kell lenniük.

Az integrációról folytatott vita legfőbb tanulsága, hogy nem lehet önmagában megítélni az egyes ellátási szinteket, csak abban a szervezeti és érdekkontextusban, amelyben működnek. Számos módon lehet elősegíteni az ellátórendszer hatékonyabb, költségtakarékosabb működését, azonban ezek feltétele egyrészt a koordináció, másrészt a tudatos támaszkodás a résztvevők érdekviszonyaira. A jelenlegi szabályrendszerben, beleértve a közalkalmazotti munkarendet, rendkívül nehéz a teljesítmény alapján történő ösztönzés. Az érdekeltégi viszonyok helyenként akadályozhatják a progresszív ellátás érvényesülését.

A fekvőbetegkapacitások további leépítése csak úgy valósítható meg feszültségmentesen, hogyha előtte mind a háziorvosi, mind a járóbeteg-ellátás szakmai és területi elérhetősége bővül. Ehhez azonban sokkal inkább építeni kell a lakosság tényleges egészségi állapotait tükröző információkra.

A fekvőbeteg-ellátás

A kórházat finanszírozásérzékeny területté a többi ellátási formához képest túlsúlyos volta teszi. Ennek egyik oka magából a gyógyító eljárásból következik. A progresszív ellátás során a legsúlyosabb esetek, a legdrágább beavatkozást igénylő terápiás módszerek itt összpontosulnak, és a betegek kórházi tartózkodása is növeli a költségeket. Emellett régóta érvényesül az a gyakorlat az ellátás alacsonyabb szintjein, amely a betegeket a legmagasabb ellátási szintre, a kórházba igyekszik juttatni. A háziorvosoknak nem volt és ma sem érdeke, hogy igyekezzenek definitív módon ellátni a beteget. Biztonság kedvéért továbbküldték a szakellátórendszerbe. A járóbeteg-szakellátó rendszerben dolgozók érdeke az volt, hogy minél több alkalommal találkozzon a beteg és továbbküldjék a fekvőbeteg-ellátásba. Az aktív fekvőbeteg-ellátás területén az orvosok személyes érdeke az, hogy minél több beteget lássanak el, és a kórházak is megfelelő számú beteg-ellátás után jutottak csak annyi bevételhez, ami a kórházi működést finanszírozta. Az a kitűzött cél, amely a kórházak teljesítményfinanszírozásának bevezetésekor megfogalmazódott, hogy ott kapjon definitív ellátást a beteg, ahol az a legkevesebb költségigényes, nem valósult meg. A kórházi ellátás dominanciája beépült a köztudatba és az orvosi gyakorlat részévé vált. Ez a gyakorlat hosszú idő alatt kialakította és rögzítette a mai

túlsúlyos kórházi struktúrát (már 1998-ban is 62% volt a kórházak részesedése az egészségügyi természetbeni ellátásokból).

Nyolc kórháztypust különböztetünk meg. Ezek között kapacitásban (ágyszámban és finanszírozási eset-számban), CMI-ben (egy esetre jutó átlagos súlyszám) és ennek következtében az egy ágyra jutó finanszírozási díjban jelentős különbségek vannak. A kórháztypusok intézményi hierarchiát is jelentenek. A progresszív ellátás csúcán az egyetemi intézmények vannak (5. táblázat).

Kórházak az aktív ellátásban, 2007-ben

Intézmény-típus	Éves átlagos ágyszám	Súlyszám összeg	Ápolási nap	Egy esetre jutó nap	Egy ágyra jutó havi átlagos súlyszám összeg	Egy ágyra jutó esetszám / hó	CMI	Ágy kihasználtság	Elszámolt teljesítménydíj (eFt)	Egy ágyra jutó finanszírozási díj (eFt)
Egyetemek	6 571	459 996	1 730 046	5,5	5,8	4,0	1,45	72,1%	60 561 659	9 216,6
Országos intézetek	2 817	178 407	784 271	6,6	5,3	3,5	1,49	76,3%	24 258 897	8 610,9
Gyermek-kórházak	844	29 775	164 566	4,6	2,9	3,6	0,82	53,4%	3 746 712	4 441,0
Szakkórházak	1 383	55 037	406 711	7,5	3,3	3,3	1,01	80,6%	7 492 752	5 418,1
Megyei kórházak	17 550	764 252	4 452 203	5,9	3,6	3,6	1,02	69,5%	104 748 282	5 968,4
Fővárosi kórházak	8 051	339 860	2 026 002	6,0	3,5	3,5	1,00	68,9%	46 646 915	5 793,6
Városi kórházak	14 771	498 882	3 718 122	6,2	2,8	3,4	0,83	69,0%	67 242 333	4 552,4
Szanatórium	97	2 338	32 305	10,9	2,0	2,6	0,79	91,2%	293 376	3 024,5
Országos össz.	52 084	2 328 547	13 314 226	6,0	3,7	3,6	1,05	70,0%	314 990 925	6 047,7

A kapacitásokból való részesedése a „tömeggyógyítást” végző megyei és városi kórházaknak a legnagyobb. A megyei kórházak részesedése az elszámolt teljesítménydíjből azonos a kapacitásokból való részesedéssel, a fővárosi és városi kórházak esetében a teljesítménydíjből való részesedés elmarad a kapacitásokból való részesedés mögött. Az országos intézményeknél és az egyetemekenél a helyzet fordított. Az elszámolt teljesítménydíjből való részesedésük magasabb, mint a kapacitásokból való részesedésük, amit a magasabb átlagos CMI és a magasabb kapacitáskihasználás magyaráz. A szakkórházak esetében viszont lemaradás mutatkozik a teljesítménydíjből való részesedés vonatkozásában elsősorban az alacsony CMI miatt.

A kórházi struktúra megváltoztatásához, a főlegesenek mondott kapacitások leépítéséhez többször hozzá-

fogott az egészségügyi kormányzat. Az 1996/63-as törvény ún. normatív ágyszámokat határozott meg minden megyében, amelyeket az OEP-nek finanszírozni kellett. A jogszabály a rendszerváltás óta húzódó szerkezetátalakítás jegyében a kihasználatlan befogadóképességet volt hivatott megszüntetni. A jogszabály fokozatosan, évről évre kis lépésekben tervezte a leépítést, összesen hétezer ágyat terveztek megszüntetni, azonban 1999-ben felfüggesztették végrehajtását. Volt azonban egy kiskapu is, nevezetesen akkor, ha az intézetek a számukra meghatározott normánál magasabb ágyszámot tartot-

5. táblázat

tak szükségesnek, akkor az egészségbiztosító – megfelelő szakmai indokok mellett – normán felül dönthetett a befogadásról. 1999-ben befagyasztották a törvény végrehajtását, de az OEP a leépítés három éve alatt is befogadott új ágyakat a rendszerbe, a szakmai kollégiumok véleménye nélkül. 2006-ban ismét belefogott a kormányzat a kórházi struktúra átalakításába. Az összes ágyszám 80 125-ről 71 324-re csökkent. Ezen belül az aktív ágyak száma 16 ezerrel, azaz 27 százalékkal csökkent. A krónikus ágyak száma viszont nőtt, hét és fél ezerrel. Nagyon nagy, politikai befolyást sem nélkülöző harcok után megállapítható, hogy a 2004. évhez viszonyítva 2007. évben 26,1%-kal kevesebb a finanszírozott ágyak száma. Ebben valójában 2007. április 1-jével történt nagy lépés, 14.355 ágyszám csökkentésével. A nem használt ágyak száma pedig, 16,4%-kal csökkent.

A jelenlegi kórházi struktúra, amely mélyen gyökerzik az egészségügyi ellátórendszerben és orvosi gyakorlatban, alapvetően abból az ösztönzési rendszerből táplálkozik, amely az egészségügy teljes ellátórendszerén belül legkifejlettebb formájában a kórházak esetében valósította meg a teljesítményfinanszírozást. A járóbeteg-ellátásban is jelen van a teljesítményfinanszírozás, de csak 30%-ban, ez kifejtett formájában a kórházakban valósul meg. A kórházak a legérdekesebbek abban, hogy az ellátott esetek számát növeljék, vizsgálati és terápiás eljárásokban is, mert így tudják biztosítani működésük pénzügyi fedezetét.

A kórházi teljesítményfinanszírozás alapja az ún. HBCS (homogén betegcsoportok) szerinti finanszírozás, amely a kórházak finanszírozásában 1993 óta van jelen. Az eredeti elképzelés az volt, hogy egységes alaplíjakkal, normatív és szektorsemleges módon alakítsák ki a finanszírozást, de miután ez csődbe vitte volna a kórházak jelentős részét, átmeneti hároméves időszakot határoztak meg, amit az OEP úgynevezett individuális alaplíjjal finanszírozott, amely az induló időszak fix éves finanszírozásából és az akkor mért HBCS súlyszámából állt össze. Később 1995-ben megállapítottak egy a betegség súlyosságát kifejező, illetve progresszivitását jelző szorzót. Így minden kórháznak saját alaplíja alakult ki, amire szerződést kötöttek az OEP-pel. A megyei kórházak 28 700,- Ft-os aktív alaplíjával szemben az egyetemeké 33 900,- Ft, az országos intézeteké 51 900,- Ft volt, ami ugyanazon HBCS etalonrendszerhez csatolva igen különböző mértékű finanszírozást jelentett. Bevezetését követően a HBCS alapú teljesítményfinanszírozás hibái, karbantartatlansága folyamatosan kritika tárgyát képezi. Hogy csak néhányat emeljünk ki: ugyanazon beavatkozásért az egyik kórházban 30%-kal többet fizet az OEP, mert egyik kórház ugyanazon beavatkozásra kapott megkülönböztető jelzést, a másik kórház pedig nem. A HBCS alaplíj-korrekciók az egyetemek, országos intézetek és megyei kórházak teljesítménydíjait kiemelkedő mértékben emelték. Ez úgy lehetséges, hogy a költségigényesebb beavatkozások bizottsági korrekciója folyamatosan történik, illetve újabb, magas költségű eljárásokat fogadnak be. Évenként pedig a „normálással” az addigi valamennyi súlyszám visszakorrigálását végzik el. Így a CMI (egy esetre jutó átlagos súlyszám) értéke a magasabb ellátási szinten folyamatosan növekszik, az alacsonyabb szintű kórházakban pedig csökken. Így változatlan teljesítmény mellett az egyik kórházcsoport (a magasabb szinten levő) több, a másik kevesebb bevételhez jut, és átrendeződik az aktív fekvőbeteg-szakellátás forrása is.

Ma a betegutak fő szervezője a háziorvos és a szakorvos. Ők az esetek jelentős részében ismerik a beteg

állapotát és betegsége/gyógyulása közép- vagy hosszú távú folyamatát, múltját. A beteg saját gyógyulása kérdésében inkompetens, orvosára hagyatkozik. Mindaddig, amíg az egészségügyben a jelenlegi kórházi gyógyításban való érdekltség fog működni, mint az egyetlen tényleges teljesítményérdekltség, a kórházi kapacitások meg fogják „termelni” a szükséges betegmennyiséget. Ez látszik a kapacitáskihasználási adatok stabilitásából. A kapacitások kihasználásának adminisztratív korlátozása (ez a TVK) a rendszer alapérdekltségének megváltoztatása nélkül azt eredményezi, hogy a kórházkapukban feltorlódnak a betegek. Ez az egészségügyi kormányzattal szembeni nyílt elégedetlenséghez és a szükséges reformok megakadályozásához vezetett és vezet.

A fekvőbeteg-ellátás túlzott kiépíttességének felszámolására tett eddigi nyílt kísérletek felemás eredményekre vezettek. Ezt követően olyan lépéseket érvényesített az egészségügyi kormányzat, mellyel indirekt módon próbálta az intézményeket és tulajdonosaikat kényszeríteni a struktúra módosítására, kevés eredménnyel. Ennek legutolsó lépése a volumenkorlátozott finanszírozás bevezetése volt, mely az egyes intézményeket az országosan egységes finanszírozás mellett különböző helyzetbe hozta. A volumenkorlát a kötelezően rendelkezésre tartott és 75%-ban fix költséget jelentő kapacitások kihasználatlanságát eredményezi, emellett a minőségi ellátást jobban bünteti, mint az alapszínvonalat.

A volumenkorlátozott finanszírozás az országos kassza vonatkozásában elérte célját a jó struktúrájú tömbkórházak esetében, azonban azon kórházak működése, ahol a volumen a fedezeti pont alatt van, és a fedezeti pontot a kórház a degresszált finanszírozással sem tudja elérni, veszélyeztetetté válik.

Erkölcsileg a volumenkorlát azonban mélyesen embertelen, mert miközben rendelkezésre állnak a be rendezések és a személyzet, a rendszer megtiltja, hogy egy limiten túl betegeket gyógyítsanak. A kórházak kapui előtt feltorlódtak a betegek és hosszú várólisták alakultak ki, mert a rendszer alapérdekltsége a kórházban történő gyógyítás primátusára nem változott meg.

A várólisták megjelenése és hosszabbodása miatt egészségromlás és életvesztés várható. A volumenkorlátozott finanszírozás az Egészségbiztosítási Alap hiányát az önkormányzati szféra hiányává konvertálta, és jelentéktelen az általa elért rövid távú államháztartási megtakarítás, hosszabb távon pedig nő a gyógyítás összköltsége. Itt a fő cél a valóságos ráfordításarányok tükröztetése volt a súlyszámokban, mert az etalonrendszer korrekt módon csak így funkcionál. A HBCS súlyszámokhoz kapcsolódó normatív idők felülvizsgálata,

csökkentése, továbbá a fekvő- és járóbeteg-szakellátás területén egy közös sáv kialakítására is szükség lett volna azon beavatkozások (ellátások) esetén, ahol a fekvő- és járóbetegellátás között szabad átjárásra lett volna szükség.

A kórházakban egyes helyeken kapacitásfelesleg van, ami köztudottan fölösleges teljesítményt eredményez. Ez a betegellátás szükségletéhez nem illeszkedő struktúra, a strukturális túldimenzionáltság az intézményi hatékony gazdálkodás alapvető akadály. Azért mondják azt, hogy „pazarló” az egészségügy, mert a nem optimális infrastruktúrális kiépítettség és azon belül a betegellátási fogadóképesség az a két anomália, aminek megléte „pazarlást” okoz. Azonban ez a probléma intézményi szinten nem kezelhető.

Egyszeri investícióra van szükség ahhoz, hogy az adott régió morbiditási, mortalitási adatai alapján szükséges kapacitás és struktúra létrehozásával a hatékony működés alapvető feltétele biztosított legyen.

Összefoglalás

Az egészségügy ma a társadalom legbetegebb eleme. Nagyon sok probléma torlódott fel az évek során, konzerválódott a jelenlegi struktúrában és a ráakadó érdekeltviszonyok. Itt valójában csak a finanszírozási és teljesítményérdekeltségi elemekkel foglalkoztunk és számos egyéb fontos kérdést, pl. a biztosítási rendszer, a privatizáció vagy a hálapénz problémáját nem is említettük. A változtatás mindenütt érdekeket sért, ezért nagyon meggondoltan, a következményeket gondosan elemezve lehet csak hozzákezdeni. A következőkben olyan elveket határozzunk meg, amelyek megvalósításával közelebb lehet jutni egy betegközpontú egészségügy kialakításához.

A változtatások középpontjába a beteget (sőt, a még nem beteg embert) kell állítani nem az intézményeket. Az ő egészségének megőrzése, és betegség esetén hatékony, a költségek szempontjából optimális gyógyítása kell, hogy a változások fő rendezőelve legyen.

A beteget érdekeltté kell tenni saját egészségének megőrzésében. Nem várható el, hogy a társadalmi szolidaritás egyformán legyen érvényes azokra, akik önsorsrontó módon élnek (dohányoznak, isznak, drogoznak), mint azokra, akik sokat tesznek egészségük megőrzésében. Erre jutalmazó és büntető technikák egyaránt alkalmazhatók. Lehet jutalmat adni az egészségmegőrző programokban és a szűrővizsgálatokon való részvételért, és nagyobb saját pénzügyi hozzájárulást kérni, pl. a dohányosoktól. A prevenció ugyan olcsóbb módja az egészség megőrzésének, mint a már kialakult betegségek gyógyítása, de egy a jelen-

legítő gyökeresen különböző szemlélet elérése a lakosság és az orvosok körében az eddigénél jóval nagyobb forrásokat igényel.

A különböző reformtörekvések mögött meghúzódó probléma csak látszólag filozófiai: *mennyiben lehet üzleti alapokra helyezni az egészségügyi intézmények működését, és érvényre juttatni teljesítményérdekeltségi szempontokat és profitérdekeltséget.* A fenti elemzésből az derül ki, hogy csak *korlátozottan.* Az eddig érvényesített, elsősorban mennyiségi teljesítményérdekeltség-ösztönzési formák felemásra sikeredtek, elsősorban a beteg és az orvos között fennálló információs aszimmetria miatt, önálló életre keltek, és felesleges kapacitásokat keletkeztettek. Ha a gazdaság területéről keresünk hasonlatot, valahogy úgy kell beállítani a teljesítményérdekeltséget, mint ahogy az a közhasznú társaságoknál érvényesül. Minden beteget meg kell gyógyítani a lehetőségeknek megfelelően és a fennálló szabályok értelmében, de ne legyen abban érdekelt se orvos, se intézmény, hogy felesleges beavatkozásokat végezzen el, mert azzal tudja biztosítani a túlélését. Ezt elvként nagyon könnyű meghatározni, de a gyakorlatban, az intézmények közötti feladatmegosztásban nagyon bonyolult finomhangolást igényel.

A szükségleteken alapuló új struktúra fő érdekeltviszonya a *redukált teljesítményérdekeltség* kellene, hogy legyen, minden ellátó szinten. A valódi betegellátási szükségletet alapul véve a fekvő- és járóbeteg-ellátás 70%-ban fix finanszírozással történjen, és csak 30%-ban az új alapokon megfogalmazott etalonrendszerekkel. Ha ez jól megfogalmazott, akkor az egyes egészségügyi szolgáltatók üzemgazdasági szempontból „fedezeti pontjukat” el tudják érni, és a „szükségleti struktúra” finanszírozható. Az intézményi érdekeltviszony megváltozik, mert ez a racionális struktúra nem kényszeríti az intézményt a „teljesítményhajszolásra”, sőt a költséggazdálkodás intézeti szintű új koncepciója az orvosokra is hatással lenne. Ha a gyógyítás mellé a prevenció is belép, mint érdekeltviszony elem, a rendszer még kevésbé termeli feleslegesen a betegeket. A hatékonyságnövelési kényszer visszaszorítása minden bizonnyal számos ellenérvet keletkeztet, főként azoknál, akik az egészségügy teljes piacosítását tartják követendő példának. Mi most úgy látjuk, hogy ez az út a betegközösség erőteljes megosztásához vezet, és ezért korlátozott keretek között kell tartani.

Meg kell tenni minden olyan intézkedést, ami elősegíti a *tisztánlátást* az egészségügyben, abból a szempontból, hogy mire elegendők a jelenlegi források, és mi mennyibe kerül ténylegesen. Ilyen az amortizáció kérdése. Nem halogatható nagy értékű berendezések pótlási alapjának megteremtése és ezzel a tőkemegtérülés biztosítása ebben a szektorban is.

Nem kerülhető el a *lakosság egészségi állapotának teljes felmérése* betegcsoportonként, területi bontásban. Egy egészség/betegség térképet kell készíteni, amely a különböző kapacitások telepítésének alapja lehet, és így meg lehet ítélni, hogy mely területeken milyen mértékű és szintű ellátórendszer telepítése indokolt. Ez természetesen módszertanilag megoldható területenkénti mintavételes eljárással is. Jelenleg is készül ilyen az OEP megbízásából a fő betegcsoportokra, a probléma az, hogy ez nem kapcsolódik össze a kapacitások telepítésével.

Szintén nem kerülhető meg az Egészségbiztosítási Alap jelenlegi és várható szintjének figyelembevételével az *alapvető ellátás körének meghatározása.* Mi az, ami minden járulékfizetőnek jár, élettanilag elérhető időn belül, és mi az, ami nem finanszírozható az általánosan kötelező befizetésekből. Természetesen várólisták ezután is lesznek, de ennek orvosi és nem pénzügyi okai lesznek (pl. transzplantációk). Mindehhez egy szigorú pénzbehajtás és pénzgazdálkodás társul, mind az egyéni potyautasok, mind az intézményi csalások megakadályozására.

Miután a betegek különböző intézményekbe kerülnek, és több típusú ellátást vesznek igénybe, hatékony gyógyulásukhoz és a progresszív ellátás megvalósításához szükség van a *betegellátást szervező funkció* kialakítására, amely a betegutakat figyelemmel kíséri, a gyógyítás hatékonyságát eredmény- és költségoldalról ellenőrzi. Ezt a feladatot végső soron a háziorvosok is el tudják látni, bár ehhez az érdekeltviszonyukat jelentősen változtatni kellene. Az ellátást szervező érdekeltviszonyt a prevencióban is meg kell teremteni, mint ahogy az a kísérleti programokban is szerepel.

A kórházi struktúrát az egészségi állapot felméréseinek megfelelően át kell alakítani és bizonyos *feladatokat át kell adni a járóbeteg-ellátásnak.* Elsőként azonban a járóbeteg-ellátást kell alkalmassá tenni infrastrukturálisan és humán erőforrás tekintetében az új feladatok ellátására. Meg kell oldani nemcsak a járóbeteg-központok, egynapos sebészeti ellátóhelyek kialakítását, hanem az ehhez kapcsolódó utógondozó és logisztikai rendszert is.

A felszabaduló kórházi kapacitást át lehetne alakítani *prevenció központokká*, amelyek részben a szűrővizsgálatokat végeznék, részben tanácsadással segítenék az embereket az egészséges életmódra vonatkozóan. Csatlakozhatnának a prevenció központokhoz az üzleti alapon működő szolgáltatások, fitness termek, gyógytorna-szolgáltatás, fitotéka stb.

Ezek azok a fő elvek, amelyek mentén haladva ki lehetne lépni a kórházcentrikus egészségügyi struktúra fogságából.

Lábjegyzet

- ¹ A cikk alapjául szolgáló kutatás az OTKA 49504-es projektje keretében került kidolgozásra.
- ² A költségek növekedési ütemének visszafogása; az élethossz és minőség javítása.

Felhasznált irodalom

- Borbély Sz. – Simsa P. (2007): Az E-alap felhasználása, esettanulmány, in: Az egészségügy gazdasági szerepe, Forráselosztás az egészségügyben, GKI-kiadvány
- Bareto S. (2007): Háziorvosi és háziorvosi ügyeleti ellátás, esettanulmány, in: Az egészségügy gazdasági szerepe, Forráselosztás az egészségügyben, GKI-kiadvány
- Borbély Sz. (2007): Prevenció az egészségügyben, esettanulmány, in: Az egészségügy gazdasági szerepe, Forráselosztás az egészségügyben, GKI-kiadvány
- Demes I. (2007): Az egészségügyi kasszák és a természetbeni ellátások finanszírozása, esettanulmány, in: Az egészségügy gazdasági szerepe, Forráselosztás az egészségügyben, GKI-kiadvány
- Interjú Major Zoltánnal, az OEP főigazgatójával. (2007), Index, 2007. 14.S
- Kameniczky I. (2008): Járóbeteg-szakellátás, esettanulmány, in: Az egészségügy gazdasági szerepe, Forráselosztás az egészségügyben, GKI-kiadvány
- Knieps, F. (2004): Az EU belépő országainak egészségügyi rendszerei. Gesundheit und Gesellschaft
- Mészáros B. (2007): A háziorvosok jövedelme és a vizitdíj: Minőségi csere, Magyar Narancs, 2007. szeptember 24.
- Mihályi P. (2003): Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába. Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém
- Neitzer A. (2007): Mégis bejött az egészségügyi reform? Honnan lett hirtelen 25 milliárd a kórházakra? Hírszerző, 2007. szeptember 7.
- Sinkó E. (2008): Bársonyos reformok. A jelenlegi helyzet tarthatatlan. Interjú a HVG.hu-n 2008. április 16.
- Skultéty L. (2008): Az egészségügyi rendszer átalakítása, tanulmány, kézirat

Adatbázisok:

- MÁ Kincstár – adatbázis
- ESKI IMEA – adatbázis
- OECD Health Data 2007.
- OEP Statisztikai Adatok, 2007
- World Health Statistics, 2007, WHO
- KSH, 2006, Társadalmi ellátórendszerek

Cikk beérkezett: 2008. 8. hó

Lektor vélemény alapján véglegesítve: 2008